PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA

CAMILA BITTENCOURT JACONDINO

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS PORTADORES DE SÍNDROME METABÓLICA ACOMPANHADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Porto Alegre
2013

CAMILA BITTENCOURT JACONDINO

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS PORTADORES DE SÍNDROME METABÓLICA ACOMPANHADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Carla Helena Augustin Schwanke

Porto Alegre

2013

CAMILA BITTENCOURT JACONDINO

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS PORTADORES DE SÍNDROME METABÓLICA ACOMPANHADOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUCRS como requisito obrigatório para obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 11 de março de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

_____

Profª. Drª. Carla Helena Augustin Schwanke

_____

Profª. Drª. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

_____

Profª. Drª. Maria Gabriela Valle Gottlieb

Ficha Catalográfica

J18a Jacondino, Camila Bittencourt

Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados na estratégia saúde da família / Camila Bittencourt Jacondino – Porto Alegre: PUCRS, 2013.

139 f: tab. Inclui artigo encaminhado para publicação.

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Carla Helena Augustin Schwanke.

Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Mestrado em Gerontologia Biomédica.

1. ADESÃO À MEDICAÇÃO. 2. IDOSO. 3. SÍNDROME METABÓLICA. 4. COMPORTAMENTO ALIMENTAR. 5. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. 6. EXERCÍCIO FÍSICO. 7. ESTUDO OBSERVACIONAL. I. Schwanke, Carla Helena Augustin. II. Título.

CDD 618.9764
CDU 616.39-053.9(043.3)
NLM WK 820

Ficha elaborada pela bibliotecária: Isabel Merlo Crespo CRB 10/1201

Aos meus pais, meu irmão e minha eterna Babalú

Tenha firmeza em suas atitudes e persistência
em seu ideal, mas seja paciente não
pretendendo que tudo chegue de imediato.
Há tempo para tudo, e tudo virá às suas mãos
no momento oportuno.
Saiba esperar o momento exato em que
receberá os benefícios que pleiteia.
Aguarde com paciência que os frutos
amadureçam para que possa apreciar
devidamente sua doçura.
(Carlos Torres Pastorino)

“Nunca deixe que lhe diga que não vale a pena acreditar no sonho que se tem, ou que seus planos nunca vão dar certo, ou que você nunca vai ser alguém.”

(Renato Russo)

AGRADECIMENTOS

São muitas pessoas a quem eu devo agradecer, mas, primeiramente, gostaria de agradecer aos meus pais, Alda e Ilo, os quais sempre me dizem que a educação é o bem mais precioso que eles podem me passar, suas palavras e mensagem de apoio nos momentos de tristeza, e agradecer a Deus por ter pais tão maravilhosos. Eu amo muito vocês.

Ao meu irmão Gabriel, pelo apoio tanto financeiro como psicológico, pelo incentivo, e porque, sempre de longe, me manda mensagens de carinho.

À minha orientadora Carla Schwanke pelos conhecimentos e pela aprendizagem durante a trajetória, gostaria, sobretudo, de agradecer por ter me escolhido como sua orientanda. Mesmo antes de entrar no mestrado, já sabia que essa parceria iria render bons frutos. Além disso, gostaria de agradecer pela amizade, pelo acolhimento, pelo carinho e pelos momentos de “mãe”, sabendo sempre achar soluções quando tudo parecia perdido.

À minha família, especialmente aos meus tios Dijalma, Regina e Glória; à minha prima Susi por me acolher com carinho quando cheguei em Porto Alegre, sempre me dando força quando precisei.

À Vera Closs que, desde o início do trabalho, me ajudou muito com suas ideias e seus conselhos, sem esquecer as contribuições para análise estatística. “Verinha”, como sempre a chamo, palavras não são suficientes para agradecer. Obrigada por ter aparecido no meu caminho.

Á amiga Gisele Gambin, a nossa amizade foi construída na graduação e 10 depois, nem a distância física, não foi empecilho para continuar esse sentimento tão bonito e nobre chamado amizade, e através dela conheci à professora Lisiane Paskulin, a qual foi banca deste trabalho contribuindo com sugestões importantes para aprimorar esta dissertação.

A todos os colegas do IGG pela ajuda, companheirismo, carinho, momentos de descontração e risadas nos períodos difíceis. Em especial à Laura Rosemberg e à Rosane Dias pela ajuda na construção e na finalização do trabalho.

À professora Maria Gabriela Gottlieb e ao professor Claus Stobäus pelas contribuições científicas, aprendizagens e principalmente amizade.

À toda a equipe do LABIGEMP do Instituto de Geriatria (Paula, Luisa, Gabriele, Júlia, Samilla) pelas análises bioquímicas e pelo início da construção do trabalho.

Ao professor Irênio Gomes por ter me permitido ingressar na equipe EMISUS e à professora Thaís Resende, que entrou em contato com os coordenadores das ESFs.

À colega Anelise Crippa, as alunas da FAENFI Cassia e Giovana e à mestranda Ana Paula Ornaghi por terem me ajudado nas coletas de dados.

A todos os agentes de saúde e enfermeiras das Unidades da Saúde da Família as quais foram visitadas pelo recrutamento dos idosos.

As minhas amigas de Pelotas e de Porto Alegre pelo apoio, carinho, e o ombro amigo nestes dois anos.

Aos idosos que participaram do estudo, muito obrigada.

Este estudo teve apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS – através do Edital 02/2009 – PPSUS FAPERGS/MS/CNPq/SESRS – 2008/2009) e da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PROBOLSA).

JACONDINO, C.B. **Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de Síndrome Metabólica, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.** [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome Metabólica (SM) apresenta uma prevalência elevada entre a população idosa. No seu manejo, estão incluídas medidas medicamentosas e não medicamentosas, como dieta e prática regular de exercício físico. Neste contexto, a adesão ao tratamento é essencial para o sucesso do tratamento. **OBJETIVOS:** Descrever a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso (ATM) e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica, atendidos na Estratégia Saúde da Família (ESF) e sua associação com variáveis demográficas, socioculturais, econômicas e clínicas. **MÉTODOS:** Estudo transversal e observacional, realizado com 110 idosos com diagnóstico de SM pelo critério do NCEP-ATP III, participantes do "Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela ESF do Município de Porto Alegre (EMISUS)". Para avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso foi utilizada a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT – utilizado, como ponto de corte para determinação de adesão/não adesão ao tratamento, a mediana da MAT). Para avaliação da adesão à dieta e ao exercício físico, foi utilizado um questionário desenvolvido pelas autoras, com base nas recomendações da I Diretriz Brasileira de Síndrome Metabólica. O uso de cinco ou mais medicamentos por dia foi considerado polifarmácia. **RESULTADOS:** A média de idade da amostra foi 68,3±6,6 anos (61-90 anos). A maioria dos idosos eram mulheres (N= 74; 67,3%). A faixa etária mais frequente foi a de 60-69 anos (64,5%). Dos 110 idosos avaliados, 100 utilizam medicações diariamente (90,9%), com um número médio de 3,65±1,55. Entre o uso de anti-hipertensivos, hipoglicemiantes/insulina e antihipolipemiantes, o grupo dos anti-hipetensivos foi o mais frequentemente utilizados (87%). A pontuação média da MAT foi 5,5±0,4 e a mediana 5,5. Cinquenta e seis por cento dos idosos (IC 95%= 25-42,7%) foram considerados aderentes ao tratamento medicamentoso. Observou-se diferença estatisticamente significativa da ATM com sexo e risco cardiovascular (CV), sendo que as mulheres mostraram-se significativamente mais aderentes do que os homens e os indivíduos com baixo risco CV foram mais aderentes dos que

os de risco intermediário e alto. Não foi verificada associação com escolaridade, renda e polifarmácia. Receberam alguma orientação alimentar 82 idosos (74,5%), sendo considerados aderentes à dieta 33,9% deles (IC 95%= 25-42,7%). A redução do sal foi considerado o item da dieta com maior adesão (89,1%) e o item de menor adesão foi o dos alimentos integrais (59,7%). A falta de persistência foi o motivo para não adesão à dieta, mais frequentemente citado (38,9%). Em relação ao exercício físico, apenas 23,6% dos idosos (IC-15,7-31,5%) aderiam à prática. Problemas físicos como artrose e lombalgia foram apontados como os principais motivos para a não adesão (26,9%). Não foi observada diferença estatística significativa da adesão à dieta e ao exercício físico com as variáveis demográficas, socioculturais, econômicas e risco cardiovascular. **CONCLUSÃO:** Constatou-se que, em idosos portadores de síndrome metabólica, acompanhados pela ESF, a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi 56%, adesão à dieta 33,9% e adesão ao exercício físico 23,6%. Observou-se associação estatisticamente significativa da adesão ao tratamento medicamentoso com sexo e risco cardiovascular.

Palavras chaves: Adesão à medicação. Idoso. Comportamento Alimentar. Exercício físico. Síndrome Metabólica. Atenção Primária à Saúde.

JACONDINO, C.B. **Adherence to medication and non medication in elderly portadores with Metabolic Syndrome followed by Primary Health Care.** [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2013.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Metabolic syndrome (MS) has a high prevalence among the elderly. In its management, are included drug and non-drug measures, such as diet and regular physical exercise. In this context, treatment compliance is essential for successful treatment. The present studi aims at describing the prevalence of adherence to medication and non-medication in elderly patients with metabolic syndrome, followed by the Primary Health Care (PHC) and association with demographic, socio-cultural-economic and clinics. **METHODS**: Cross-sectional and observational, conducted with 110 elderly individuals, diagnosed with Metabolic Syndrome by NCEP-ATP III criteria, from the "Clinical and Epidemiological Study of Elderly followed by the PHC in the city of Porto Alegre (EMISUS)". To evaluate adherence to medication was used the Measure Treatment Adherence (MTA). To evaluate adherence to diet and exercise, it was used a questionnaire developed by the authors of the study, based on the recommendations of the First Brazilian Guidelines for Metabolic Syndrome. **RESULTS:** The mean age of the sample was 68.3 ± 6.6 years (61-90 years). Most composed by elderly women (N = 74, 67.3%) and the most frequent age group was 60-69 years old (64.5%). From the 110 patients included, 100 were using daily medications, from which antihypertensives were the most prevalent (87%). The average score of the MAT was 5.5 ± 0.4 and the median 5.5 (used as a cutoff to determine compliance). Fifty six percent of the elderly (95% CI = 25 to 42.7%) were considered adherent to medication. From the statistically significance associations between adherence to therapy with gender and cardiovascular risk (CV), women were significantly more adherent than men, and elderly with low CV risk were more adherent than those at intermediate risk and high. It was not verified a statistically significant association between medication adherence and education, income and polypharmacy. Of the total sample, 82 (74.5%) patients received some nutritional guidance, from which 33.9% (95% CI = 25 to 42.7%) were adhered to the diet. Reducing salt food item was the diet with greater adherence (89.1%), and lower adherence item (59.7%) was related to whole kinds of

foods. The most cited reason for non-adherence to diet was lack of persistence (38.9%). Only 23.6% (CI-15 0.7 to 31, 5%) of the elderly adhered to exercise. Physical problems such as arthritis and back pain, both with 26.9%, were the main reasons for non-adherence. There were no statistically significant differences between the non-drug treatment adherence with demographic, socio-cultural-economic and cardiovascular risk. **CONCLUSION:** We found that in elderly patients with metabolic syndrome followed by Primary Health Care, the prevalence of adherence to drug therapy was 56%, adherence to diet was 33,9% and adherence to exercise was 23.6%, which is statistically significant between medication adherence and cardiovascular risk.

Keywords: Medication Adherence. Elderly. Behavior eating. Physical exercise. Metabolic Syndrome. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estrutura etária da população brasileira em 2010.....25

Figura 2. Estrutura etária da população brasileira em 2050.....25

Figura 3. Distribuição de dados para adesão à dieta, medicação e exercício físico nos idosos com Síndrome Metabólica acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 100). 74

Figura 4. Distribuição da frequência de adesão e não adesão ao tratamento medicamentoso de idosos com síndrome metabólica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de acordo com a pontuação da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) ≥ 5 pontos.. 79

Figura 5. Distribuição da frequência de adesão ao tratamento medicamentoso de idosos com síndrome metabólica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em seis categorias de acordo com a pontuação da Medida de Adesão ao Tratamento.....81

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Propostas e diagnósticos para o estabelecimento da Síndrome Metabólica.....29

Quadro 2. Composição de dieta recomendada para síndrome metabólica 32

Quadro 3. Recomendações de Exercício físico pela I Diretriz de Síndrome Metabólica.....33

Quadro 4. Métodos indiretos de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso.....38

Quadro 5. Escore de Risco Framingham. 54

Quadro 6. Achados dos estudos que utilizaram a Medida de Adesão ao Tratamento.....82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das frequências segundo as características demográficas, socioculturais e econômicas dos idosos com Síndrome Metabólica, acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre. 60

Tabela 2. Distribuição das medidas de tendência central e faixa do perfil bioquímico, antropométrico e clínico dos idosos portadores de síndrome metabólica, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre....61

Tabela 3. Distribuição da frequência dos componentes da Síndrome Metabólica pelo NCEP-ATP III nos idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre. 62

Tabela 4. Distribuição da frequência da classificação do Índice de Massa Corporal, de tabagismo e da classificação do Escore de Risco de Framingham nos idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre.....62

Tabela 5. Valores de média, desvio-padrão e mediana obtidos para cada uma das questões da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) nos idosos portadores de síndrome metabólica, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre. 64

Tabela 6. Distribuição da Frequência da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), nos idosos com síndrome metabólica atendidos pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre. 65

Tabela 7. Descrição da associação das médias da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) com variáveis demográficas, socioculturais e econômicas, e escore de risco de Framingham em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre. 66

Tabela 8. Associação entre adesão ao tratamento medicamentoso e variáveis demográficas, socioculturais e econômicas, e clínicas entre os idosos com Síndrome Metabólica acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre. 67

Tabela 9. Distribuição da frequência da adesão à dieta e do recebimento de orientação aos itens da dieta baseado nas recomendações da I Diretriz de Síndrome Metabólica (SM) em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre. 68

Tabela 10. Associação entre adesão à dieta, variáveis sociodemográficas e econômicas, e risco cardiovascular nos idosos portadores Síndrome Metabólica atendidos pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre. 69

Tabela 11. Distribuição da frequência dos motivos para não seguimento da dieta entre os idosos portadores de Síndrome Metabólica acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre. 70

Tabela 12. Distribuição da frequência da prática de exercício físico de portadores de síndrome metabólica nos idosos acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre. 71

Tabela 13. Distribuição da frequência da adesão ao exercício físico (EF) e os motivos para a realização e não realização pelos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre. 72

Tabela 14. Associação entre adesão ao exercício físico, variáveis sociodemográficas, econômicas e risco cardiovascular entre os idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados pela Estratégia da Saúde Família de Porto Alegre. 73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA: Circunferência abdominal

DCNT: Doenças crônicas não transmissíveis

DM: *Diabetes mellitus*

EF: Exercício físico

ERF: Escore de Risco de Framingham

ESF: Estratégia Saúde da Família

EMISUS: Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

IDF*: International Diabetes Federation*

IMC: Índice de massa corporal

NCEP-ATP III: *National Cholesterol Education Program – Adults Treatment Panel III*

OMS: Organização Mundial da Saúde

RCV: Risco cardiovascular

SM: Síndrome metabólica

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 22

2 REVISÃO DE LITERATURA 24

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL 24
2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS 26
2.3 SÍNDROME METABÓLICA 27
2.3.1 Conceitos e Definições 27
2.3.2 Critérios Diagnósticos da Síndrome Metabólica 28
2.3.3 Epidemiologia da Síndrome Metabólica 29
2.3.4 Manejo da Síndrome Metabólica 31
2.4 ADESÃO AO TRATAMENTO 35
2.4.1 Fatores que influenciam a adesão ao tratamento 36
2.4.2 Adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas transmissíveis 36
2.4.3 Avaliação da Adesão ao Tratamento Medicamentoso 37
2.4.4 Adesão ao Tratamento Medicamentoso na Síndrome Metabólica 40
2.4.5 Adesão ao Tratamento Medicamentoso em Idosos 40
2.5 ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO 41
2.5.1 Adesão ao Exercício físico 41
2.5.2 Adesão à Dieta 42
2.5.3 Adesão ao abandono de tabagismo 43
2.6 RISCO CARDIOVASCULAR E SÍNDROME METABÓLICA 43
2.7 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA TRANSMISSÍVEL 44
2.7.1 Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) 46
2.7.2 O idoso e a Estratégia Saúde Família 47
3 OBJETIVOS 49

3.1 OBJETIVO GERAL 49
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 49
4 MÉTODOS 50

4.1 DELINEAMENTO 50
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA 50
4.2.1 Critérios de Inclusão 51
4.2.2 Critérios de Exclusão 51
4.3 VARIÁVEIS EM INVESTIGAÇÃO 51
4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS 52
4.4.1 Questionário de Avaliação Global do Idoso 52
4.4.2 Avaliação Antropométrica 52
4.4.3 Aferição da Pressão Arterial (PA) 52
4.4.4 Perfil Bioquímico 53

4.4.5 Escore de Risco de Framingham 54
4.4.6 Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso 55

4.4.7 Instrumento de Avaliação do Tratamento Não Medicamentoso 55
4.5 DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICA..... 56
4.6 LOGÍSTICA DO ESTUDO 56
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA 57
4.8 ASPECTOS ÉTICOS..... 58
4.9 ESTRUTURAÇÃO E REDAÇÃO DA DISSERTAÇÃO..... 58
5 RESULTADOS..... 59
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... 59
5.2 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO 63
5.3 ADESÃO À DIETA..... 68
5.4 ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO..... 70
6 DISCUSSÃO..... 75
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA..... 75
6.2 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO 79
6.3 ADESÃO À DIETA..... 85
6.4 ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO 88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 91
8 CONCLUSÃO 93
REFERÊNCIAS 94
APÊNDICES..... 106
APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO..... 107
APENDICE 2 – ARTIGO ENCAMINHADO PARA PUBLICAÇÃO 110
ANEXOS..... 132
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO GLOBAL DO IDOSO 133
ANEXO 2 - ESCORE DE RISCO FRAMINGHAM..... 136
ANEXO 3 – MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO 138
ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..... 139
ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS 141
ANEXO 6 – ADENDO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS..... 142
ANEXO 7 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS (EMISUS)..... 143
ANEXO 8 – APROVAÇÃO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE..... 144
ANEXO 9 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA REVISTA 145

1 INTRODUÇÃO

O Brasil se encontra em um rápido processo de envelhecimento, principalmente nas regiões sul e sudeste. O Centro Latino americano e Caribenho de Demografia, o CELAD, classifica este processo como avançado, pois a população de idosos no Brasil, no período de 1997 a 2007, apresentou um crescimento relativo na ordem de 21,6%.[1]

As estimativas da Organização Mundial da Saúde para o ano de 2025 é de que o Brasil estará entre os 10 países com maior contingente de pessoas com idade acima dos 60 anos. Entretanto, o avanço do envelhecimento está associado com aumento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Estudos epidemiológicos mostram que mais da metade das pessoas com 60 anos possui um ou mais fatores de risco de desenvolver comorbidades, sendo que, pelo menos 85% desta população apresenta ao menos uma DCNT.[2]

Os fatores de risco mais importantes para a morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis são: hipertensão arterial, dislipidemia, sobrepeso ou obesidade, inatividade física e tabagismo.[3] Estes fatores de risco possuem um grande impacto no aparecimento da Síndrome Metabólica (SM).[4]

A síndrome metabólica, caracterizada pela obesidade central, dislipidemia, hiperglicemia e pressão arterial limítrofe é considerada um dos maiores desafios para a saúde pública em todo mundo, uma vez que ela aumenta a mortalidade geral em 1,5 vezes, e a mortalidade cardiovascular em 2,5 vezes.[5]

O tratamento da síndrome metabólica tem como principal objetivo a redução do risco cardiovascular. Para isso, é preciso modificar o estilo de vida, que consiste na adesão a uma dieta balanceada e na prática de exercício físico em conjunto com a adesão ao tratamento medicamentoso[6]. Para o êxito do tratamento, torna-se fundamental a adesão do paciente.

A Organização Mundial da Saúde, em 2003, definiu adesão ao tratamento como a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa, que toma medicamentos, segue uma dieta ou muda seu estilo de vida, corresponde às recomendações estabelecidas pelo profissional da saúde responsável pelo tratamento do paciente.[7]

A prevalência da adesão ao tratamento é, em média, de 50% em pessoas com condição crônica de saúde, e a não adesão é considerada um problema global alarmante. Nos países em desenvolvimento, essas taxas são consideradas mais baixas, constituindo um grande desafio para os profissionais de saúde.[8]

A adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso pode diminuir a incidência ou retardamento na ocorrência de complicações, promovendo melhorias na qualidade de vida. Em contrapartida, a ausência da adesão pode determinar prejuízos no controle de doenças e expor o indivíduo ao risco de complicações, podendo ser influenciadas pela interposição de um conjunto de cinco fatores: socioeconômicos; fatores relacionados ao tratamento, à doença e ao sistema de saúde e seus profissionais.[8,9]

Realizou-se uma busca na literatura no PUBMED, LILACS, MEDLINE e no portal da CAPES, nos quais, foram encontrados apenas três artigos sobre a adesão medicamentosa e apenas um abordando a adesão não medicamentosa em pacientes portadores de síndrome metabólica, porém, os idosos não foram a população-alvo do artigo.

A relevância deste estudo consiste em tornar-se um referencial que possibilite o planejamento de ações de saúde pública através de medidas preventivas para aumentar a adesão ao tratamento nos idosos com objetivo, de reduzir o risco complicações da doença já instalada, melhorando a qualidade de vida desta população.

Neste contexto, o presente estudo terá como propósito descrever a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica, participantes do “*Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre (EMISUS)”.*

2 REVISÃO DE LITERATURA

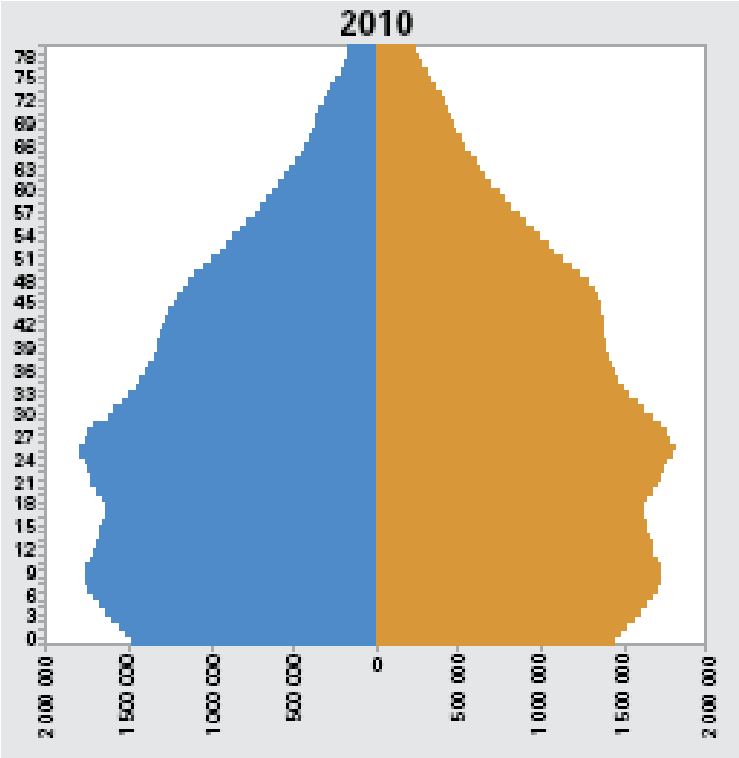
2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

O envelhecimento populacional não se refere a indivíduos, nem a cada geração, mas sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice.[10]

Em 1960, a população de idosos era de 3,3 milhões; em 2000, era de 14,5 milhões e em 2010 já contava com 20,5 milhões, representando 10,8%, confirmando a transição de *status* do Brasil de um país jovem, para um país que está envelhecendo. Este crescimento permitirá que o país ocupe, em 2025, o sexto lugar com o maior número de pessoas idosas do mundo (Figuras 1 e 2). [11]

O envelhecimento da população acarreta transformações tanto para os indivíduos que envelhecem quanto para a sociedade em geral, decorrendo de fatores inter-relacionados como o aumento da expectativa de vida das pessoas e mudanças no padrão reprodutivo. No entanto, o envelhecimento humano e suas manifestações podem ser considerados um fenômeno individual, associando-se a fatores biológicos, psicológicos e socioambientais.[12]

Figura 1. Estrutura etária da população brasileira em 2010.



Fonte: IBGE – Projeção da população em gráficos.

Figura 2. Estrutura etária da população brasileira em 2050.

Fonte: IBGE – Projeção da população em gráficos.

O aumento da esperança de vida expõe os indivíduos a fatores de risco associados a doenças crônicas, sendo importante ressaltar que a presença de comorbidades entre pessoas da terceira idade influencia diretamente na qualidade de vida e no bem estar. O controle das doenças crônicas do idoso é um problema complexo e as medidas são de caráter educativo, envolvendo mudanças de hábitos de vida.[13]

2.2 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são consideradas a maior causa de morte e invalidez no mundo. Atualmente, o número de pessoas que vão a óbito em decorrência das DCNT é o dobro de todas as mortes infectocontagiosas, maternas e perinatais.[14]

As repercussões do desenvolvimento científico e tecnológico na vida da população têm como consequência, a exposição das pessoas a um maior risco de desenvolver as doenças crônicas, uma vez que elas se relacionam com as condições de vida, de trabalho de consumo, tendo como consequência o desgaste e a deterioração orgânica e funcional, com sobrecarga dos sistemas nervoso, endócrino e vascular.[15]

Historicamente, uma das definições de doença crônica foi proposta, em 1957, pela Comissão de Doenças Crônicas de Cambridge, na qual se incluíam todos os desvios do normal que tinham uma ou mais das seguintes características[15]:

- Presença de incapacidade residual, mudança patológica não reversível no sistema corporal;
- Treinamento especial tanto da família como por parte do paciente para a reabilitação;
- Longo período de supervisão, observação e cuidado.

Embora nem todas as doenças crônicas estejam vinculadas às questões limitadoras e à morte, a maioria delas são responsáveis tanto pela diminuição ou pela piora da qualidade de vida. Além disso, há alterações tanto na parte psicológica, uma vez que, os portadores de DCTS dependem de outras pessoas

para realizar atividades simples, quanto de ordem financeira, marcado pela aposentadoria precoce e pelos gastos com medicamentos.[16]

Em 2003, foi realizada uma reunião no Rio de Janeiro com representantes do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Organização das Nações Unidas. Nesse encontro, enfatizou-se que o conjunto de doenças crônicas, atualmente, é responsável por 60% das mortes e incapacidade em todo mundo. Numa escala progressiva, pode representar 73% dos óbitos em 2020.[17]

De acordo com a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio, aproximadamente 80% dos idosos possuem pelo menos uma doença crônica e destes, 50% apresentam duas ou mais patologias. Constatou-se que 30% da população brasileira apresenta alguma patologia crônica, entre elas, a diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial.[17,18]

A epidemia de doenças crônicas ameaça o desenvolvimento econômico e social. Em 2005, cerca de 35 milhões de pessoas no mundo morreram em decorrência de DCNT. Em 2009, as maiores causas de mortalidade foram doenças do aparelho circulatório. Projeta-se que a taxa de mortalidade por doenças crônicas aumentará em 17% até 2015.[6]

Desta forma, o envelhecimento e suas alterações tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de hipertensão arterial, sendo esta a principal doença crônica nessa população. Além disso, é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, estando associados a inúmeras condições, como doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda, além da disfunção diastólica.[19]

2.3 SÍNDROME METABÓLICA

2.3.1 Conceitos e Definições

Existem várias denominações para a síndrome metabólica (SM), como síndrome X, plurimetabólica, dismetabólica. Esta síndrome é uma condição clínica na qual existem alguns fatores de risco cardiovasculares mais elevados se comparada com a população em geral.[20]

A partir de estudos realizados por Reaven, em 1988, consolidou-se a ligação entre o conjunto de anormalidades metabólicas e hemodinâmicas em um mesmo indivíduo, tendo como base fisiopatológica: resistência à insulina, pressão arterial elevada, alterações no metabolismo da glicose e obesidade central.[20,21]

Pesquisas envolvendo a SM tiveram um grande avanço a partir do momento em que o tecido adiposo branco deixou de ser apenas um grande depósito de gordura como reserva calórica para ser caracterizado como um órgão endócrino. [22]

A síndrome metabólica tem sido associada ao aumento da incidência do diabetes tipo 2 e ao aumento de risco cardiovasculares. A interação destes com a epidemia da obesidade e das características do mundo ocidental, como ingestão excessiva de gordura e inatividade física contribuem com extrema significância para o aumento da morbimortabilidade.[23]

2.3.2 Critérios Diagnósticos da Síndrome Metabólica

Em 1998, a síndrome metabólica foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os seguintes critérios: a presença de diabetes mellitus tipo 2, tolerância à glicose de jejum, intolerância à glicose no teste oral, a presença de pressão arterial elevada, o aumento de índice de massa corporal, e o aumento da relação cintura e quadril, foram determinantes para o diagnóstico da SM.[24]

Em 2001, a síndrome metabólica ganhou uma nova definição, por meio da *National Cholesterol Education Program Adults Treatment Panel III* (NCEP-ATP III), que estabeleceu o diagnóstico pela presença de 3 componentes, e em 2005, a *Internation Diabetes Federation* (IDF) criou um novo diagnóstico para SM, sendo a obesidade abdominal obrigatória, juntamente com outros dois itens[4,23,24] Os componentes são listados no quadro 1.

Quadro 1. Propostas e diagnósticos para o estabelecimento da Síndrome Metabólica.

Critérios diagnósticos			
Componentes	**OMS**	**NCEP-ATP III**	**IDF**
Resistência à insulina	Critério obrigatório	Não consta	Não consta
Glicemia alterada	≥ 110mg/dl	≥ 110 mg/dl	≥ 100 mg/dl
HDL	♀ < 40 mg/dl	♀ < 50mg/dl	♀ < 50mg/dl
	♂ < 35mg/dl	♂ < 40 mg/dl	♂ < 40mg/dl
Pressão arterial alterada	≥140/90mmHg	≥130/85 mmHg ou hipertensão tratada	≥130/85 mmHg ou hipertensão tratada
Triglicerídeos alterados	≥ 150mg/dl	≥ 150mg/dl	≥ 150mg/dl, ou tratamento para dislipidemia
Obesidade abdominal	Circunferência abdominal	Circunferência abdominal	Circunferência abdominal*
	♀ ≥ 90cm	♀ ≥ 88cm	♀ ≥ 90cm
	♂ ≥ 85 cm	♂ ≥ 102 cm	♂ ≥ 80 cm

***** Os parâmetros de medida da circunferência da cintura para as populações sul-americanas devem seguir aqueles definidos para os sul-asiáticos e chineses.
Fonte: American Heart Association,[24] I Diretriz de Síndrome Metabólica,[4] Zilmet e Albert.[25]

2.3.3 Epidemiologia da Síndrome Metabólica

Atualmente, a síndrome metabólica é uma condição de prevalência elevada tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Uma das causas para esta situação se deve ao fato do crescente envelhecimento populacional, da obesidade e do sedentarismo.[25]

Nos Estados Unidos, a prevalência da síndrome metabólica é similar, entre os homens e mulheres brancas: 25% após os 20 anos de idade, chegando a 43% nos indivíduos com 60 anos ou mais, sendo mais comum em mulheres negras e nas hispânicas[26]. Na cidade do Porto, em Portugal, observou-se uma tendência de

elevação na prevalência da SM com a idade, sendo o pico entre 60-69 anos, conforme os critérios do NCEP III.[27]

Na França, a prevalência de SM variou de 11% entre as mulheres a 13% entre os homens acima de 70 anos, conforme o critério NCEPATPIII, e na Grécia, a prevalência da síndrome metabólica pelo critério da IDF, foi de 69% em uma população de idosos.[28,29]

No Brasil em um estudo de base populacional de Vitória (ES), a prevalência de síndrome metabólica pelo critério NCEPATPIII foi de 29,8%, sem diferença entre sexos. De 25 a 34 anos, a prevalência foi de 15,8%, alcançando 48,3% na faixa de 55 a 64 anos. Verificou-se o aumento progressivo de prevalência em mulheres do maior para o menor nível socioeconômico.[30]

Em uma pesquisa realizada pelo Instituto de Cardiologia e Endocrinologia de São José do Rio Preto (SP), cujo objetivo foi analisar o perfil bioquímico e caracterizar a síndrome metabólica em pacientes com acompanhamento cardiológico, conforme critérios diagnósticos do NCEP-ATPIII, o IDF foi de 35,5% e 46% respectivamente.[31] Em outro estudo sobre a prevalência de síndrome metabólica usuários de duas unidades básicas de saúde (UBS) de São Paulo pelo critério do NCEP-ATP III, foi de 90, 1%, sendo 56,1% na UBS 1 e 34,0 % na UBS 2.[32]

No semiárido baiano, uma pesquisa realizada com uma população rural mostrou a prevalência de síndrome metabólica global de 30% e, após ajustamento por idade com base na população censitária brasileira de 24,8%, foi destacado pelos pesquisadores que o avanço da idade aumenta a prevalência da SM entre os indivíduos com idade acima dos 45 anos.[33]

No Rio Grande do Sul, estudos têm demonstrado uma alta prevalência de síndrome metabólica, como aponta uma pesquisa realizada no Instituto de Cardiologia de Porto Alegre, que mostrou que 61,5% da população estudada tinha diagnóstico de SM pelo critério do NCEP-ATPIII.[34]

Na população idosa pesquisas mostram a alta prevalência de síndrome metabólica nesta faixa etária, em um estudo realizado com idosos do Ambulatório de Geriatria de um Hospital Universitário de Porto Alegre, com objetivo de descrever o índice de alimentação saudável e sua associação com SM, a prevalência desta etiologia foi considerada elevada, com 62,4% (IDF) e 51,6% (NCEP-ATP III).[35]

Resultado semelhante encontrado por Miró[36], ao verificar a prevalência de SM também pelo NCEP-ATP-III (63,9%), e associação com o declínio cognitivo, em idosos de um ambulatório do sul do Brasil.

Em outro estudo de base populacional na cidade de Novo Hamburgo (RS), a prevalência de SM em idosos, segundo os critérios diagnósticos do NCEPIII-ATP III, NCEP III revisado e IDF, foi de 50,3%, 53,4% e 56,9%, respectivamente.[37]

2.3.4 Manejo da Síndrome Metabólica

O manejo da síndrome metabólica consiste em eliminar os fatores de risco com tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

2.3.4.1 Tratamento não medicamentoso

A realização de um plano alimentar para a redução de peso associado à prática de exercícios físicos são terapias de primeira escolha para o tratamento de pacientes com síndrome metabólica. Está comprovado que esta associação provoca a redução expressiva da circunferência abdominal e na gordura visceral, melhora a sensibilidade a insulina, diminuindo os níveis plasmáticos de glicose, além da redução da pressão arterial e dos níveis de triglicerídeos[4]. Nos quadros 2 e 3 são apresentados a composição de dieta e exercícios físicos recomendados pela I Diretriz de síndrome metabólica.

Quadro 2. Composição de dieta recomendada para síndrome metabólica.

CALORIAS E MACRONUTRIENTES	**INGESTÃO RECOMENDADA**
Carboidratos – O ideal de porção varia de acordo com o valor calórico total do plano alimentar prescrito. Mulheres com IMC > 27kg/m^2 e sedentárias poderão receber apenas 6 porções por dia, enquanto homens ativos com peso normal poderão ingerir até 11 porções por dia.	50%-60% das calorias totais
Fibras – Selecionar alimentos integrais ou minimamente processados com baixo índice glicêmico	20g-30g/dia
Gordura total – Devem ser evitados alimentos gordurosos em geral, como carnes com alto teor lipídico, embutidos, laticínios integrais, frituras, gordura de coco, molhos, cremes e doces ricos em gordura e alimentos refogados e temperados com excesso de óleo de gordura.	25-35% das calorias totais
Àcidos graxos saturados – Incluem os ácidos graxos saturados (C8-C16) e os ácidos graxos trans. Recomendar até 7% se LDL – colesterol > 100mg/dl.	< 10% das calorias totais
Ácidos Graxos polinsaturados – Incluem os ácidos graxos ômega -3 os quais são encontrados em peixes como salmão, sardinha, cavala e arenque.	Até 10% das calorias totais
Ácidos graxos monoinsaturados (AGM) – O azeite de oliva possui 77% de AGMI e seu consumo é predominante na dieta mediterrânea.	Até 20% das calorias totais
Colesterol – Alguns indivíduos com LDL – colesterol > 100mg/dl podem se beneficiar com uma ingestão diária de colesterol de 200 mg/dia.	< 300mg/dia
Proteína – Corresponde a duas porções pequenas de carne magra/dia que podem ser substituídas por leguminosas como soja, grão de bico, feijões, lentilha, etc. e de duas a três porções diárias de leite desnatado ou queijo magro. Os ovos podem ser utilizados como substitutos da carne, respeitando-se o limite de duas gemas/semana em função do teor colesterol.	0,8 a 1,0 g/kg peso atual/dia ou 15%
Sal de cozinha – Devem ser evitados os alimentos processados como embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote. Temperos naturais como salsa, cebolinha e ervas aromáticas são recomendados no lugar de condimentos.	6g/dia
Vitaminas e minerais – Deve ser recomendado o consumo diário de 2 a 4 porções de frutas, sendo pelo menos uma rica em vitamina C (frutas cítricas) e de três a cinco porções de hortaliças cruas e cozidas.	

Fonte: I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica.[4]

Quadro 3. Recomendações de Exercício físico pela I Diretriz de Síndrome Metabólica.

Recomendações para prática de Exercício físico
Recomendação individualizada – Exercício aeróbico como caminhada, ciclismo, corrida, natação, dança, entre outros, em uma freqüência de 3 a 5 vezes por semana, com duração de 30 a 60 minutos contínuos. **Exercícios resistidos** – Exercícios com peso até 50% da força máxima podem ser realizados em associação com exercícios aeróbicos. **Cuidados para a realização dos exercícios** – Para pacientes acima de 35 anos com SM, uma avaliação clínica e ergonométrica (teste do esforço) é recomendada antes do início das atividades físicas. **Participantes de programa de exercício físico individualizado** – É considerado obrigatório teste ergométrico ou ergoespirométrico.

Fonte: I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica.[4]

2.3.4.2 Tratamento medicamentoso

O tratamento medicamentoso na síndrome metabólica é indicado em caso de não se obter resultados com as medidas de mudanças do estilo vida. Porém, no caso da hipertensão arterial, o esquema terapêutico está centrado na meta da redução da pressão arterial em curto prazo de tempo, de três e seis meses.[4]

Nos pacientes com dislipidemia, o tratamento farmacológico deve ser iniciado naqueles de risco baixo (6 meses após o diagnóstico), ou intermediário (3 meses após) que não atingirem as metas não farmacológicas; nos indivíduos de alto risco, as medidas não farmacológicas e o tratamento com hipolipemiantes devem ser iniciados simultaneamente com o tratamento não medicamentoso.[38]

Tratamento da hipertensão arterial

As IV Diretrizes Brasileiras da hipertensão arterial recomendam qualquer uma das cinco principais classes de drogas anti-hipertensivas como betabloqueadores, antagonistas de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores de angiotensina II.[39]

Em pacientes com síndrome metabólica, a redução da pressão arterial para medidas inferiores a 130mmhg/85mmhg pode ser útil, considerando-se o elevado risco cardiovascular. No paciente com diabetes tipo 2, a pressão arterial deve ser reduzida abaixo de 130mmhg/80mmhg, não levando em consideração o fármaco

para alcançar a redução da pressão arterial para valores abaixo de 120/75mmHg, e para os pacientes portadores de doença cardiovascular diagnosticada, com idade superior a 50 anos, o ideal é atingir essa meta em menos de 6 meses.[39]

Tratamento do diabetes tipo 2

Para os pacientes com valores de glicemia acima dos valores normais, que não respondem ou deixam de responder com as medidas do tratamento não medicamentoso, devem ser iniciados um ou mais agentes hipoglicemiantes com o objetivo de controlar a nível glicêmico.[4]

As **glinidas** e a **acarbose** são drogas auxiliares indicadas no tratamento da hiperglicemia pós-prandial, além disso, combinações terapêuticas de drogas como metformina, sulfonilureias e glitazonas têm sido amplamente utilizadas. Em relação às metas a serem alcançadas no tratamento do diabetes do tipo 2, recomenda-se uma glicose de jejum de até 110mg/dl, pós prandial inferior a 140mg/dl e hemoglobina glicosilada até o limite superior do método.[4]

Tratamento da dislipidemia

O metabolismo lipídico alterado apresenta uma forte associação com a aterogênese e aterosclerose, tendo como consequência a elevada morbimortalidade cardiovascular. As **estatinas** são os medicamentos de escolha para reduzir o LDL-C em adultos. Estudos de prevenção primária e secundária evidenciam que estas drogas diminuem a incidências de eventos coronarianos, acidente vascular encefálico e a necessidade de revascularização do miocárdio.[38]

Os **fibratos** demonstram benefícios na redução de eventos cardiovasculares em indivíduos com HDL-C abaixo de 40mg/dL, componente frequente da síndrome metabólica. Eles são indicados quando a dieta e a atividade física não respondem ao tratamento.[38]

Tratamento da Obesidade

Se as medidas não medicamentosas recomendadas não conseguem induzir a perda de pelo menos 1% do peso inicial por mês, após um a três meses, deve-se considerar a introdução de drogas adjuvantes da dieta para indivíduos com IMC ≥ 30kg/m^2, ou ainda, naqueles com IMC entre 25kg/m^2, desde que acompanhado de comorbidades.[4]

Para o tratamento da obesidade, as drogas indicadas são **sibutramina** e o **orlistat**. Estudos têm demonstrado efeitos favoráveis da sibutramina para a perda e melhora de parâmetros metabólicos, com boa tolerabilidade e segurança. Porém, ela provoca alguns efeitos colaterais como boca seca, constipação intestinal, insônia, irritabilidade, cefaleia, aumento da pressão arterial e taquicardia. Por isso a importância do ajuste de drogas anti-hipertensivas quando necessário.[39]

Os tipos de cirurgias recomendadas são as cirurgias restritivas como a *banda gástrica ajustável* e a *gastroplastia vertical com banda*, que diminui a entrada de alimentos no tubo digestivo. As cirurgias disabsortivas, como a *derivação bileipancreática*, diminuem a absorção de alimentos, e as cirurgias mistas, que utilizam ambos os métodos. A cirurgia deve ser considerada para o paciente obeso mórbido (IMC>40kg/m^2) ou obeso com IMC >35 kg/m^2 que sejam diabéticos ou com múltiplos fatores de risco resistentes ao tratamento conservador, realizado continuamente por dois anos. A cirurgia bariátrica é o método mais eficaz e duradouro para perda de peso e, com melhora dos componentes da síndrome metabólica, poderá haver complicações como má nutrição, síndrome de dumping e colelitíase.[4,40]

2.4 ADESÃO AO TRATAMENTO

Adesão significa ato, processo ou efeito de aderir, aceitação dos princípios de uma ideia, uma doutrina um modo de vida,[41] junção, união, aprovação, acordo, manifestação ou solidariedade, apoio, relação e vínculo, pressupondo uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado, nas mudanças do estilo de vida afim de equilibrar sua saúde. Refere-se também à situação na qual o comportamento do paciente corresponde às recomendações médicas, seguindo as orientações e

restrições, sendo também avaliada pelo comparecimento às consultas marcadas.[42,43]

A *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)* padronizou as definições de adesão e persistência ao tratamento, como a atitude de tomar os medicamentos de acordo com as recomendações do profissional de saúde no que se refere à dosagem, a freqüência e dos intervalos de tempo entre cada ingestão da medicação.[44]

A adesão corresponde à maneira como o indivíduo vivencia e enfrenta o adoecimento, estando relacionado a um processo com três componentes principais: (1) a noção de doença que possui o paciente, (2) a ideia de cura ou de melhora que se forma em sua mente, (3) o lugar do médico no imaginário do doente.[45]

2.4.1 Fatores que influenciam a adesão ao tratamento

A problemática da adesão medicamentosa, ou ao tratamento, é complexa, devido à existência de vários fatores que nela influenciam, entre eles: sexo/gênero, idade, etnia, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, doenças crônicas e sintomatologia associada, crenças, hábitos culturais e de vida, desconhecimento, contexto familiar, conceito de saúde e doença, autoimagem e autoestima (no sentido mais positivo e realista, como a pessoa vê e como gosta de si mesma) tipo de tratamento, custos e efeitos indesejáveis, esquemas complexos, e ainda fatores ligados à instituição, tais como política de saúde, acesso, distância, tempo de espera, e problemas de relacionamento com a equipe de Saúde.[46,47]

2.4.2 Adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas transmissíveis

A adesão terapêutica abrange de forma idêntica a prescrição fornecida pelo médico e demais profissionais de saúde, incluindo mudanças nos hábitos alimentares, prática de exercício e a exclusão de vícios como tabagismo, etilismo e entre outros.[48]

A adesão ao tratamento depende, entre outros fatores, da provisão de métodos, ferramentas e incentivos específicos, especialmente do grau de

envolvimento do paciente e de seu cuidador no desenvolvimento do plano terapêutico e na compreensão de sua importância, sendo fundamental que os profissionais de saúde considerem as necessidades e singularidades socioculturais apresentadas pelas pessoas.[49]

A Organização Mundial de Saúde reconhece que a baixa adesão terapêutica pode interferir de uma maneira negativa nos resultados dos tratamentos, principalmente de doenças crônicas, com aumento dos custos de saúde, representando um importante problema de saúde pública.[8]

Nas doenças crônicas, cujo tratamento demanda o uso contínuo de medicamentos para aumentar a eficácia da terapêutica, é de vital importância que haja adesão do paciente ao regime medicamentoso prescrito. O baixo grau de adesão pode afetar de forma negativa a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, podendo constituir um problema relevante trazendo consequências de ordem pessoais e econômicas.[50]

Porém, vários fatores têm sido considerados como motivadores de uma adesão inferior à desejada: o fato de ser uma doença crônica tratável, sem uma cura definitiva, a necessidade da requisição de muitos exames de rotina associada à dificuldade em se conseguir modificar o estilo de vida.[51]

Portanto, os pacientes portadores de doenças crônicas, de modo geral, constituem um desafio constante para os profissionais de saúde, uma vez que a manutenção contínua do tratamento prescrito e a obediência consciente são de difícil aceitação por parte dos indivíduos, visto que eles necessitam modificar a rotina de vida com a qual estavam acostumados.[52]

2.4.3 Avaliação da Adesão ao Tratamento Medicamentoso

Existem dois tipos de métodos de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso: os diretos, que avaliam quantitativamente o medicamento em amostras de sangue ou fluídos do paciente (porém, são de difícil realização e alto custo) e os métodos indiretos (que, além de não exigirem dificuldade em serem aplicados), possuem baixo custo, porém, pode haver a possibilidade de manipulação dos dados[53], como se pode observar no Quadro 4.

Quadro 4. Métodos indiretos de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso.

Método	Descrição
Relatório do próprio paciente	Possui probabilidade muito grande de o paciente superestimar o número de comprimidos.
Opinião do médico	Um procedimento simples que demonstra alta especificidade, pois a opinião do médico está baseada no resultado final do tratamento.
Diário do paciente	Se o preenchimento for adequado, este poderá trazer informações importantes podendo-se correlacionar com eventos externos e/ou efeitos adversos. Porém, é um procedimento difícil devido ao esquecimento dos idosos.
Contagem de comprimidos	Necessita da colaboração dos pacientes, pois eles devem entregar todos os frascos ou caixas de medicações na próxima visita.
Reabastecimento de receitas	Precisa da criação de um programa de informática, além da escolha de um grupo restrito de farmácias nas quais as informações colhidas possam apresentar credibilidade. É um método sujeito a vícios de amostragem.
Monitorização na medição no número de tomada	Requer o uso de frascos especiais que contém tampa e um microprocessador. O processo baseia-se no fato de cada abertura e fechamento da tampa ser memorizada como uma tomada do medicamento. Uma das grandes falhas do sistema está na impossibilidade de detectar a tomada de uma dose excessiva ou se ocorre a ingestão de várias pílulas de uma só vez.

Fonte: Elaborado pelas autoras a partir de Oigman W[53].

O método mais utilizado em pesquisas para detectar a falta de adesão é o *questionamento direto ao paciente,* devido à sua praticidade e ao baixo custo. O precursor deste método foi Morisky[54], que realizou um estudo durante três anos a fim de validar um questionário de levantamento da adesão em pacientes hipertensos. O instrumento era composto por quatro perguntas com respostas dicotômicas do tipo “sim” e “não”; a partir do escore obtido, resultava a seguinte classificação: aderente, moderadamente aderente e não aderente.

A medida de adesão ao tratamento medicamentoso (MAT) foi elaborada por Delgado e Lima[55] por meio do instrumento de Morisky. A MAT teve sua validade (padrão ouro) obtida por meio do critério de contagem de medicamentos e da medida psicométrica de adesão ao tratamento, ou seja, foram adicionados 2 perguntas a mais, sendo o item 6 adaptado de Ramalinho[56], que avaliou a adesão dos medicamentos pelo método de contagem de medicamentos, em paralelo com uma medida psicométrica; e o item 7, por meio de Shea,[57] que utilizou uma versão com 5 itens do teste de Morisky.

Participaram do estudo de Delgado e Lima 167 sujeitos, dos quais, 105 eram mulheres com idades entre 32 e 87 anos, com história de doença crônica como hipertensão arterial *e diabetes mellitus.* Tal como Morisky, os autores calcularam o valor da sensibilidade e da especificidade da medida psicométrica. Os resultados do presente estudo proporcionaram confiança tanto quanto à consistência interna, quanto à realidade concorrente da medida de adesão ao tratamento.

A tradução do instrumento para a língua portuguesa para o Brasil foi desenvolvida por Faria[58] em pacientes diabéticos. O questionário foi submetido à apreciação por três especialistas em diabetes *mellitus* quanto à clareza dos itens e à facilidade de leitura e compreensão.

Em seguida, foi realizado um estudo-piloto com cinco sujeitos, contendo 7 perguntas que procuram medir os comportamentos de adesão ao tratamento, a pergunta número 1 relaciona-se com o esquecimento, a de número 2 com o descuido do horário, as perguntas 3 e 4 questiona os indivíduos se alguma vez eles deixam de tomar os medicamentos por ter se sentindo melhor e pior respectivamente, o item número 5 questiona sobre tomar mais comprimidos por iniciativa própria por estar se sentindo pior, e as perguntas de número 6 relaciona-se com a interrupção do tratamento por ter deixado acabar os medicamentos, e a de número 7 questiona os sujeitos se alguma vez, eles deixaram de tomar os medicamentos por alguma outra razão que não seja a recomendação do médico.

As respostas se apresentam na forma de: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). O nível de adesão varia de 1 a 6 pontos conforme a pontuação da resposta; a partir de então, os valores de cada item são somados, dividindo o resultado da soma pelo número de itens. Os pacientes que obtiveram os escores 1, 2 e 3 podem ser considerados menos

aderentes e os que apresentaram os escores 4, 5 e 6 são considerados mais aderentes. Após a tomada dos valores, estes foram transformados em respostas dicotômicas, sendo classificados em aderentes e não aderentes.

2.4.4 Adesão ao Tratamento Medicamentoso na Síndrome Metabólica

São considerados escassos os estudos que abordam a adesão ao tratamento medicamentoso na síndrome metabólica.

Em um estudo sobre a identificação de problemas relacionados com medicamentos nos pacientes com síndrome metabólica, atendidos em uma unidade básica de saúde no município de Vila Velha, apenas 21,9% mostraram comportamento de alta adesão ao tratamento medicamentoso.[59]

Porém, em outro estudo, que verificou a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com síndrome metabólica de um Centro de Saúde – Escola de uma Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a adesão foi de 97,3%.[60]

2.4.5 Adesão ao Tratamento Medicamentoso em Idosos

A não adesão ao tratamento medicamentoso possui uma grande prevalência entre os pacientes geriátricos, e algumas das relações apontadas para esta causa são: a quantidade diária de droga a ser administrada, a dificuldade de deglutição e a negação ou o medo da doença, além da diminuição da autoestima, de dificuldades econômicas e da suspensão da medicação para ingestão de bebidas alcoólicas. Além disso, a utilização de um único medicamento no idoso pode conduzir ao aparecimento de vários efeitos secundários simultâneos.[61,62,63]

Em Porto Alegre, estimativas apontam que 91% dos idosos fazem uso de algum medicamento, sendo que 27% dos idosos utilizam, em média, cinco fármacos por dia. Principalmente na síndrome metabólica, quando o paciente faz uso de medicamentos concomitantemente, o quadro de declínio cognitivo, as limitações físicas e as múltiplas doenças crônicas associadas podem afetar a sua habilidade de usar adequadamente os medicamentos. A exposição a múltiplos medicamentos

expõe o idoso a um tratamento mais complexo, exigindo maior atenção, memória e organização.[59,64,65,66,67]

2.5 ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

Na busca da redução do risco cardiovascular, o tratamento não medicamentoso e a modificação do estilo de vida, com o foco na redução do peso corporal e na prática da atividade física, têm-se associado a significantes melhoras clínicas nos pacientes portadores de Síndrome Metabólica.[6]

Em uma pesquisa realizada pelo Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul com o objetivo de verificar a adesão a terapêutica farmacológica e não farmacológica de pacientes com doença arterial coronariana, atendidos por uma equipe multidisciplinar, mostrou que a adesão não medicamentosa foi de apenas 40,2%.[68] Resultado semelhante foi evidenciado no estudo de Silva[60], sobre a avaliação da adesão de pacientes portadores de síndrome metabólica ao tratamento. A autora verificou que os pacientes apresentaram baixos índices de adesão aos hábitos alimentares e prática de atividade física.

2.5.1 Adesão ao Exercício físico

A adesão ao exercício físico diminui com o passar da idade, a partir da adolescência e da idade adulta jovem. Estima-se que, depois dos 50 anos de idade, o declínio tende a continuar com proporções maiores de não adesão de mulheres e homens aos 80 anos.[69]

O aumento do sedentarismo com o avanço da idade pode ser explicado pela concepção que as pessoas idosas têm de que o comportamento de uma pessoa velha é a inatividade. Muitas também se sentem incapazes, mais por acreditarem que todas as pessoas na velhice deveriam parecer a se comportar como inativas, especialmente as mulheres.[70]

A promoção efetiva da atividade física pelos médicos é um determinante potencialmente forte da adesão inicial para pessoas idosas devido ao contato aumentado com esses profissionais à medida que se envelhece. Para esta

população, a indicação médica parece ser a razão prevalente para a iniciação do exercício físico.[70]

Um estudo sobre o perfil socioeconômico, demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física apontou que as variáveis que influenciaram a realização de atividade física foram relacionadas à indicação de amigos e à melhora da saúde e busca do convívio social. Já em outra pesquisa com 120 idosos sobre a adesão ao exercício físico, os motivos relacionados foram no sentido de melhorar a saúde e o desempenho físico.[71,72]

O envelhecimento provoca alterações físicas que podem influenciar na motivação da atividade física, como: diminuição da visão, audição, força muscular, flexibilidade, agilidade e energia. Além disso, a presença de uma doença intercalada pode comprometer o idoso física e psicologicamente, influenciando nas suas limitações para o desempenho de alguma atividade física.[73]

2.5.2 Adesão à Dieta

A dieta adequada exerce efeitos diretos no perfil lipídico, assim como no peso corporal, na função endotelial e no estresse oxidativo. Por isso, o aconselhamento para uma alimentação saudável é considerado primordial para o tratamento da síndrome metabólica, com o objetivo de atingir ou manter o peso adequado, reduzindo assim os níveis de colesterol total.[74]

Em um estudo de intervenção nutricional, com duração de três meses, realizado em Porto Alegre, com o objetivo de avaliar o efeito da modificação do estilo de vida sobre a qualidade da dieta em indivíduos com síndrome metabólica, os pesquisadores demonstraram que a intervenção foi eficiente na melhora da qualidade da dieta.[75]

Grillo[76], em estudo sobre a caracterização nutricional de idosos com *diabetes mellitus* cadastrados em uma unidade básica de saúde, constatou que 55,2% apresentavam dificuldade em seguir a dieta, visto que ingeriam açúcar três vezes por semana, e que 53,6% misturavam mais de um carboidrato.

Em outro estudo de comparação de dois métodos de intervenção nutricional e o impacto na adesão ao tratamento de pacientes com síndrome metabólica, o autor concluiu que os pacientes que chegaram mais motivados foram aqueles que

responderam melhor à redução dos valores do índice de massa corporal e da circunferência abdominal.[77]

2.5.3 Adesão ao abandono de tabagismo

Embora muitas doenças e óbitos prematuros estejam associados ao tabagismo, que é considerado a maior causa evitável de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, o consumo de tabaco tem aumentado em todo o mundo e se concentrado cada vez mais em países em desenvolvimento.[78]

Em uma pesquisa qualitativa com 16 indivíduos em Porto Alegre (RS) em abstinência ao fumo revelou que as restrições sociais ao fumo contribuíram para o abandono do tabagismo.[79]

Em outro estudo, de caráter quantitativo, feito com 91 fumantes do programa de controle do tabagismo de um Centro de Tratamento para cardiopatas e diabéticos de alto risco, os resultados demonstraram que 43% pararam de fumar; dos que abandonaram o fumo, 41% apresentaram melhora dos hábitos alimentares, 37% adotaram a atividade física regular, 46% dos hipertensos alcançaram melhor controle pressórico e 63% não necessitaram de atendimento em serviço de emergência, em seis meses, por abstinência causada pela falta do tabaco.[80]

Em outra pesquisa sobre a adesão ao tratamento não medicamentoso em pacientes com doença arterial coronariana, a adesão para parar de fumar foi de apenas 10%. Isso pode ser justificado porque quanto maior as alterações a serem feitas pelos pacientes que necessitam fazer em função do tratamento como o abandono do fumo menor será a possibilidade de aceitação ao tratamento.[81]

2.6 RISCO CARDIOVASCULAR E SÍNDROME METABÓLICA

Nos últimos anos, a síndrome metabólica tem sido motivo de preocupação pela comunidade científica e pelos gestores de saúde devido à sua elevada prevalência e por aumentar a mortalidade cardiovascular em 2,5 vezes.[4]

O termo “fator de risco” foi utilizado pela primeira vez por Kannel, em 1961, ao divulgar os achados de um estudo na cidade de Framinghan nos Estados Unidos, onde foi realizada uma coorte de aproximadamente 5 mil pessoas, tanto do sexo

masculino quanto feminino, com a finalidade de identificar os fatores de risco, comparando indivíduos que sofreram doença arterial coronariana com aqueles que não portavam esta patologia.[82]

A partir de então, foi criado o Escore de Risco Framinghan, em que é estimado o risco absoluto de um indivíduo desenvolver clinicamente alguma doença coronariana. Este escore leva em consideração as variáveis como idade, sexo, colesterol total, colesterol HDL, pressão arterial sistólica, *diabetes mellitus* e tabagismo.[82]

Estudos no quais tiveram como objetivo identificar a prevalência dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (FRCV) em idosos, a hipertensão arterial (HAS), a obesidade e o sedentarismo mostraram que os FRCV foram mais prevalentes. Em outra pesquisa, realizada com idosos longevos de Veranópolis-R.S, verificaram que a HAS foi o fator de risco para mortalidade cardiovascular de maior prevalência.[83,84,85]

Um estudo realizado com pacientes internados em uma unidade de cardiologia de Pelotas-R.S teve como objetivo averiguar o conhecimento deles acerca dos FRCV. A maior parte citou a dieta lipídica como responsável pelo aparecimento das doenças do coração, porém, 70% eram hipertensos e apenas um entrevistado respondeu a hipertensão arterial como responsável pelo aparecimento das doenças do coração. O autor destacou a ênfase na educação em saúde a fim de evitar o surgimento ou as complicações de doenças cardiovasculares.[86]

A avaliação de fatores de risco possibilita identificar pessoas com alto risco cardiovascular, possibilitando traçar estratégias de prevenção, fazendo com que os pacientes tenham uma maior adesão ao tratamento, e evitando complicações e reincidências das doenças cardiovasculares.[87]

2.7 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O PACIENTE PORTADOR DE DOENÇA CRÔNICA TRANSMISSÍVEL

O Sistema Único de Saúde (SUS) decretado a partir da Lei número 8080 de 19 de setembro de 1990, em todo território nacional tendo como princípios a promoção, proteção e recuperação da saúde, seus princípios e diretrizes baseiam-se na universalidade, integralidade, e igualdade de acesso aos serviços de saúde

em todos os níveis de assistência. São objetivos e atribuições do SUS, (artigo 5^{0} capítulo I.[88]

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social;

III – A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas;

No artigo 17, capítulo III, da secção II, uma das competências do SUS, é coordenar em caráter complementar, executar ações e serviços:

- vigilância epidemiológica;
- vigilância sanitária;
- alimentação e nutrição;
- saúde do trabalhador;

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, várias propostas de mudanças, inspiradas pela Reforma Sanitária e pelos princípios do SUS, entretanto, essas iniciativas apresentaram retrocessos e seus resultados foram pouco perceptíveis na estruturação do Sistema Único de Saúde.[89]

Dentre os programas e as ações desenvolvidas, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1994 com o objetivo de redirecionar o modelo de saúde no país, fortalecendo a atenção básica à saúde.i Esta estratégia prioriza ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral, contínua e de qualidade, estimulando a organização da comunidade e efetiva participação popular.[90]

A Estratégia da Saúde da Família tem como objetivo principal, contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, conforme os princípios do SUS, fazendo com que a família passa ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, caracterizando como uma estratégia a qual se possibilita a integração, promovendo a organização das atividades em um território definido, com o propósito de proporcionar o

enfrentamento e resolução de problemas, caracterizando-se com atuação, inter e multidisciplinar e de responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde.[90]

Em Porto Alegre, a ESF iniciou-se em 1996. Atualmente conta com 97 equipes que atendem a uma população de 290 mil moradores da cidade (aproximadamente 20% da população) estas equipes básicas são compostas de quatro agentes comunitários de saúde, dois auxiliares/técnicos de enfermagem, um médico e um enfermeiro. Cada equipe é responsável em média por 850 famílias, correspondendo aproximadamente de 3,5 mil a 4 mil pessoas. Também foram implantadas seis equipes de saúde bucal nas ESF. As equipes trabalham com território delimitado, identificando micro-áreas de risco e desenvolvendo ações programáticas e ações intersetoriais[91].

Atualmente as equipes do Programa de Saúde da Família estão distribuídas em oito Gerências Distritais (GD), como descrito abaixo, com aproximadamente 22 mil idosos cadastrados.[91]

2.7.1 Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA)

A adoção da Estratégia da Saúde da Família tem como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreendendo as condições mais favoráveis de acesso às medidas em vários setores da saúde, os quais as DCNT exigem, visto que no Brasil a hipertensão arterial e o *diabetes mellitus*, são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, além de amputações de membro inferiores, representando 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com Insuficiência Renal Crônica, submetidos à diálise.[92]

A partir disto, o governo federal criou um programa denominado *Hiperdia*, o qual consiste em um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção á HAS e DM, em todas as unidades ambulatoriais do SUS, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde, sobre o perfil epidemiológico desta população, para posteriores estratégias de saúde pública, desenvolver modificações no quadro atual, e melhoria na qualidade de vida destas pessoas.[92]

2.7.2 O idoso e a Estratégia Saúde Família

A assistência à saúde do idoso tornou-se prioridade, tendo em vista o aumento progressivo da expectativa de vida, observado nas últimas décadas, as ações do município voltadas a esta população, além do atendimento de suas doenças visando o desenvolvimento de ações preventivas e educativas buscando melhorar a qualidade de vida e diminuir a incidência de morbidades.[92].

Com base nisto, a ESF de Porto Alegre desenvolveu as seguintes ações voltadas para a saúde do idoso.

- Projeto Vida e Saúde: Promoção do envelhecimento saudável visando o desenvolvimento de ações preventivas e educativas;
- Projeto Porto Alegre cidade protetora da vida: Prevenção e controle de acidentes e violência com idoso e quedas;
- Desenvolvimento de grupos terapêuticos e de convivência;
- Cobertura vacinal contra influenza e difteria;
- Atendimentos em saúde em todos os níveis de atenção primária, atenção especial, diagnóstico e internações;
- Programa Operação em Inverno: Insuficiência Respiratória Aguda;
- Regulamentação de consultas e internação no sistema único de saúde;
- Programa de Atendimento Domiciliar e órtese e prótese;
- Assistência farmacêutica e de fisioterapia;
- O programa de atendimento domiciliar para idosos acamados

Entretanto, o desenvolvimento de políticas e/ou programas para a prevenção das doenças cardiovasculares e *diabetes mellitus,* não são suficientes, é preciso

estimular a participação dos usuários aos grupos de hipertensão, diabetes na atenção básica, proporcionando ações de educação em saúde, estimulando acima de tudo a adesão dos portadores de DCNT ao esquema terapêutico.[93]

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica, participantes do "*Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre (EMISUS)".*

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Em idosos portadores de síndrome metabólica, atendidos pela Estratégia Saúde da Família:

- descrever o perfil demográfico, sociocultural e econômico;
- descrever a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso;
- descrever a prevalência da adesão à dieta;
- descrever a prevalência de adesão ao exercício físico;
- descrever os motivos da não adesão à dieta;
- descrever os motivos da não adesão ao exercício físico;
- analisar a associação da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso com variáveis sociodemográficas;
- analisar a associação entre risco cardiovascular e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

4 MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO

A pesquisa caracterizou-se como um estudo transversal, descritivo e analítico.[94]

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi composta por idosos participantes do *Estudo Epidemiológico e Clínico dos Idosos Atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Município de Porto Alegre (EMISUS).*

Para a realização do EMISUS, foi feito o recrutamento de uma amostra aleatória de 1.050 idosos provenientes de sorteio feito por 30 equipes diferentes da Estratégia Saúde da Família, de Porto Alegre, sendo quatro equipes da GD Norte/Eixo Baltazar, duas da GD Sul/Centro-Sul, duas da GD Restinga/Extremo Sul, seis da GD Glória/Cruzeiro/Cristal, três da GD Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, quatro da GD Partenon/Lomba do Pinheiro, sete da GD Leste/Nordeste e duas da GD Centro. Inicialmente, foi aplicado um questionário nas residências de 35 idosos sorteados aleatoriamente de cada equipe da ESF pelos agentes comunitários de saúde previamente treinados.

Dos 1050 idosos, 344 foram avaliados e realizaram exames bioquímicos no período de março a dezembro de 2011, à coleta de sangue ocorreu nas ESF em dias de semana, após procedeu-se a uma avaliação multiprofissional e multidimensional nas dependências do Hospital São Lucas da PUCRS no sábado.

Os critérios de inclusão dos sujeitos selecionados para participar do EMISUS foram: idade igual ou superior a 60 anos e serem cadastrados no Programa de Saúde da Família. Já o critério de exclusão, foi de não ter condições de deslocamento até o local para avaliação multiprofissional.

Para o presente estudo, a amostra foi constituída por 110 idosos participantes do EMISUS, portadores de Síndrome Metabólica pelo critério do NCEPATP-III. O tamanho amostral foi calculado considerando um poder de 90%, demonstrando um

valor do escore da escala de adesão medicamentosa de 0,42 para mais ou para menos.

4.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, participantes do EMISUS com diagnóstico de síndrome metabólica conforme critério da (NCEP-ATPIII).[24]

4.2.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos do estudo os idosos com déficit cognitivo e alteração na comunicação (na fala e/ou dificuldade auditiva) que impossibilitasse a realização da entrevista.

4.3 VARIÁVEIS EM INVESTIGAÇÃO

As seguintes variáveis foram investigadas:

- Demográficas, socioculturais e econômicas: idade, faixa etária, sexo, raça, estado civil, escolaridade, renda pessoal e familiar; com quem o idoso vive (mora);
- Antropométricas: peso, altura, índice de massa corporal e circunferência da cintura;
- Bioquímicas: colesterol total, LDL, triglicerídeos e glicemia de jejum;
- Pressão arterial;
- Síndrome metabólica e seus componentes: triglicerídeos elevados, HDL diminuído, pressão arterial elevada ou uso de medicamentos anti-hipertensivos, glicemia de jejum elevada ou uso de hipoglicemiante oral/insulina e obesidade abdominal central;
- Risco cardiovascular;
- Número de medicamentos utilizados;
- Uso de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais/insulina e hipolipemiantes;
- Adesão ao tratamento medicamentoso;

- Adesão ao tratamento não medicamentoso (adesão à dieta, exercício físico e frequência de tabagismo).

4.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

4.4.1 Questionário de Avaliação Global do Idoso

Este questionário foi elaborado pelos pesquisadores do EMISUS e aplicado pelos agentes de saúde da Estratégia da Família, no domicílio dos idosos, para coleta de informações sobre faixa etária, sexo, nível socioeconômico e cultural, número de medicamentos utilizados de uso contínuo e uso de medicamentos anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais/insulina e hipolipemiantes (Anexo 1).

4.4.2 Avaliação Antropométrica

- Peso e altura: foi utilizada uma balança manual de marca não especificada; os participantes foram avaliados vestindo um avental hospitalar, descalços, posicionados no centro da plataforma da balança com os braços estendidos e posição ereta.
- Índice de massa corporal (IMC): foi calculado a partir das medidas de peso e altura utilizando-se o índice de Quetelet (IMC = peso/altura^2) sendo os pontes de corte para baixo peso e sobrepeso, respectivamente, IMC abaixo de 22kg/m^2 e acima de 27kg/m^2.[95]
- Circunferência abdominal (CA): foi aferida com fita métrica inelástica no ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca com o indivíduo em pé com os seguintes pontos de corte, homem ≥ ou igual a 102 cm e mulher ≥ ou igual a 88 cm conforme as Diretrizes de Síndrome Metabólica.[4]

4.4.3 Aferição da Pressão Arterial (PA)

Os níveis pressóricos foram obtidos através de um esfigmomanômetro aneroide devidamente calibrado e estetoscópio com paciente sentado, em uma

cadeira com as costas apoiadas, sendo conferidas as informações referentes a não realização de esforço físico, fumo, ou ingestão de cafeína durante uma hora antes a aferição da PA, conforme recomendação da Diretriz de Hipertensão Arterial.[39]

O ponto de corte pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e pressão arterial diastólica ≥ 100mmHg.[4]

4.4.4 Perfil Bioquímico

Foram determinados os níveis de glicemia em jejum, triglicerídeos, colesterol total, HDL-c e LDL-c pelos métodos que estão descritos a seguir:

- Glicose: kit de glicose PAP liquiform, marca Labest. Sist. enzimático para a determinação da glicose no sangue por reação de ponto final. Metodologia GOD – Trinder.
- Triglicerídeos: Kit triglicerídeos Liquiform, marca Labest. Sist. enzimático para a determinação dos triglicerídeos por reação de ponto final. Metodologia Enzimático – Trinder.
- Colesterol Total: kit colesterol Liquiform, marca Labtest. Sist. enzimático para a determinação do colesterol por reação de ponto final. Metodologia Enzimático – Trinder.
- HDL: kit de colesterol HDL, marca Labest. Sistema de determinação por meio da precipitação seletiva das lipoproteínas de baixa e muito baixa densidade (LDL e VLDL) por reação de ponto final.
- LDL: Calculado pela equação de Friedewald (LDL = CT – HDL – TG/5). Quando TG > 400 mg/dl, a fórmula não foi utilizada.

As coletas de sangue venoso foram realizadas nas unidades básicas de saúde/ESF ou nas residências dos idosos. Para tanto, os participantes foram orientados a manter 12 horas de jejum. As amostras foram coletas com o paciente posicionado de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Clínica Laboratorial para coleta de sangue venoso. A punção venosa periférica direta foi realizada com tubo siliconizado do sistema Vacutainer (Becton-Dickinson), contendo 0,5ml de solução estéril de citrato de sódio (19,2mg de citrato de sódio e 2mg de ácido cítrico) e agulha descartável 19G1 (25mm x 10mm),

em fossa cubital e em condições assépticas. Para os indivíduos com dificuldade de acesso venoso, foram utilizadas seringas de plástico e agulhas descartáveis 21G1 (25mm x 8mm) ou dispositivo venoso periférico 23G1 (25mm x 6mm). Foram coletadas amostras com 4ml. Todo material pérfuro-cortante foi descartado em recipiente próprio e os materiais com resíduo biológico foram descartados em saco branco[96].

4.4.5 Escore de Risco de Framingham

O Escore de Risco de Framingham (ERF – Anexo 2)[38] é estabelecido por meio do somatório de seus cinco componentes, diferenciados entre os sexos (total de pontos), a partir do qual é estabelecido um risco absoluto de evento CV em dez anos (%) para cada número total do ERF. O ERF se encontra no Anexo 2. O (ERF) leva em consideração as seguintes variáveis: idade, sexo, colesterol total, colesterol HDL, pressão arterial sistólica, diabetes *mellitus* e tabagismo.

Entre os indivíduos sem doença aterosclerótica significativa, pode-se estimar, pelo ERF aqueles de risco baixo (probabilidade menor que 10% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos) e risco alto (probabilidade maior do que 20% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos). Para os indivíduos identificados pelo ERF como portadores de risco intermediário (probabilidade entre 10% e 20% de infarto ou morte por doença coronária no período de 10 anos).[38]

Os idosos foram classificados em três categorias de risco cardiovascular como mostra o quadro abaixo.

Quadro 5. Escore de Risco Framingham.[38]

Escore	**Risco de desenvolvimento de evento cardiovascular em 10 anos**
Escore > 20%	Alto risco para doenças coronarianas
Escore de 10-20%	Risco médio para doenças coronarianas
Escore < 10%	Risco baixo para doenças coronarianas

4.4.6 Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso

Foi aplicado um instrumento para a medida de adesão ao tratamento medicamentoso (MAT), elaborado por Delgado e Lima[55] (Anexo 3), contendo 7 perguntas que procuram medir os comportamentos intencionais e não intencionais de não adesão ao tratamento, sendo validado no Brasil por Faria.[58] Como as perguntas foram relacionadas a uma população de diabéticos, para o presente estudo a palavra *diabetes mellitus*, foi substituída por doenças cardiometabólicas.

As respostas se apresentam na forma de: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). O nível de adesão varia de 1 a 6 pontos conforme a pontuação da resposta; a partir de então, os valores de cada item são somados, dividindo o resultado da soma pelo número de itens. Os pacientes que obtiveram os escores 1, 2 e 3 foram considerados menos aderentes e os que apresentaram os escores 4, 5 e 6 considerados mais aderentes. Após a tomada dos valores, estes foram transformados em respostas dicotômicas, sendo classificados em aderentes e não aderentes.

Para o presente estudo, foram considerados aderentes aqueles idosos que apresentaram o escore ≥ 5,5. O cálculo foi alcançado através do resultado da mediana da pontuação total apresentada pelos sujeitos da pesquisa, tendo como base as separatrizes da distribuição de dados.

4.4.7 Instrumento de Avaliação do Tratamento Não Medicamentoso

Foi aplicado um questionário sobre os hábitos alimentares, exercício físico e tabagismo elaborado pelas pesquisadoras com base na I Diretriz Brasileira de Diagnóstico de Tratamento da Síndrome Metabólica (Apêndice 1)[4].

Os idosos considerados aderentes à dieta foram os que apresentaram aceitação aos itens relacionados à alimentação e orientados pelo profissional da saúde. As perguntas relacionadas com os motivos para a não adesão aos itens da dieta foram de múltipla escolha e resposta aberta.

Para a adesão ao exercício físico, foram considerados aderentes os idosos que praticam alguma atividade física no mínimo três vezes por semana.

4.5 DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICA

O critério utilizado para o diagnóstico da síndrome metabólica foi o NCEP-ATP-III[4] que envolve a presença de três ou mais dos seguintes componentes:

● Obesidade central: mulheres com circunferência da abdominal > 88cm e homens >102 cm.

● Triglicerídeos: maior ou igual a 150mg/dL.

● HDL diminuído: em homens menor que 35 mg/L e mulheres menor que 40 mg/dl.

● Glicemia de jejum alterada (≥ 110 mg/dL) ou uso de hipoglicemiantes orais/insulina.

● Pressão arterial sistólica ≥ 130 mmHg ou diastólica ≥ 85 mmHg ou uso de medicação antihipertensiva.

4.6 LOGÍSTICA DO ESTUDO

O estudo foi realizado em três etapas:

Etapa I: compreendeu a coleta de dados (obtidos no período de março a dezembro de 2011) e elaboração do banco de dados do EMISUS. Para o presente estudo, foram utilizadas informações referentes à avaliação antropométrica o qual foi realizada por uma equipe de nutricionistas, perfil clínico (pressão arterial, história de DM, HAS, tabagismo e uso de medicamentos) os quais foram obtidos por acadêmicos de medicina e perfil bioquímico (glicose, colesterol total, LDL, HDL e triglicerídeos), os quais foram analisados por pesquisadores do Laboratório de Bioquímica do Instituto de Geriatria e Gerontologia.

Etapa II: compreendeu a identificação dos indivíduos com síndrome metabólica pelo critério do NCEP-ATP III. Dos 344 idosos investigados no período de março a dezembro de 2011, 211 (61,3%) foram diagnosticados como portadores de SM por este critério.

Etapa III: compreendeu a aplicação dos instrumentos de avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso (MAT) e não medicamentoso (adesão à dieta e atividade física) pela mestranda. Para esta etapa, foi realizado contato telefônico

com os coordenadores de cada ESF, fornecendo a lista dos idosos identificados como portadores de SM. As ESFs foram:

- **Eixo Glória/Cruzeiro/Cristal:** São Gabriel, Santa Tereza, Orfanotrófio, Nossa Senhora de Belém, Cruzeiro do Sul e Osmar de Freitas.
- **Eixo Partenon/Lomba do Pinheiro:** Lomba do Pinheiro, Herdeiros, Pitoresca e Vila São Pedro.
- **Eixo leste/nordeste:** Jardim da Fapa, Vila Pinto, Timbaúva, Laranjeiras, Wenceslau Fontoura, Milta Rodrigues, Tijuca.
- **Eixo Centro:** Santa Marta e Modelo.

Em seguida, foram agendados dia e horário para os idosos comparecerem nas ESF/Unidades Básicas de Saúde para coleta dos dados. Foi feita visita domiciliar acompanhada pelos agentes de saúde na casa dos idosos que não puderam comparecer no dia marcado.

Ao final do estudo, a mestranda ofereceu uma palestra sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso aos participantes da pesquisa, nas dependências do Instituto de Geriatria e Gerontologia.

4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi estruturado em planilha Excel, em digitação única. Na fase descritiva, as variáveis quantitativas com distribuição simétrica foram analisadas por média e desvio padrão e as com distribuição assimétrica por mediana e amplitude interqualítica. Para verificar a variabilidade da adesão, foi estabelecido um intervalo de confiança de 95%.

Antes dos testes estatísticos, foi verificada a normalidade das variáveis; na fase analítica, foi utilizado teste T student para variáveis contínuas, independentes e univariadas e o teste Qui-quadrado de Pearson e Fisher para variáveis categóricas e bivariadas.

Foram considerados significativos os valores $p \leq 0,05$.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo teve início após apreciação e aprovação da Comissão Científica do IGG e do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS (protocolo n^0 11/05629 – Anexo 5). O projeto EMISUS foi apreciado e aprovado pelo CEP da PUCRS (protocolo n^0 10/04967 – Anexo 07) e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (registro 499 e processo n^0 001.021434.10.7 – Anexo 8).

Os questionários ficarão armazenados no Centro de Documentação do Instituto de Geriatria e Gerontologia por um período mínimo de cinco anos.

As pesquisadoras seguiram as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que assegura aos sujeitos da pesquisa o sigilo e o anonimato, o direito de desistir em qualquer momento do trabalho e o livre acesso aos dados coletados. Todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido do EMISUS (Anexo 4).

4.9 ESTRUTURAÇÃO E REDAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

Para a estruturação e redação da dissertação, foram utilizados como referência as normas da Associação Brasileira de Normas e Técnicas e as recomendações do livro “Redação de trabalhos acadêmicos nas áreas das ciências e da biologia”[97] para a elaboração das referências bibliográficas, foi utilizado o estilo de Vancouver.[98]

Adicionalmente, no decurso do mestrado, foi redigido um artigo de revisão intitulado “Adesão ao Tratamento Medicamentoso nas Doenças Cardiometabólicas” (Anexo 9) cujo comprovante de submissão para a Revista Gaúcha de Enfermagem (Qualis B1 na área interdisciplinar da CAPES) encontra-se no Anexo 10.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

No presente estudo, foram avaliados 110 idosos portadores de síndrome metabólica diagnosticada pelo critério NCEP-ATPIII.

A média da idade dos idosos foi de 68,3±6,6 anos, com mediana de 67 anos e variação entre 61 e 90 anos.

Na Tabela 1, são apresentadas as características demográficas, socioculturais e econômicas da amostra.

Observa-se que, dos idosos estudados, a maior parte, eram do sexo feminino (67,3%), encontravam-se na faixa etária dos 60-69 anos (64,5%), (72,7%) eram brancos, e moravam com a família (78,2%), (54,7%) ganhavam até um salário mínimo. Em relação à escolaridade, (76,9%) tinham ensino fundamental incompleto, no que se refere à ocupação, (79,2%) eram aposentados, contudo, destaca-se que 16 indivíduos (15,1%) exerciam atividade remunerada**.** Quanto ao estado civil, a categoria mais frequente foi a de casados (36,7%) seguida de viúvos (31,2%).

Tabela 1. Distribuição das frequências segundo as características demográficas, socioculturais e econômicas dos idosos com Síndrome Metabólica, acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 110).

Características demográficas, socioculturais e econômicas	N (%)
Sexo (N = 110)	
Masculino	36 (32,7)
Feminino	74 (67,3)
Faixa Etária (N = 110)	
60-69 anos	71 (64,5)
70-79 anos	34(30,9)
80 anos ou mais	05 (4,5)
Raça (N = 110)	
Branco	80 (72,7)
Preto	16 (15,5)
Pardo	14 (12,7)
Estado Civil (N = 109)	
Solteiro	16 (16,7)
Casado	44 (36,7)
Viúvo	34 (31,2)
Divorciado	15 (15,4)
Com quem mora (N = 110)	
Família	86 (78,2)
Sozinho	23 (20,9)
Cuidador não familiar	01 (0,90)
Renda (N = 106)	
Até 1 salário mínimo	58 (54,7)
Entre 1 e 2 salários mínimos	29 (27,3)
Entre 2 e 4 salários mínimos	05 (4,8)
Não tem renda própria	14 (13,2)
Escolaridade (N = 108)	
Analfabeto	09 (8,3)
Fundamental incompleto	83 (76,9)
Fundamental completo	06 (5,6)
Médio incompleto	01 (0,93)
Médio completo	09 (8,3)
Ocupação (N = 106)	
Aposentado	84 (79,2)
Atividade remunerada	16 (15,1)
Do lar	05 (4,8)
Desempregado	01 (0,9)

As medidas de tendência central e variabilidade das variáveis bioquímicas, antropométricas e clínicas (pressão arterial e Escore de Risco Framingham), são apresentadas na Tabela 2. Como se pode observar, o IMC médio dos idosos era

elevado, configurando sobrepeso/obesidade, assim como os triglicerídeos. Os demais parâmetros estavam relativamente dentro da normalidade.

Em relação à circunferência abdominal e dos níveis de HDL-c, foi feita uma análise entre os sexos, uma vez que existem pontos de corte diferenciados para estes parâmetros. Não foi observada diferença estatisticamente significativa pelo teste T. Nas mulheres, a média do HDL-c foi 49,1±12,1 e da CA foi 100,5±12,5. Nos homens, a média do HDL-c foi 44,5±,11,2 e da CA foi 101,9±10,3. Contudo, cabe destacar que a média da CA das mulheres estava aumentada (≥ 88cm) e do HDL-c estava diminuída (< 50mg/dL), configurando um perfil de maior risco CV.

Tabela 2. Distribuição das medidas de tendência central e faixa do perfil bioquímico, antropométrico e clínico dos idosos portadores de síndrome metabólica, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N= 110).

Variáveis antropométricas, bioquímicas e clínicas	Média±dp	Mediana	Faixa (mín-máx)
Peso (kg)	74,4±13,9	73,3	49-122
Altura (cm)	1,56±0,08	1,55	1,40-1,79
IMC (Kg/m^2)	30,3±5,30	29,3	24-43,4
Circunferência abdominal (cm)	100,9±11,8	101,5	68-149
Glicose (mg/dL)	124,8±37,5	118	75-302
Colesterol total (mg/dL)	192,7±47,6	184	122-301
HDL-c (mg/dL)	47,5±12,2	46	28-84
LDL-c (mg/dL)	111±46,17	104	32-192
Triglicerídeos (mg/dL)	171,6±87,7	151	73-619
PAS (mmHg)	135,7±18,5	130	110-170
PAD (mmHg)	84±10,9	80	60-100
Escore de Risco Framingham	10±6,7	8,0	10-24

Nota: IMC = índice de massa corporal; PAS = pressão arterial sistólica; PAD = pressão arterial diastólica.

Na Tabela 3, são mostradas as frequências dos componentes da síndrome metabólica, sendo a hipertensão arterial o componente mais frequente (83,6) seguido de obesidade abdominal o (79%).

Em relação ao perfil lipídico, 54 (49,1%), dos idosos apresentaram triglicerídeos acima de 150mg/dl. Já com relação ao HDL, apenas 28 (25,5%) apresentaram valores alterados (homens abaixo de 50 mg/dl e mulheres abaixo de 40 mg/dl) e 92 (83,6%) são hipertensos. Já o componente menos frequente foi o HDL-c diminuído (25,5%).

Tabela 3. Distribuição da frequência dos componentes da Síndrome Metabólica pelo NCEP-ATP III nos idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 110).

Componentes da SM	**N (%)**
Hipertensão arterial	92 (83,6)
Obesidade abdominal	87 (79)
Glicemia alterada	69 (62,7)
Triglicerídeos aumentados	54 (49,1)
HDL-c diminuído	28 (25,5)

Nota: SM = síndrome metabólica.

A maioria dos idosos se encontrava na condição de sobrepeso/obesidade, estabelecida através do IMC (70,6% da amostra). Com relação ao tabagismo, a maioria não possuía o hábito de fumar (83,6%). Sobre a prevalência da classificação do RCV, a maioria dos idosos apresentou risco cardiovascular baixo (52,7%). Destaca-se que apenas seis idosos (5,5%) apresentaram risco CV alto. Todos estes resultados são mostrados na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição da frequência da classificação do Índice de Massa Corporal, de tabagismo e da classificação do Risco Cardiovascular, nos idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 110).

Variável	**N (%)**
IMC	
Baixo Peso	01 (0,9)
Eutófico	31 (28,4)
Sobrepeso	77 (70,6)
Tabagismo	
Fumantes	18 (16,4)
Não fumantes	92 (83,6)
Risco Cardiovascular	
Risco baixo	58 (52,7)
Risco Intermediário	46 (41,8)
Risco Alto	06 (5,5)

Nota: IMC = Índice de massa corporal.

Quanto à utilização de medicação, 100 idosos desta pesquisa (90,9%), utilizavam algum tipo de medicamento de uso crônico. A média do número de medicações foi de 3,65±1,55. Destes, 68 (68%), obtiveram o medicamento nos

postos de saúde, 28 (28%) nas unidades básicas/farmácia privada e 04 (4%) somente em farmácia privada (adquiriam os fármacos).

Em relação ao número de medicamentos utilizados diariamente, 11% dos idosos tomava apenas uma medicação/dia, 12% duas medicações/dia, 19% três medicações/dia, 26,0% quatro medicações/dia, 19% cinco medicações/dia e 13% seis medicações.

Quanto ao uso de medicamentos para tratamento de doenças cardiometabólicas (anti-hipertensivos, hipoglicemiantes orais/insulina e hipolipemiantes), os com maior frequência de uso eram os anti-hipertensivos (N = 87, 87%). Os hipolipemiantes eram usados por 51 idosos (51%) e os hipoglicemiantes orais/insulina, por 41 idosos (41%).

5.2 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

No presente estudo, a adesão ao tratamento medicamentoso foi estabelecida por meio da MAT. Na Tabela 5, pode-se verificar que o valor médio da MAT foi 5,5±0,46 e a mediana, 5,5. Ao se analisar os valores de média, desvio padrão e mediana para cada uma das questões da MAT, observou-se que a questão 1 (relacionada com esquecimento) apresentou a menor média (5,2±1,05). Já a maior média (5,8±0,77), foi observada na questão 5 (relacionada à ingestão de mais comprimidos do que a quantidade prescrita). Destaca-se que apenas a questão 2 (relativa ao descuido com o horário do medicamento) apresentou mediana de 5 (ou seja, “raramente” apresenta o comportamento). Para as demais questões, a mediana foi 6 (ou seja, “nunca” apresenta o comportamento).

A prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi de 56% (IC 95% = 25 até 45,8%). Para determinação desta prevalência, utilizou-se a mediana da MAT do presente estudo (5,5).

Tabela 5. Valores de média, desvio-padrão e mediana obtidos para cada uma das questões da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) nos idosos portadores de síndrome metabólica, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre-RS, 2012 (N = 100).

Questão da MAT*	média±dp	Mediana (Faixa mín-máx)
Q1. Alguma vez esqueceu de tomar os medicamentos?	5,2±1,05	6 (3-6)
Q2. Alguma vez foi descuidado com o horário de tomar os medicamentos?	5,0±1,16	5 (1-6)
Q3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por ter se sentido melhor?	5,5±1,07	6 (1-6)
Q4. Alguma vez deixou de tomar seus medicamentos por sua iniciativa após ter se sentido pior?	5,6±0,91	6 (4-6)
Q5. Alguma vez tomou mais comprimidos do que a quantidade prescrita, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	5,8±0,77	6 (4-6)
Q6. Alguma vez interrompeu seu tratamento por ter deixado acabar os medicamentos?	5,5±0,98	6 (4-6)
Q7. Alguma vez deixou de tomar seus medicamentos por alguma outra razão sem ser a recomendação do médico?	5,7±0,10	6 (4-6)
MAT total	5,5±0,46	5,5 (3-6)

* Para cada questão da MAT (1-7), a pontuação varia de 1 (sempre) a 6 (nunca) em uma escala tipo Lickert.

Na Tabela 6, encontram-se descritas as frequências absolutas e relativas de uma das questões da MAT. Pode-se observar que a maioria dos idosos referiram “nunca” para 6 dos 7 itens da escala de MAT, sendo que, nos itens 5 e 7, a prevalência foi superior 85% (90% e 87%, respectivamente).O descuido com o horário do medicamento (47%), foi o item que esteve relacionado com frequência menor que 50%,. Cabe ressaltar que aproximadamente 25% dos idosos referiram que às vezes esquecem ou descuidam do horário em tomar as medicações.

Tabela 6. Distribuição da Frequência da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), nos idosos com síndrome metabólica atendidos pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 100).

Questões da MAT	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Q1. Alguma vez o esqueceu de tomar seus medicamentos?	0 (0)	0 (0)	03 (3)	24 (24)	21 (21)	52 (52)
Q2. Alguma vez foi descuidado com o horário de tomar seus medicamentos?	01 (1)	0 (0)	05 (5)	27 (27)	20 (20)	47 (47)
Q3. Alguma vez deixou de tomar seus medicamentos por ter se sentindo melhor?	01 (1)	01 (1)	01 (1)	11 (11)	10 (10)	76 (76)
Q4. Alguma vez deixou de tomar seus medicamentos por sua iniciativa, após ter se sentindo pior?	0 (0)	0 (0)	01 (1)	11 (11)	13 (13)	75 (75)
Q5. Alguma vez tomou mais comprimidos do que a quantidade prescrita, por sua iniciativa, por ter se sentindo pior?	0 (0)	0 (0)	0(0)	06 (6)	04(4)	90 (90)
Q6. Alguma vez interrompeu seu tratamento por ter deixado acabar os medicamentos?	01 (1)	0 (0)	0 (0)	10 (10)	14 (14)	75 (75)
Q7. Alguma vez deixou de tomar seus medicamentos por alguma outra razão que não seja a recomendação do seu médico?	1 (1)	0 (0)	03 (3)	04 (4)	05 (5)	87 (87)

Ao analisar a associação da adesão à medicação com idade, não se observou diferença estatisticamente significativa (68,3±6,3 anos nos idosos considerados aderentes e 68,7±7,0 anos nos idosos não aderentes; P = 0,780). Também não se observou associação de adesão com número de medicamentos tomados por dia (3,82±1,5 medicamento nos aderentes e 3,50±1,5 medicamentos nos não aderentes; P = 0,312).

Na Tabela 7, pode-se observar que não houve associação da média da MAT com as variáveis, sexo (P = 0,082), escolaridade (P = 0,743), renda (P = 0,641) e escore de risco cardiovascular (P = 0,06).

Tabela 7. Descrição da associação das médias da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) com variáveis demográficas, socioculturais e econômicas, e escore de risco de Framingham em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, 2012(N = 110).

	MAT Média±dp	***P***
Sexo		0,082*
Masculino	4,49±2,07	
Feminino	5,17±1,48	
Escolaridade		0,743€
Fundamental incompleto	5,07±1,5	
Fundamental completo	4,68±2,3	
Médio incompleto	4,39±2,4	
Médio completo	5,07±6,7	
Renda		0,641€
Até 1 salário mínimo	5,08±1,6	
Entre 1 e 2 salários mínimos	4,52±2,1	
Entre 2 e 4 salários mínimos	5,11±0,3	
Não tem renda própria	5,13±1,5	
Risco Cardiovascular		0,06€
Risco Baixo	5,29±1,3	
Risco Intermediário	4,64±2,0	
Risco Alto	4,06±2,0	

**P* = teste T de Student; €*P* = Teste ANOVA one way. Significância Estatística p < 0,05.

Quando os idosos foram categorizados em aderentes e não aderentes, observou-se diferença estatisticamente significativa de adesão ao tratamento medicamentoso, com sexo e risco cardiovascular. Em relação ao sexo, as mulheres mostraram-se significativamente mais aderentes do que os homens. Já em relação

ao risco CV, os indivíduos com baixo risco CV foram mais frequentemente aderentes dos que os de risco intermediário e alto. Não foi verificada a associação de adesão ao tratamento medicamentoso com escolaridade, renda e polifarmácia (tomar 5 ou mais medicamentos por dia). Todas estas informações encontram-se expressas na Tabela 8.

Tabela 8. Associação entre adesão ao tratamento medicamentoso e variáveis demográficas, socioculturais e econômicas, e clínicas entre os idosos com Síndrome Metabólica, acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 100).

Variáveis	**Adesão à medicação**		***P***
	Sim N (%)	**Não N (%)**	
Sexo			**0,016***
Masculino	11 (36,7)	19 (63,3)	
Feminino	44 (63,8)	25 (36,2)	
Escolaridade			0,123
Fundamental incompleto	41 (52,6)	37 (47,4)	
Fundamental Completo	03 (60)	02 (40)	
Médio Incompleto	01 (100)	0 (0)	
Médio completo	05 (71,4)	02 (28,6)	
Analfabeto	05 (71,4)	02 (28,6%)	
Renda			0,125
1 salário mínimo	33 (62,3)	20 (37,7)	
1 e 2 salários mínimos	11 (45,8)	13 (54,2)	
2 e 4 salários mínimos	05 (100)	0 (0)	
Risco cardiovascular			**0,005**
Risco baixo	37 (66)	19 (34)	
Risco intermediário	19 (48,7)	20 (51,3)	
Risco alto	0 (0)	05 (100)	
Polifarmácia (5 ou mais medicamentos/dia)			0,668
Sim	20 (59,4)	13 (40,6)	
Não	36 (53,7)	31 (46,3)	

P = Teste Qui-Quadrado de Pearson; *P = teste exato de Fisher.

5.3 ADESÃO À DIETA

Do total da amostra, verificou-se que 82 idosos (74,5%) receberam orientações para seguir algum tipo de dieta ou plano de reeducação alimentar.

A maioria dos idosos manifestou ter recebido estas orientações através de médicos (59,8%) e nutricionistas (37,8%). Apenas 31 indivíduos (2,4%) foram orientados por enfermeiros.

Ao analisar a adesão aos itens da dieta, 72 idosos foram classificados como não aderentes (66,1%), e 37 (33,9%; IC 95%= 25 até 42,7%) aderiram plenamente às orientações recebidas (ou seja, aderiram todos os itens das orientações fornecidas – um ou mais itens dos 8 possíveis). Apenas um idoso, referiu não ter recebido qualquer tipo de orientação relacionado à dieta.

Em relação à frequência da adesão aos itens da dieta, que foram elaborados tendo como base as recomendações da I Diretriz de Síndrome Metabólica, os itens mais orientados foram “diminuir o uso de sal”, 101 (91,8%); “aumentar o consumo de frutas e legumes”, 99 (90%) e “evitar alimentos gordurosos e frituras”, 98 (89,1%). Quanto aos itens de maior adesão, mais de 80% dos idosos aderiram à recomendação de “diminuir o uso de sal” (89,1%), “aumentar o consumo de frutas e legumes” (86,9%), “evitar embutidos” (83,8%) e “evitar açúcar” (82,5%). Todas estas informações encontram-se na Tabela 9.

Tabela 9. Distribuição da frequência da adesão à dieta e do recebimento de orientação aos itens da dieta baseado nas recomendações da I Diretriz de Síndrome Metabólica (SM) em idosos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 110).

Item da dieta que recebeu orientação	**Recebeu orientação N (%)**	**Adere à orientação nutricional**	
		Sim N (%)	**Não N (%)**
Consumir alimentos integrais	77 (70)	46 (59,7)	31 (40,3)
Consumir frutas e legumes	99 (90)	86 (86,9)	13 (13,1)
Evitar açúcar	80 (72,7)	66 (82,5)	14 (17,5)
Evitar doces	82 (74,5)	63 (76,8)	19 (23,2)
Diminuir sal	101 (91,8)	90 (89,1)	11 (10,9)
Evitar frituras	98 (89,1)	77 (78,6)	21 (21,4)
Evitar embutidos	68 (61,8)	57 (83,8)	11 (16,2)
Consumir peixes	85 (77,3)	61 (71,8)	24 (28,2)

Na Tabela 10, pode-se observar que não foi verificada associação significativa de adesão à dieta com variáveis demográficas, socioculturais e econômicas, e risco cardiovascular

Tabela 10. Associação entre adesão à dieta, variáveis sociodemográficas e econômicas, e risco cardiovascular nos idosos portadores Síndrome Metabólica, atendidos, pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 109).

Variáveis	**Adesão à dieta**		***P***
	Sim (N %)	**Não (N %)**	
Sexo			0,129[€]
Masculino	15 (42,9)	20 (57,1)	
Feminino	22 (29,7)	52 (70,3)	
Escolaridade			0,053[*]
Fundamental Incompleto	25 (35,5)	07 (69,5)	
Fundamental Completo	05 (83,3)	01 (16,7)	
Médio Completo	04 (44,4)	05 (77,8)	
Médio Incompleto	01 (100)	0 (0)	
Renda			0,323[*]
1 salário mínimo	18 (31,6)	39 (68,4)	
1-2 salário mínimo	11 (37,9)	18 (62,1)	
2-4 salário mínimo	0 (0)	05 (100)	
Sem renda própria	07 (50)	51 (67,1)	
Risco Cardiovascular			0,625[*]
Baixo risco	21 (36,2)	37 (63,8)	
Risco Intermediário	21 (36,2)	37 (63,8)	
Risco alto	01 (16,7)	05 (83,3)	

Nota: *P* = Teste Qui-quadrado de Pearson; [€]*P* = Valor de P calculado pelo Teste Exato de Fischer; [*] Significância estatística p < 0,05.

As perguntas relacionadas com os motivos para a não adesão aos itens da dieta foram fechadas, contendo questões com múltiplas escolhas, tendo como opção

de resposta aberta. Portanto, foi criada uma categoria denominada contexto perceptível dos alimentos, na qual os idosos citaram não gostar do sabor dos alimentos integrais, preferindo os alimentos refinados com farinha branca; preferindo o adoçante ao açúcar e o sal.

Na Tabela 11, consta a prevalência dos motivos mais frequentes apontados pelos idosos para não adesão à dieta, sendo a falta de persistência (38,9%) e o contexto perceptível nos alimentos (20,8%) os mais citados. Além disso, 13,9% não seguem as orientações alimentares, por não acharem necessárias, e menos de 10% responderam que o motivo está nos recursos financeiros.

Tabela 11. Distribuição da frequência dos motivos para não seguimento da dieta entre os idosos portadores de Síndrome Metabólica, acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 72).

Variável	**N (%)**
Motivos para não adesão à dieta	
Falta de persistência	28 (38,9)
Contexto perceptível nos alimentos	15 (20,8)
Não acha necessário	10 (13,9)
Recursos Financeiros	06 (8,3)
Contexto perceptível nos alimentos e falta de persistência	06 (8,3)
Falta de persistência e recursos financeiros	03 (4,2)
Não acha necessário e recursos financeiros	02 (2,8)
Falta de persistência e não acha necessário	02 (2,8)

5.4 ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO

Em relação à prática de exercício físico (EF) pode-se observar, na Tabela 12, que apenas 31 idosos (28,2%) realizam algum tipo de EF, e que somente oito (25,8%) realizam alguma atividade supervisionada por algum profissional da saúde. A caminhada foi o exercício físico mais praticado, 18 (58,1%). Para outras atividades como ginástica, musculação, bicicleta, dança e hidroginástica, observou-se que a prevalência foi baixa, entre 03 e 16%. Com relação à frequência da prática de

exercício, 58,1% praticam três vezes por semana e 25,8% praticam algum exercício diariamente.

Foram considerados como aderentes ao exercício físico os idosos que praticavam algum tipo de EF pelo menos três vezes por semana, conforme recomendações da I Diretriz de Síndrome Metabólica, portanto, 84 foram classificados como não aderentes (76,4%) e 26 (23,6% IC -95% = 15,7 até 31,5%) aderiram à prática de exercício físico.

A Tabela 13 mostra que 48,4% e 41,9% dos idosos praticam exercício físico como prevenção de doenças e tratamento médico, respectivamente; 38% citaram os problemas físicos como a razão para não se exercitarem; 20,2% afirmaram não achar necessário a realização de alguma prática de atividade física e 17,7% responderam a falta de tempo como motivo para não realizar EF.

A lombalgia e a artrose, 26,2% cada uma, foram os problemas físicos mais referidos pelos idosos. Os outros foram: osteoporose, hemiplegia, Parkinson, labirintite, diminuição da acuidade visual, hérnia de disco e membro inferior amputado, com 3,8% cada.

Tabela 12. Distribuição da frequência da prática de exercício físico de portadores de síndrome metabólica nos idosos acompanhados pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 110).

Variáveis	**N (%)**
Prática Exercício Físico (N = 110)	
Sim	31 (28,2)
Não	79 (71,8)
Supervisão Profissional (N = 31)	
Sim	08 (25,8)
Não	23 (74,2)
Exercícios Praticados (N = 31)	
Caminhada	18 (58,1)
Ginástica	05 (16,1)
Musculação	03 (9,7)
Bicicleta	03 (9,7)
Dança	01 (3,2)
Hidroginástica	01 (3,2)
Frequência de exercício (N = 31)	
03 vezes semana	18 (58,1)
02 vezes semana	02 (6,4)
uma vez semana	03 (9,7)
diariamente	08 (25,8)

Tabela 13. Distribuição da frequência da adesão ao exercício físico (EF) e os motivos para a realização e não realização pelos atendidos pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 110).

Variáveis	**N (%)**
Adesão ao exercício físico (N = 110)	
Sim	26 (23,6)
Não	84 (76,4)
Motivos para a realização de exercício físico (N = 31)	
Prevenção de doenças	15 (48,4)
Tratamento médico	13 (41,9)
Estética	02 (6,5)
Influência de amigos	01 (3,2)
Motivos para a não realização de exercício físico (N = 79)	
Problemas físicos	30 (38,0)
Não acha necessário	16 (20,2)
Falta tempo	14 (17,7)
Preguiça	08 (10,1)
Falta persistência	04 (5,1)
Acesso difícil	04 (5,1)
Faltam recursos financeiros	03 (3,8)

Em relação à associação entre adesão ao exercício físico e variáveis demográficas, socioculturais, econômicas e risco cardiovascular, não foi observada diferença estatística significativa, como é mostrado na Tabela 14.

Tabela 14. Associação entre adesão ao exercício físico, variáveis sociodemográficas, econômicas e risco cardiovascular entre os idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados pela Estratégia da Saúde Família de Porto Alegre, 2012 (N = 110).

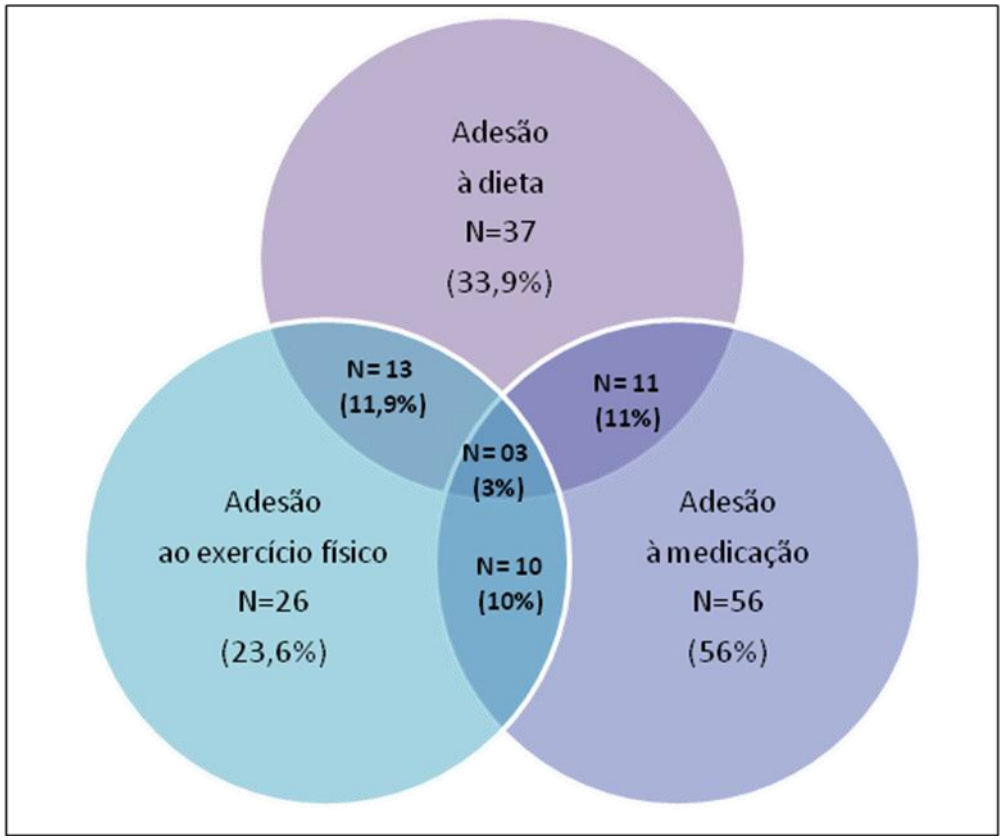
Variáveis	Adesão ao exercício físico		*P*
	Sim N (%)	Não N (%)	
Sexo			0,314*
Masculino	10 (27,8)	26 (72,2%)	
Feminino	16 (21,6%)	58 (78,4%)	
Escolaridade			0,565€
Fundamental incompleto	18 (21,7%)	65 (78,3%)	
Fundamental completo	01 (16,7%)	05 (78,3%)	
Médio incompleto	03 (33,3%)	06 (66,7%)	
Médio completo	0 (0)	01 (100)	
Analfabeto	04 (44,4%)	05 (55,6%)	
Renda			0,872€
1-2 salários mínimos	09 (31,0%)	20 (69,0%)	
2-4 salários mínimos	01 (20,0%)	04 (80,0%)	
Sem renda	03 (21,4%)	11 (78,6%)	
Risco cardiovascular			0,294
Baixo risco	13 (22,4)	45 (77,6)	
Risco intermediário	13 (28,3)	33 (71,7)	
Risco alto	0	06 (100)	

Nota: *Valor de P calculado pelo teste exato de Fisher. € Valor de P calculado pelo Teste Qui-quadrado de Pearson. Estatística Significante p < 0,05.

Na figura 4 verifica-se a distribuição das frequências da adesão à medicação, à dieta e ao exercício físico, isoladas e em diferentes combinações. A adesão isolada mais frequente foi medicamentosa (56%). A combinação das adesões de duas a duas (adesão ao tratamento medicamentoso + adesão à dieta, adesão ao tratamento medicamentoso + exercício físico e adesão à dieta + exercício físico) foi similar, variando de 10 a 11,9%.

Ao realizar a análise das três variáveis em estudo: (adesão à medicação, dieta e exercício físico) verificou-se que a prevalência da adesão total dos idosos com síndrome metabólica foi de 3% (N=03).

Figura 3. Distribuição de dados para adesão à dieta, medicação e exercício físico nos idosos com Síndrome Metabólica acompanhados, pela Estratégia da Saúde da Família de Porto Alegre, 2012 (N = 100).



Fonte: as autoras, 2013.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo, buscou-se determinar a prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso, à dieta e ao exercício físico.

O texto da discussão será apresentado na mesma sequência da apresentação dos resultados (caracterização da amostra, adesão ao tratamento medicamentoso, adesão à dieta e adesão ao exercício físico) para conferir maior uniformidade ao mesmo.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Observou-se, neste estudo, a predominância de sexo feminino, assemelhando-se a outras pesquisas realizadas com síndrome metabólica na população idosa.[36,37,99] No estudo de Closs[35], realizado em idosos com síndrome metabólica atendidos em um ambulatório geriátrico, foi apontada uma frequência de indivíduos do sexo feminino similar à encontrada no presente estudo, assim como em resultados de Paskulim e Vianna[100] ao pesquisar o perfil sociodemográfico e as condições de saúde de idosos de Porto Alegre.

Conforme informações do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a população de mulheres idosas apresentou um aumento considerável, elas vivem em média oito anos a mais que os idosos do sexo masculino e o Rio Grande do Sul é o estado que possui maior diferença entre os sexos em pessoas acima dos 70 anos, havendo 67 homens para cada 100 mulheres[1]. Uma das possíveis explicações estaria no estilo de vida dos homens, que os deixam mais suscetíveis à taxa de mortalidade por doenças cardiovasculares, somando a causas externas, tais como o álcool, tabaco, drogas, homicídios, acidentes de trânsitos. Além disso, as mulheres costumam realizar exames preventivos desde cedo.[1,101]

No que se refere à idade, observou-se que a faixa etária prevalente foi entre 60-69 anos, assemelhando-se com os resultados obtidos em outros estudos transversais com idosos portadores de síndrome metabólica e com outras pesquisas, com idosos acompanhados na atenção básica, como aponta um estudo sobre a caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre.[102] O Brasil encontra-se em um rápido processo de envelhecimento de sua

população visto que no período de 1970 e 2010 o número de idosos teve um aumento considerável, principalmente nas regiões sul e sudeste[103].

Com relação à escolaridade, observou-se que grande parte dos idosos desta pesquisa possuía ensino fundamental incompleto, conforme dados do IBGE. A média de anos de estudo das pessoas com mais de 60 anos no Rio Grande do Sul é de 4,6 anos. Essa informação está de acordo com as condições sociodemográficas de outros estudos em que as populações estudadas eram atendidas pela Estratégia da Saúde da Família, dentre eles, um estudo sobre a adesão ao tratamento em idosos com hipertensão arterial e uma pesquisa sobre a caracterização nutricional de idosos diabéticos, visto que possuíam em média cinco anos de estudo.[76,93]

A importância em analisar o grau de instrução de uma pessoa se deve ao fato de que o tipo de escolaridade pode facilitar o acesso às informações sobre as condições da saúde e aos detalhes sobre o tratamento e a doença. Além disso, a Organização Mundial da Saúde afirma que os problemas sociais, entre eles, o analfabetismo, está relacionado à não adesão ao tratamento.[8,93]

Na pesquisa de Muntner[104], a baixa escolaridade foi um dos determinantes para a baixa adesão ao tratamento; o nível escolar pode ser um fator importante frente à complexidade das informações sobre o tratamento que as pessoas com doenças crônicas precisam entender. Em um estudo sobre o seguimento fármaco-terapêutico de pacientes portadores de hipertensão arterial de um programa de saúde da família, o autor constatou que o indivíduo alfabetizado possui um melhor entendimento da prescrição: quanto melhor é a compreensão das pessoas sobre o tratamento, maior vai ser o manejo e, consequentemente, a adesão.[105]

Observou-se que os idosos deste estudo possuem uma baixa renda. Este fato pode ser explicado porque foi realizado em regiões de maior vulnerabilidade do município de Porto Alegre. Os dados se assemelham com os coletados no estudo de Santos sobre a adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de DM, atendidos em uma unidade básica no município de Ijuí (RS), onde mais da metade recebia até um salário mínimo. Em uma pesquisa sobre as dificuldades de acesso e adesão em usuários atendidos pela Estratégia da Saúde da família, 65% recebem até um salário.[106]

Em relação aos componentes da síndrome metabólica observou-se que, a hipertensão arterial e a obesidade abdominal foram os mais frequentes nos idosos

deste estudo. Em outra pesquisa com idosos atendidos no Programa de Saúde da Família de Barra das Garças-MT, a HAS e a CC aumentada, também foram os mais frequentes observados pelo autores.[107]

O aumento da circunferência abdominal está associado com o sobrepeso. No presente estudo, grande parte dos idosos encontram-se em situação de sobrepeso, corroborando outros estudos com idosos portadores de síndrome metabólica.[35,36,37] A obesidade é uma doença crônica, cuja prevalência está aumentando em índices alarmantes no mundo inteiro, no Brasil, a prevalência de excesso de peso aumentou com a idade, atingindo 17,1% na faixa etária de 55 a 64 anos, 14% na categoria de 65 a 74 anos[108], além do que, a obesidade é responsável pelo aparecimento de inúmeras doenças entre elas, a hipertensão arterial, *diabetes mellitus,*dislipidemia e as doenças coronarianas, e a própria síndrome metabólica.[109]

Em relação ao tabagismo, a maioria dos sujeitos do estudo não possuía o hábito de fumar, a redução do tabagismo também é descrito em outros estudos na população idosa.[35,100]

Sobre a prevalência da classificação do risco cardiovascular, a maioria dos idosos apresentou risco baixo, mas através de buscas na literatura, não foram encontradas pesquisas que classificassem risco cardiovascular em idosos portadores de síndrome metabólica. Com isso poder-se-ia realizar uma comparação entre os sujeitos do presente estudo.

Devido à baixa remuneração dos idosos desta pesquisa, grande parte adquire suas medicações nas unidades básicas, visto que elas são fornecidas gratuitamente, apenas quando eles não conseguem compram farmácia privada. Segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por domicílios, o gasto médio mensal com medicamentos compromete aproximadamente 25% da renda.[1]

Quanto à utilização de medicamentos para o tratamento de doenças cardiometabólicas, os de maior frequência foram os anti-hipertensivos. Esta informação está de acordo com uma pesquisa sobre a adesão medicamentosa em idosos diabéticos de estudo de base populacional de Porto Alegre, onde a classe terapêutica mais utilizada foi a cardiovascular.[110]

Em relação ao número de medicações utilizadas, por dia pelos idosos do EMISUS, observou-se uma média de 3,65±1,55, semelhante aos resultados de uma pesquisa sobre a adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, na qual a

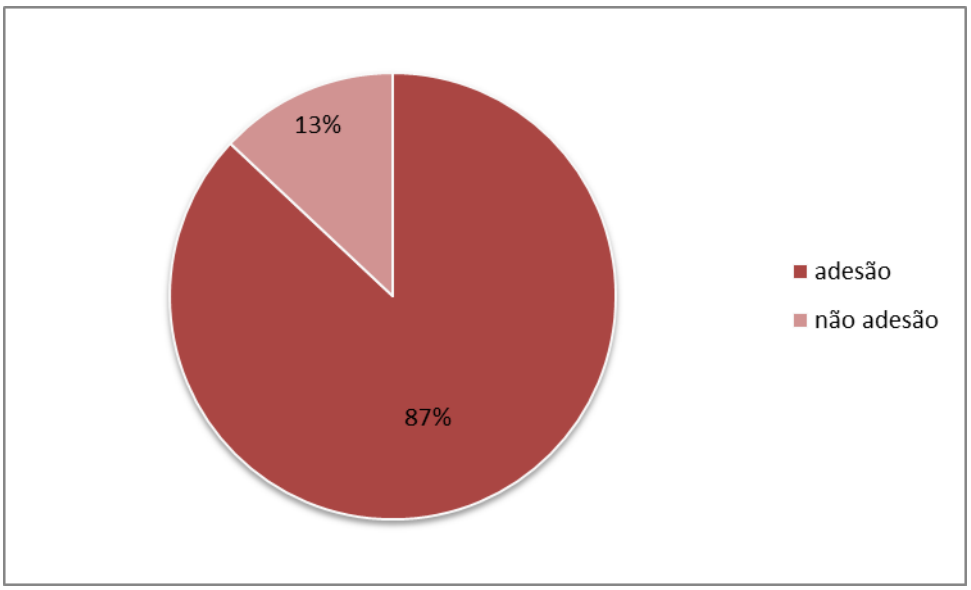
média de fármacos foi de 3,3±2,6[111]. Também foi semelhante aos resultados de uma pesquisa sobre a caracterização do uso de medicamentos entre idosos do Programa Saúde da Família de Marília (SP) na qual a grande parte dos sujeitos utilizavam entre 3 e 4 medicamentos.[112]

6.2 ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A prevalência da adesão à medicação nos idosos foi de 56%, resultado semelhante encontrado em uma pesquisa em que os autores compararam a adesão ao tratamento em adultos e idosos hipertensos constatando, respectivamente, que 38,9% e 50,3% eram aderentes à medicação e ao verificar a adesão dos idosos polimedicados, eles observaram a adesão de 56%, igualando aos dados do presente estudo.[113]

No entanto, em um estudo que utilizou a MAT com o propósito de verificar a adesão ao tratamento com pacientes diabéticos houve um alto percentual de participantes com adesão (acima de 95%). Assim como em outra pesquisa com pacientes portadores de síndrome metabólica, na qual os autores utilizaram o ponto de corte para considerar os indivíduos como aderentes[114,60], a pontuação final do MAT≥5,0 para o presente estudo, ao classificar os idosos com síndrome metabólica, com este ponto de corte citado (MAT≥5,0), verificou que 87% foram considerados como aderentes e 13% como não aderentes ao tratamento medicamentoso. Como mostra o gráfico a seguir:

Figura 4. Distribuição da frequência de adesão e não adesão ao tratamento medicamentoso de idosos com síndrome metabólica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de acordo com a pontuação da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) ≥ 5 pontos. Porto Alegre, 2012 (N= 100).



Fonte: as autoras, 2013.

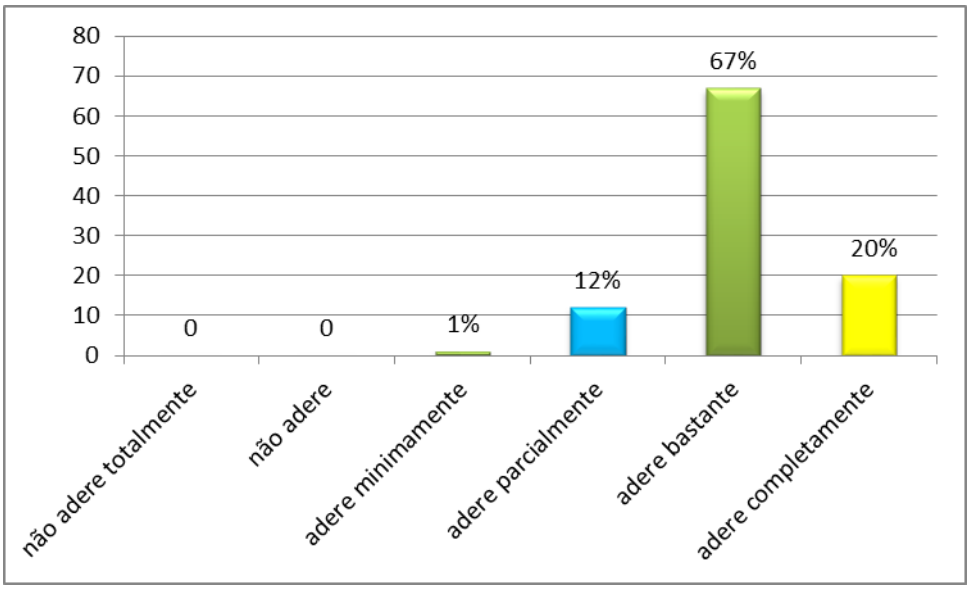
Já outros estudos, que tiveram como objetivo verificar a adesão ao tratamento medicamentoso por meio do Teste de Morisky em indivíduos portadores de síndrome metabólica, pelo critério do NCEP-ATP III atendidos em uma Unidade Básica, ambos na cidade de Vila Velha (ES), observaram que os pacientes apresentaram uma baixa adesão à medicação. Tais resultados assemelham-se com o que aponta a adesão dos idosos portadores de síndrome metabólica deste estudo.[59]

Em relação à média do escore da MAT, resultado semelhante foi observado por Silva[60] em uma pesquisa sobre adesão ao tratamento em pessoas com síndrome metabólica pelo critério IDF, na qual a média apresentada foi 5,44±0,68, e por Carvalho *et al*.[115], que adaptou a medida de adesão ao tratamento em pacientes com uso de terapia de anticoagulação oral. A média do escore da MAT foi de 5,5 e a mediana foi de 6 para os 7 itens possíveis da escala, o que corresponde ao valor da resposta “nunca”, corroborando-se com a do presente estudo.

Ao verificar a adesão à medicação nos idosos deste estudo de acordo com o critério utilizado por Souza *et al*[101], observou-se que nenhum idoso foi classificado como não aderente e que 87% foram classificados como aderentes, ainda que em diferentes níveis de adesão. Desses, 67% e 20% classificados como adere bastante e completamente respectivamente, e 13% adesão parcial, como se pode observar na Figura 6.

Essa figura apresenta a distribuição da amostra de acordo com os níveis de adesão ao tratamento medicamentoso (de “não adere totalmente” a “adere completamente”), de acordo com o critério utilizado por Souza *et al*.[101.] Os níveis 5 e 6 foram os de maior frequência (67% e 20%, respectivamente).

Figura 5. Distribuição da frequência de adesão ao tratamento medicamentoso de idosos com síndrome metabólica acompanhados pela Estratégia Saúde da Família em seis categorias de acordo com a pontuação da Medida de Adesão ao Tratamento (MAT – 1 = não adere totalmente; 2 = não adere; 3 = adere minimamente; 4 = adere parcialmente; 5 = adere bastante; 6 = adere completamente). Porto Alegre, 2012 (N = 100).



Fonte: as autoras, 2013.

Os índices de adesão variam amplamente de acordo com o tipo de estudo e população, assim como o tipo de método de coleta de dados e o instrumento utilizado para medir a adesão. Portanto, não há consenso sobre qual nível de adesão ao tratamento pode ser considerado adequado.[55]

Ao realizar buscas na literatura, foram encontrados diversos estudos, os quais utilizaram a medida de adesão ao tratamento, sendo utilizados diferentes pontos de corte para classificar os indivíduos em aderentes e não aderentes. Delgado e Lima[55], autores da MAT, definiram como ponto de corte valores próximos da mediana, seja qual for, a forma de resposta (likert, dicotômica convertida ou dicotômica total) e a classificação dos sujeitos como aderentes ou não.

A seguir, no Quadro 6, são apresentados achados de estudos nacionais e internacionais que utilizaram a MAT.

Quadro 6. Achados dos estudos que utilizaram a Medida de Adesão ao Tratamento.

Autor	População (idade) – país	MAT Media±dp	MAT Ponto de corte*	Resultados
Faria[58]	46 diabéticos cadastrados em um centro de pesquisa e extensão universitária	Não citou	5-6 = adesão ao tto 1-4 = não adesão ao tto	78,3% aderiam ao tratamento
Vilas Boas[114]	162 diabéticos de uma unidade ambulatorial	5,6	5-6 = adesão ao tto	97,3% aderiam ao tratamento
Lima[116]	100 hipertensos de um programa da saúde da família	____	5-6 = adesão ao tto Não adesão = MAT 0 a 4	45% apresentaram maior adesão 55% apresentaram menor adesão
Simão[117]	38 idosos de 2 lares e 9 idosos de 2 centros de convivência – Portugal	5,4±0,6	Valores menores = menos aderentes e valores maiores = mais aderentes	Elevados níveis de adesão ao tto
Silva[60]	75 pacientes com diagnóstico de síndrome metabólica pelo critério IDF com idade entre 18 e 70 anos	5,5	Adesão = MAT ≥ 5	97,2% foram considerados aderentes ao tratamento
Gómez *et al*[113].	784 hipertensos de uma unidade básica – Portugal	_____	A classificação foi dividida em adesão não intencional e adesão intencional	Pop. total= 45,6% aderiam ao tto Idosos (60-80 anos)= 50,3% aderiam ao tto Adultos (40-59 anos)= 38,9% aderiam ao tto
Souza *et al*[101].	51 idosos polimedicados (≥ 4 medicamentos/dia) de um centro dia de – Portugal	_____	O nível de adesão foi dividido em seis categorias: 1 = não adere totalmente; 2 = não adere; 3 = adere minimamente; 4 = adere parcialmente; 5 = adere bastante; 6 = adere completamente	6% = aderiam parcialmente ao tto 45% = aderiam bastante ao tto 49% = aderiam completamente ao tto 94% = aderiam completamente ou bastante ao tto
Carvalho *et al*[115].	178 sujeitos usuários de anticoagulantes orais (≥ 18anos) – Brasil	5,5	5-6 = adesão ao tto	97,2% aderiam ao tratamento
Faria[118]	423 diabéticos da Unidade Saúde da Família	_____	5-6 = adesão ao tto	84,4% aderiam ao tratamento
Freitas[119]	97 idosos em atendimento em um ambulatório privado de especialidades médicas	5,2	5-6 =adesão ao tratamento	77% aderiam ao tratamento

Nota: MAT = Medida de Adesão ao Tratamento; tto = tratamento. *Ponto de corte estabelecido pelos autores para classificar a adesão e não adesão ao tratamento.

Fonte: as autoras, 2013.

Sobre os itens das perguntas da Medida de Adesão aos Tratamentos, os que apresentaram a maior frequência de respostas “às vezes” estiveram relacionados com o descuido do horário e o esquecimento de tomar os medicamentos. Tal constatação assemelha-se com os dados de um estudo sobre a adesão de idosos polimedicados de um centro de Portugal[101], e na pesquisa de Rocha *et al*[111]. sobre a frequência de idosos da atenção básica de Porto Alegre aderentes à medicação.

O esquecimento e o descuido com o horário de tomar os medicamentos são fatos comuns em idosos, principalmente aqueles com mais de 70 anos, já que nessa fase a memória retrospectiva possui uma tendência a diminuir. A necessidade de administrar vários medicamentos e a submissão a regimes terapêuticos complexos, como é caso do idoso portador de síndrome metabólica, e a necessidade de utilizar o fármaco no mesmo horário requerem uma memória retrospectiva.[120]

Werlang[120] observou, em um estudo sobre estratégias de memória e aderência à prescrição em idosos com dislipidemia, que os mesmos tendem a utilizar estratégias de memória. Essas podem ser classificadas como internas, quando se estabelece associações mentais dos horários com atividades do cotidiano, ou externas - com as quais usam anotações para lembrar os nomes e horários das medicações.

Ao realizar a associação da adesão à medicação com a polifarmácia (mais de 5 medicamentos por dia), este estudo não encontrou associação estatisticamente significativa, contrastando com os resultados do estudo de Gomez[113] onde a polifarmácia e adesão ao tratamento medicamentoso, apresentaram associação estatística significativa, ou seja, quem utiliza mais medicamentos por dia é mais aderente ao tratamento, já Rocha *et a*l,[111] encontrou na sua pesquisa que a adesão foi maior em idosos que utilizavam menos fármacos.

Ao realizar a associação entre a adesão à medicação e o gênero dos pacientes, observou-se uma associação significativa: as mulheres aderem mais a medicação que os homens. Tal resultado assemelha-se ao de um estudo sobre os fatores correlacionados à não adesão em hipertensos da estratégia da família. Os indivíduos do sexo feminino apresentaram maior adesão que os do sexo masculino; este dado pode ser explicado pela tendência que as mulheres têm de procurar mais assistência médica que os homens desde cedo.[121]

Contrastando com esses resultados, outro estudo sobre a adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos de uma unidade básica de saúde de uma cidade de Rondônia, os homens apresentaram maiores índices de adesão em relação às mulheres.[122]

No presente estudo, foi aplicado o Escore de Risco Framingham (ERF), que permite o cálculo do risco absoluto de eventos coronarianos acontecerem no indivíduo em 10 anos, para se chegar ao percentual[82]. A avaliação do risco cardiovascular por meio do ERF, em qualquer pessoa portadora de síndrome metabólica, mesmo no indivíduo assintomático, é crucial para a prevenção efetiva com definição de medidas terapêuticas e preventivas, visto que a SM, aumenta o risco cardiovascular em 2,5 vezes.[4]

Ao ser associado o risco cardiovascular com adesão à medicação, verificou-se que os idosos que aderem mais ao tratamento medicamentoso possuem risco baixo de desenvolver doenças cardiovasculares em comparação aos que não aderem ao tratamento medicamentoso.

Por meio de buscas na literatura, não foram encontrados estudos que abordassem a adesão ao tratamento e risco cardiovascular, dificultando a comparação com outros achados, porém estudos que investigaram a adesão de pacientes dislipidêmicos ao tratamento medicamentoso verificaram que eles tiveram uma alta adesão à medicação. Os fatores associados foram a preocupação dos sujeitos com o risco do surgimento de doenças cardiovasculares bem como as complicações destas[123,124].

A falta de adesão à prescrição médica, além de incidir em custos desnecessários, pode prejudicar a resposta do paciente diante ao tratamento. Pode também, muitas vezes, ser fatal. Torna-se necessário, então, conscientizar o idoso para a importância da adesão, além da necessidade de observar as variáveis (sexo, renda, escolaridade), traçando estratégias as quais possam melhorar a eficácia na adesão ao tratamento.

6.3 ADESÃO À DIETA

A prevalência da adesão à dieta pelos idosos desta pesquisa foi considerada baixa, corroborando os achados da literatura, de uma coorte sobre a adesão do pacientes portadores de síndrome metabólica à dieta, sobre a qual a autora[60] observou, ao final dos 12 meses de acompanhamento, que não houve alteração estatisticamente significante do peso médio ao longo da avaliação. Faria[118], ao avaliar a adesão à dieta em pacientes diabéticos da atenção básica, constatou que a prevalência foi de apenas 13%.

Em relação aos itens da dieta, a diminuição de sal e o aumento do consumo de legumes e frutas foram os mais aderidos de acordo com uma pesquisa sobre a adesão ao tratamento de idosos com hipertensão arterial (HAS) em uma unidade básica de saúde de João Pessoa (PB). O aumento da ingestão de frutas e verduras, assim como a redução de sal, foram os itens que obtiveram a maior taxa de adesão, da mesma forma como em outro estudo sobre a frequência da adesão aos dez passos da alimentação saudável, entre idosos de Dois Irmãos, no interior do Rio grande do Sul, a autora verificou que a não adição de sal nos alimentos foi o passo que ocasionou maior adesão.[125,126]

Igualmente, um estudo realizado em Pelotas (RS), com o objetivo de medir a adesão aos dez passos da alimentação saudável, verificou que o passo mais aderido pelos sujeitos da pesquisa, apesar de não serem idosos, foi o de reduzir o sal na alimentação. A adesão elevada a esse item pode ser admitida como seguimento de orientações dos profissionais da saúde, visto que, no presente estudo, as orientações mais frequentes, relacionadas à dieta, diziam respeito sobre a redução do sal.[127]

Um das explicações seria pela qual a população é composta, em sua maioria, por hipertensos, é que a HAS pode ser controlada desde que os pacientes envolvam-se em ações, principalmente, as relacionadas ao controle de dieta hipossódica, com baixo de teor de gorduras e colesterol.[38,128]

Em contrapartida, o item de menor adesão foi o aumento em consumir alimentos integrais. A consequência metabólica de consumo de dietas em grãos integrais estabelece benefícios entre eles, diminuição da resistência à insulina e

redução dos níveis de LDL: fatores responsáveis pelo aparecimento da síndrome metabólica.[129]

O motivo mais salientado pelos idosos do estudo para a não adesão à dieta foi a falta de persistência. Koehnlein et al [130], ao verificar a adesão à reeducação alimentar para a perda de peso, determinantes, resultados e percepção, constatou que 40% dos pacientes abandonaram o tratamento, a mudança drástica dos hábitos alimentares e os resultados lentos foram apontados com umas das dificuldades para seguir uma dieta.

A adesão é considerada um processo que envolve vários fatores, e estrutura-se em uma parceria entre quem cuida e quem exerce o cuidado. Ela também diz respeito, principalmente, à persistência, relacionando-se com os as medidas necessárias de quem é doente. Além disso, a adesão fica comprometida em situações nas quais os pacientes requerem tratamentos longos e duradouros, como é o caso dos idosos com doenças crônicas.[131]

As pessoas se alimentam conforme suas condições socioeconômica e cultural. Assim, formam uma memória gustativa de hábitos alimentares, visto que estes estão ligados a uma simbologia social, por se tratar de momentos de interação entre pessoas, e cultural, já que a culinária traça a identidade de uma região e de um país. Em um estudo realizado sobre a adesão à dieta em hipertensos no Peru, a autora concluiu que os alimentos possuem um forte elo cultural, para os sujeitos da pesquisa, mesmo que os alimentos contenham substâncias prejudiciais à saúde, é importante o consumo a fim de manter o costume da região.[132,133,134]

A adoção de dietas balanceadas e, principalmente, a redução de sal e açúcar, são consideradas alterações substanciais em práticas alimentares nos idosos. Visto que passaram parte significativa de suas vidas consumindo gordura e carboidratos, as limitações e proibições impostas pela doença tiram a liberdade e o prazer, além disso, os hábitos alimentares das pessoas são construídos ao longo da vida e são influenciadas pelo convívio social e familiar.[135,136,137]

O contexto perceptível foi o segundo motivo salientado pelos idosos desta pesquisa, pois muitos informaram não gostar do sabor de alimentos integrais, principalmente o arroz e o pão, além de referir à falta de sabor nos alimentos sem sal e sem açúcar. A fisiologia do processo digestivo do idoso diferencia-se do adulto, afetando, assim, a diminuição nos botões gustativos; nos jovens, o número de

papilas gustativas corresponde a mais de 250, já na população idosa, este número se reduz para setenta. Embora a perda de células gustativas é, na maioria das vezes, pequena, modificações na percepção podem ocorrer, afetando o reconhecimento do sabor dos alimentos.[138]

A alteração da percepção pode ter associação com a utilização de alguns medicamentos e com a presença de algumas doenças. Os distúrbios do paladar podem ser classificados como hipogeusia, quando a perda é parcial, e em ageusia, na perda total. Qualquer alteração do paladar é classificada como digeusia.[139]

As alterações sensoriais como redução da sensibilidade por gostos primários, como o doce e o amargo, podem ser um dos fatores mais relevantes na diminuição do consumo alimentar nos idosos, tendo como consequência adoçar e salgar mais os alimentos[139]. Neste contexto, a educação alimentar se torna um importante instrumento com o intuito de habilitar o paciente a tomar decisões pautadas, tendo capacidade para tratar os objetivos no sentido de melhorar seu hábito alimentar.[140]

Na associação entre adesão à dieta e variáveis sociodemográficas, não observou-se, associação estatística significativa, este resultado vai ao encontro com os do estudo de Faria[118], um dos pontos a ser considerados, seria pela homogeneidade da população, ou seja, não ter sido comparada com indivíduos de um poder aquisitivo mais elevado e de maior escolaridade.

Martins e Leitão[32] ao determinar a prevalência de síndrome metabólica e fatores associados em usuários de uma unidade básica, encontrou uma relação estreita entre fatores sociais, quem pertence a uma classe social e escolaridade mais baixa, possui maior prevalência de SM. Uma das explicações do autor para tal fenômeno seria pelo fato de a pobreza ser considerada um fator de risco para o surgimento desta síndrome, devido à alimentação inadequada: rica em gorduras devido ao baixo custo, esta informação está de acordo com os resultados um estudo sobre padrões alimentares no município de São Paulo, em que o consumo de frutas e verduras está restrito à áreas com maiores níveis socioeconômicos.[141]

Salienta-se a importância das equipes da Saúde da Família, promoverem atividades de educação em saúde com os idosos, a fim de explicar a importância de uma alimentação saudável e com isto estratégias para que eles persistirem no controle alimentar, alternativas de uma alimentação variada, a fim de minimizar os riscos da síndrome metabólica como o surgimento das cardiovasculares, pois

mesmo os idosos os quais foram considerados aderentes, o IMC e a circunferência da cintura permaneceram com pontos de cortes elevados.

6.4 ADESÃO AO EXERCÍCIO FÍSICO

A adesão ao exercício físico diminui com o passar da idade. Este estudo observou a baixa prevalência de adesão dos idosos à prática de EF. Resultados semelhantes obteve estudo com idosas portadoras de síndrome metabólica pelo NCEP, acompanhadas pelo Programa da Saúde da Família de Viçosa (MG), onde apenas 29,2% praticam algum tipo de atividade física regularmente.[142]

Dos idosos que praticam algum tipo de exercício físico, a caminhada foi o esporte mais praticado. Esta atividade é considerada a mais praticada pela população idosa visto que é de fácil realização e com ótimos resultados, como o fortalecimento muscular, a melhora da pressão arterial e o alívio dos sintomas, da artrose e da artrite, conforme pesquisas sobre as contribuições da caminhada como atividade e física de lazer para os idosos[143,144]. Outro motivo que pode ser atribuído para a caminhada ser o item mais frequente de realização de exercício físico, visto que os idosos residem em área de maior vulnerabilidade, e realizar outras atividades requer recursos financeiros.

O tratamento médico e a prevenção de doenças, foram os motivos salientados pelos idosos do estudo para praticar algum tipo de exercício físico, igualando-se a resultados de outras pesquisas nas quais grande parte dos idosos praticavam atividade física a fim de adotar um estilo de vida saudável e acatar a prescrição dos profissionais de saúde.[145,146,147]

Já os motivos relatados para os idosos não aderirem à prática de exercício físico foram problemas de saúde, conforme Cardoso[148] quando investigaram os fatores que influenciaram a desistência de idosos de um programa de exercício físicos.

A artrose e a lombalgia foram os motivos mais citados como barreira para não realizar exercício físico. A artrose se caracteriza por uma doença degenerativa articular que acomete principalmente as mulheres, aumentando a prevalência com a idade. Em decorrência dessas alterações, os pacientes tendem a diminuir a prática

de exercício físico. O conhecimento dos benefícios da atividade física para doenças como a artrose precisa ser transmitido aos pacientes, além de saber transformar esse saber em prática por meio de programas educacionais.[149,150]

Além disso, os exercícios físicos, além de promoverem benefícios sobre o sistema osteomuscular, trazem benefícios ao sistema cardiovascular no condicionamento cardiorrespiratório, bem como redução da gordura visceral. Observou-se que os idosos deste estudo caracterizaram-se em ser a maioria de hipertensos. Em uma pesquisa cujo objetivo foi verificar a influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos, constatou-se que os sujeitos do grupo de atividade mantiveram os níveis tensionais, demonstrando inclusive redução significativa na pressão arterial diastólica, na medida após 6 meses de acompanhamento.[151]

Em uma revisão sistemática sobre os efeitos do exercício físico na hipertensão arterial em idosos, os autores encontraram 12 artigos sobre o tema, confirmando os benefícios oriundos da prática de alguma atividade física, na redução da pressão arterial em indivíduos da terceira idade.[152]

A lombalgia foi outro problema físico citado pelos idosos para não praticar exercício físico. A dor lombar é considerada um problema de saúde pública, afetando 80% da população de brasileiros idosos[153]. Um dos motivos para tal condição é a obesidade e o ganho de peso, corroborando o perfil antropométrico dos idosos do estudo, os quais grande parte encontra-se com IMC acima da média e circunferência abdominal alterada. E um artigo de revisão, que teve como objetivo estudar os efeitos da atividade física em pacientes portadores de dor lombar, o autor constatou que os exercícios precisam incorporar-se à rotina diária.[154]

Políticas públicas são necessárias, a fim de estabelecer a adoção de atividade física, em especial em idosos, por pelo menos 30 minutos ao dia, devendo ser supervisionado por um profissional como mecanismo para a promoção da saúde.[155]

Assim como na adesão à dieta, ao realizar a associação da adesão ao exercício físico e variáveis sócio-demográficas, não foi encontrada diferença estatística, reforçando o motivo, de ser uma população homogenia, Em contraposição, Friss et al[156] verificaram que fatores como idade exercem influência na prática de atividade física, idosos mais jovens com idade entre 70 e 74 anos e

com maior escolaridade e níveis socioeconômicos possuem maior probabilidade de praticar alguma atividade física em relação aos idosos mais velhos.

A adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, de uma adaptação ativa e estas condições à identificação de fatores de risco no estilo de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado.[157]

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término da jornada desta dissertação, as autoras articulam alguns comentários e destacam os pontos fortes e as limitações do estudo, assim como apontam perspectivas futuras. Avaliação da adesão ao tratamento não é uma tarefa considerada fácil, visto que está relacionada, aos fatores comportamentais, não significando apenas observar o cumprimento das orientações estabelecidas pelos profissionais, mas sim conhecer os motivos, fatores e os contextos sociais, culturais nos quais os idosos estão inseridos. O tratamento para as doenças crônicas não transmissíveis, considerado longo e desgastante exigindo do idoso, mudanças de comportamentos e nas atitudes relacionados com seus hábitos.

Como pontos fortes, inicialmente é destacado o ineditismo do estudo, pois, a partir de buscas realizadas nas bases de dados LILACS, PUBMED, SCIELO e no Portal de Teses e Dissertações da CAPES, não foram identificados estudos similares que abordassem a adesão ao tratamento medicamentoso, à dieta e ao exercício físico em idosos portadores de síndrome metabólica, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família.

Outro aspecto remonta à obtenção dos dados. As entrevistas da etapa III (avaliação da adesão) foram realizadas nas Estratégias da Saúde da Família pela própria mestranda, o que propiciou uma maior compreensão da realidade social dos idosos, bem como da estrutura de atendimento das unidades básicas e da equipe responsável por acompanhar o idoso e sua família.

Em relação às limitações, pode-se apontar a dificuldade em discutir os resultados do estudo frente a outros previamente realizados, pois não há uniformização quanto à classificação da MAT (diferentes autores a interpretam de diferentes formas). Outra limitação refere-se a não inclusão de questões relacionadas ao conhecimento dos idosos quanto aos medicamentos, a fatores relacionados com o sistema de saúde, à percepção e compreensão do idoso em relação a sua enfermidade e, especialmente, ao fato de que não foi utilizado um padrão ouro (como contagem de medicamentos).

Como perspectiva, espera-se que os resultados desta pesquisa possam: compartilhar conhecimento e compreensão do comportamento dos idosos em relação à adesão ao tratamento, fornecendo subsídios para as equipes da saúde da

família; estabelecer medidas estratégicas, para melhora da aderência às orientações fornecidas pelos profissionais da saúde com o objetivo de controlar a doença já instalada e diminuir os riscos de complicações.

Finalmente, almeja-se que este estudo sirva de base para construção de uma escala de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso que contemple todos os fatores que influenciam na adesão ao tratamento, apontados pela Organização Mundial da Saúde. Outra perspectiva, é a implementação de ensaios clínicos envolvendo educação em saúde aos idosos portadores de síndrome metabólica.

8 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como objetivo descrever a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de Síndrome Metabólica, acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre.

A seguir, são apresentadas as principais conclusões:

- O perfil demográfico, sociocultural e econômico teve como característica a idade média de 68,3±6,6 anos, 67,3% sexo feminino, 76,9% possuíam baixa escolaridade e 52,1% ganham até um salário mínimo;
- A prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso foi 56% IC 25-42,7%;
- Quanto à prevalência da adesão ao tratamento não medicamentoso, 33,9% aderentes à dieta, IC 25 a 42,7%, e 23,6% IC 15,7 a 31,5% aderem ao exercício físico;
- Os motivos relacionados mais frequentes com a não adesão à dieta e ao exercício físico, foram a falta de persistência (38,9%) e problemas físicos (23,6%) respectivamente;
- Quanto à associação entre a adesão à medicação, e as variáveis sociodemográficas e IMC, foi observada a significância estatística entre adesão ao tratamento medicamentoso e o gênero, porém, não houve diferença entre as demais variáveis e adesão à dieta e exercício físico;
- No que se refere à associação entre o risco cardiovascular e a adesão à medicação, houve associação significativa entre a classificação do Escore de Risco Framingham (ERF), e à adesão à medicação, ou seja, os idosos classificados com baixo risco aderem mais ao tratamento do que os com alto risco. Entretanto, não se observou associação estatística significativa entre a classificação do ERF e a adesão à dieta e atividade física entre os idosos do estudo.

REFERÊNCIAS

1. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos. [acesso 2013 jan. 15]. Disponível em http://www.ibge.gov.br.

2. World Health Organization. Preventing chronic diseases? A vital investment Geneva; the organization, 2005.

3. The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Genebra; WHO, 2002.

4. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005; 84, supl I

5. Kahn R, Buse J, Fernamini E, Sterm M. The metabolic syndrom: time for the study of diabetes. Diabetes Care. 2005; (2) 8: 2289-304.

6. Grundy SM. Metabolic Syndrome: Controversy in clinical endocrinology. Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor. J Clin Endo and Metabolic. 2007: 92: 399-404.

7. World Health Organization. Adhrence to long-term therapies: evidence for action. Geneva; World Health Organization, 2003. p. 192-194.

8. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a lós tratamentos a largo plazo: Pruebas para La acción. Washington; Organización Panamericana de La Salud, 2004. p. 03-47.

9. Santos ZM, Frota MA, Cruz DM. Holanda SD. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm. 2005: 14(3): 332-40.

10. Carvalho JAM, Garcia, RA. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. Cad Saúde Pública. 2003; 19: 725-33.

11. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo demográfico de 2010. [acesso 2012 set. 08] Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo

12. Liberman S. Envelhecimento do sistema endócrino. In: Freitas E.V. Tratado de Geriatria. Rio de Janeiro; Guanabra Koogan, 1995. p.758-765.

13. Scheidt PPR. Promovendo caminhos para a educação em saúde com idosos portadores de cardiopatias e seus familiares no setor de emergência de um hospital universitário. [Dissertação] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

14. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases*:* implementation of the global strategy. Sixty-First World Health Assembley,

18 abr. 2008. [acesso 2011 junho 01]. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-en.pdf.

15. Martins LM, França APD, Kamura M. Qualidade de vida em pessoas com doenças crônicas. Rev. Latino-Ame Enfermagem. 1996; 4(3): 5-18.

16. Lessa I. Epidemiologia das doenças cerebrovasculares no Brasil. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1999; 9: 509-18.

17. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília; OMS, 2003.

18. Word Healh Organization. The world healt report 2002: reducing risks promoting healthylife. Geneva; The Organization, 2002.

19. Achutti A, Azambuja MI. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre seguridade social. Rev Ciên Saúde Coletiva. 2004; 9(4): 833-840.

20. Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease. Diabetes Care. 1988; 37(12): 1595-607.

21. Lopes HF. Síndrome metabólica: aspectos históricos, prevalência e morbidade e mortalidade. Rev Soc Cardiol Estado SP. 2004; 14(4): 539-43.

22. Grundy SM, Brewer HB, Cleemam JI, Smith SC, Jr. Lenfant C. American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Definition on metabolic syndrome: Report of the National Heart, Lung and Blood Institute/American Heart Association Conference on Scientific Issues related to definition. Circulation. 2004; 109: 433-38.

23. Repetto G, Casagrande DS. Critérios Diagnósticos na Síndrome Metabólica. In: Gottschall CBA; Busnello, FM. Nutrição e Síndrome Metabólica. São Paulo; Atheneu, 2009. p.19-28.

24. American Heart Association. Third report of the National Cholesterol Education Program expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults - Adult Treatment Panel III (NCEP-ATP III). Final Report. Circulation. 2002; 106: 3143-421.

25. Zimmet P, Alberti G, Shaw J. A new IDF worldwide definition of the metabolic syndrome: the rationale and the results. Diabets Voice. 2005; 50: 31-3.

26. Reynolds K. Epidemiology of the metabolic syndrome. Am Jou of the Medical Sciences. 2005; 330 (6): 273-9.

27. Santos AC, Lopes C, Barros H. Prevalence of metabolic syndrome in the city of Porto. Rev Port Cardiol. 2004;23: 45-52.

28. Guize L, Thomas F, Pannier B. Blank D. Metabolic Syndrome prevalence, risk factors and mortality in French population of 62000 subjects. Bull Acad Med. 2006; 190: 685-97.

29. Athyros VG, Ganatakis ES, Elisaf M. Mikhculidis DP. The prevalence of the metabolic syndrome using the National Cholesterol Educational Program and International Diabetes Federation. Curr Med Res Opin. 2005; 21: 1157-9.

30. Salaroli LB, Barbosa GC, José G. Molina MCB. Prevalência de síndrome metabólica em um estudo de base populacional de Vitória ES- Brasil. Arq Bras Endocrinol Metabo. 2007; 51(7): 1143-1152.

31. Nakazone MA, Pinheiro A, Braile MC. Pinhel MA. Prevalência de síndrome metabólica em indivíduos brasileiros pelos critérios de NCEP-ATPIII e IDF. Rev Assoc Med Bras. 2007; 53(5): 407-13.

32. Leitão MPC, Martins IS. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo-SP. Rev Asso Med Bras. 2012;58(1):60-69.

33. Oliveira EP, Souza MLA, Lima MDA. Prevalência de síndrome metabólica em uma área rural do seminárido baiano. Arq Bras Endocrin & Metabol. 2006; 50(3): 456-465.

34. Bopp M, Barbiero S. Prevalência de síndrome metabólica em pacientes de um ambulatório do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Arq Bra Cardiol. 2009; 93: 473-77.

35. Closs VE. Associação do estado nutricional e do índice de alimentação saudável de pacientes com Síndrome metabólica. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

36. Miró. AMVB. Prevalência de síndrome metabólica em idosos atendidos em um ambulatório de clínica médica de um hospital do sul do Brasil e associação com declínio cognitivo. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

37. Rigo JC. Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.

38. IV Diretriz Brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arq. Bras. Cardiol. 2007; 88, sup.1.

39. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol. 2004; 82(4): 1-40.

40. James WPT. Astrup A. Finer *et al* effects of moderate weight loss: a randomized Trial. Lancet. 2000; 356: 2119-2125.

41. Houaiss A, Villar MRJ. Dicionário de língua portuguesa. Rio de Janeiro:Objetiva, 2001.Rio de Janeiro:Objetiva, 2001.pag.38.
42. Silveira LM, Ribeiro VMB. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, Interface - Comunic., Saúde Educ. 2005; 9:91-104.

43. Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hiperten. 2006,13:30-4.

44. Cramer JA, Benedict A, Muszbeck N, keskinaslan A. et al. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes hypertension and dyslipidemia: a review. J Clinical Practice. 2008;62:76-87.

45. Botega NJ. Prática psiquiátrica no hospital geral. Porto Alegre: Artmed; 2001.p165-166.

46. Nobre F. Pierin AMG. Mion JR. Adesão ao tratamento – o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001.

47. Mosquera JJM, Stobäus CD, Jesus SN. Et al.. Universidade. Auto-imagem, auto estima e auto realização. UNI Revista. 2006;1:1-13.

48. Fernandez AZ, Demaria EJU, Tichansky DS, Kellmm JM *et al*. Multivariate analysis of risk factors for death following gastric bypass for treatment of morbid obesity. Ann Surg. 2004; 239: 698-703.

49. Pierin AMG, Mion JRD, Nobre T. Fatores de risco cardiovascular e adesão ao tratamento. In: Mion JRD. Nobre F. Risco cardiovascular global: da teoria a prática. São Paulo; Lemos Editorial, 2000. p. 139-52.

50. Remor E. Volaración de la adhesión de tratamento antiretroviral em pacientes HIV. Psicotema. 2002; 2: 12-14.

51. Ministério da saúde. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS, 2007.

52. Ostemberg L, Blaschke T. Adhrence to medication. N Engl J. 2005; 353: 487-497.

53. Oigman W. Neves MFT. Hipertensão arterial no idoso. [acesso 2011 maio 15] Disponível em: http://www.moreirajr.com.br

54. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care. 1986; 24: 67-74.

55. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psic Saúde & Doenças. 2001; 2(2): 81-100.

56. Ramalhinho I. Adesão a terapêutica anti-hipertensiva. Manuscrito não publicado. Lisboa; Universidade de Lisboa, 1994.

57. Shea S, Misra D. e*t al*. Correlates of nonadherence to hypertension treatment in city minority population. J Public Health. 1992; (12): 1607-1612.

58. Faria HTG. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.

59. Andrade EM, Cesana ES, Ferreira NG, Vitória EL. Identificação de problemas relacionados com medicamentos nos pacientes com síndrome metabólica atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Vila Velha-ES. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2007; 28(3): 291-297.

60. Silva NL. Avaliação da adesão de pacientes portadores de síndrome metabólica ao tratamento. Acesso e uso de medicamentos e conhecimento de fatores de risco. [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.

61. Gallo JJ, Whitehead JB, Rabins PV, Murphy JB. Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento: Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2001. p120-122.

62. Teixeira JJ, Lefévre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. Rev Saúde Pública. 2001; 35(2): 205-213.

63. Araújo RC. Interações medicamentosas no idoso. 6 ed. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2002. p.162-5.

64. Fonseca E. Terapêutica medicamentosa em geriatria. In: Soares MA. Medicamentos não prescritos-aconselhamento farmacêutico 2 ed. Lisboa; Publicações Farmácia Portuguesa, 2002. p.1307-10.

65. Berger L. O consumo de medicamentos pelos idosos. In:Pessoas idosas- uma abordagem global. Lisboa Luso Didacta. 1995: 439-53.

66. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos na região sul do Brasil. Rev Saúde Pública. 2005; 39(6): 924-929.

67. Nóbrega OT, Karnikowski MGO. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Cad Saúde Coletiva. 2005; 10(2): 309-313.

68. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, *et al*. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. Acta Paul Enferm. 2009; 22 (4): 367-7.

69. King AC, Blair SN, Bild DE. Determinantes of physical activity and interventions in adults. Med Science in sports and exercise. 1992; 24(6): 221-36.

70. Vertinsky PA. Stereotypes of aging women and exercise: a historical perspective J Aging Physical Activity. 1995; 3(3): 223-37.

71. Adreotti MC, Okuma SS. Perfil socioeconômico demográfico e de adesão inicial de idosos ingressantes em um programa de educação física. Rev Publ. Educ Fis. 2003; 17(2): 142-53.

72. Freitas SM. Santiago MS. Viana AT. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. Rev Bras Desempenho Humano. 2007; 9(1): 92-100.

73. Papaleo N, Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo; Atheneu, 2000.

74. Willet WC. Optimal diets for prevention of coronay heart disease. JAMA. 2002; 27, 288 (20): 2589-78.

75. Piovesan CH. Efeito da modificação do estilo de vida sobre a qualidade da dieta em indivíduos com Síndrome Metabólica. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Catolica do Rio Grande do Sul; 2009.

76. Grillo FF, Gorini MIPC. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Rev Bras Enferm. 2007; 60(1): 49-54.

77. Busnelo FM. Comparação de dois métodos de intervenção nutricional e seu impacto na adesão ao tratamento em pacientes com síndrome metabólica. [Tese] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2010.

78. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional de Câncer. O controle do tabagismo no Brasil: avanços e desafios. [documento na Internet]. Rio de Janeiro; 2004. [acesso 2011 junho 28] Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo

79. Echer IC, Luz AM, Lucina AF. Motta GC. *et al*. A contribuição de restrições sociais ao fumo para o abandono do tabagismo. Rev Gaúcha Enferm. 2008; 29 (4): 520-7.

80. Costa AA, Filho JE, Araújo JE, Meirelles LR, *et al*. Programa multiprofissional de controle ao tabagismo: aspectos relacionados à abstinência de longo prazo. Rev Socerj. 2006; 9(5): 397-403.

81. Mancilha C. Antecedentes da doença coronária: os fatores de risco. Arq Bras Cardiol. 2001; 58(4): 263-7.

82. Lotufo PA. Framinghan Score for cardiovascular diseases. Rev Med. 2008; 87(4): 232

83. Ferreira CC, Peixoto MRG, Barbosa MA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos do SUS. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(5): 621-628.

84. Diniz MA. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos. [Dissertação] Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro; 2009.

85. Wesle MH. Fatores de risco para mortalidade cardiovascular e por todas as causas em idosos longevos. [Dissertação] Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.

86. Jacondino CB, Amestoy SC, Thofern MB. Conhecimento dos pacientes acerca dos fatores de risco relacionados às doenças cardiovasculares. Cogitare Enferm. 2007; 12(4): 466-71.

87. Dorea EI, Lottufo PA. Framinghan Heart Study e a Teoria do Contínuo Pickering: duas contribuições da epidemiologia para associação entre pressão arterial e doença cardiovascular. Rev Bras Hipert. 2001; 8(2): 195-200.

88. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. [capturado em 2013 março 26] Disponível em: http:// www.conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080

89. Ministério da Saúde. Saúde da Família: Uma Estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997, 36p.

90. Prefeitura de Porto Alegre [Internet]. Porto Alegre: Prefeitura de Porto Alegre; 2009 [capturado em 6 de abril 2013]. Disponível em: http://www.portoalegre.rs.gov.br/

91. Observatório da Cidade de Porto alegre (Porto Alegre, RS). Banco estatístico: Porto Alegre [Internet]. Porto Alegre: PROCEMPA, 2008 [capturado em 06 abril 2013 Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/tpl_indicadores.php

92. Prefeitura de Porto Alegre. Políticas de saúde/idoso. [Capturado em 15 abril 2013] Disponível em: http:// www.portoalegre.rs.gov.br/sms

93.Carvalho ALM. Leopoldino RW. Silva JEG. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina. Cien Saúde Coletiva. 2012; 17(7): 1885-1892.

94.Fletcher RH, Fletcher SW. Epidemiologia clínica: elementos essenciais 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, 288p.

95. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care. 1994; 21(1): 55-67.

96. Comitê de Coleta de Sangue da SBPC/ML, BD Diagnostics Preanalytical Systems. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica. Medicina Laboratorial para coleta de sangue venoso. 1 ed. São Paulo; SBPC, 2005.

97. PUCRS. Referências bibliográficas conforme Vancouver. Versão em português do International Committe of Medical Journal Editors: uniform requirements for manuscripts submmitte to biomedical journal 2000 may. [acesso 2013 jan. 15]. Disponível em: http://www.pucrs.br/biblioteca/vancouver.htm.

98. Ferreira H. Redação de trabalhos acadêmicos nas áreas das ciências e da biologia. 1 ed. Lisboa; Rúbio, 2011.

99. Bastos CC. Associação de tontura e desequilíbrio com síndrome metabólica em idosos em um ambulatório geriátrico universitário. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

100. Paskulin LMG, Vianna L. Perfil sóciodemográfico e consições de saúde autorreferidas de idosos de Porto Alegre. Rev Saúde Pública; 2007,41(5):757-768.

101. Souza S. Pires A. Conceição C. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. Rev Port Clin Geral. 2011; 27(2): 176-82.

102. Braga L. Caracterização sociodemográfica dos idosos de uma comunidade de Porto Alegre. Rev Gaúcha de Enfermagem, 2004, 25(1):44-55.

103. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012; 15 (3): 443-458.

104. Muntner P, Holt EW, Wood MA. Health related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. Age Aging. 2010; 39: 481-7.

105. Balestre KCB, Teixeira JJV, Crozatti MTL, Cano FG. Relato de um seguimento fármaco terapêutico de pacientes portadores de diabetes do programa saúde da família de Atalaia, Paraná. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2007; 28(2): 203-208.

106. Santos FS. Oliveira KR. Collet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de DM atendidos em uma unidade básica no município de Ijuí/ um estudo exploratório. Rev Ciên Farm Básica Apl. 2010; 31(3): 223-227.

107. Rezende SO, Brune MFSS. Síndrome Metabólica em adultos atendidos no Programa Saúde da Família em Barra do Garças/MT. RBAC. 2011; 43(2):106-109.

108. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003. Primeiros Resultados: Brasil e Grandes Regiões, 2004.

109. Yusuf S. Hawken S. Ounpuu S. Effect of otentially modificable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the interheart study: case-control study). Lancet. 2004; 364:937-52.

110. Trentin C. Adesão à terapêutica em idosos diabéticos. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2009.

111. Rocha CH. Oliveira APS. Ferreira C. Faggiani FT *et al*. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(sup): 703-710.

112. Marin JJ. Cecílio SO, Perez AEWC. Silva CBA. Caracterização entre o uso de medicamentos entre idosos entre uma unidade do Programa da saúde da família. Cad saúde pública.2008; 24(7):1545-1555.

113. Gomez V. Fernandez M. Alarcão V. Areias C. et al. Controle e adesão à terapia anti-hipertensiva em idosos e adultos nos cuidados de saúde primários da região de Lisboa. 6 Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular. [acesso 2013 jan. 16]. Disponível em: http://www.spert.org.pt

114. Villas Boas LCG. Apoio Social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2. [Dissertação] Ribeirão Preto Universidade de São Paulo; 2008.

115. Plaster CP, Melo DT, Boldt V, Cassaro KOS, Lessa FCRL. Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health. Center after a pharmaceutical care programo f pharmacotherapy follow-up.J Phramcol. 2012; 48(3): 436-446.

116. Lima TM. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia Brasil. Rev Pan-Amz Saúde. 2010;1(2): 113-120.

117. Simão ARE. Adesão à prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório. [Dissertação] Lisboa: Universidade de Lisboa; 2009.

118. Faria HTG.Desafios para atenção em saúde: adesão ao tratamento e controle metabólico em pessoas com Diabetes *Mellitus* tipo 2 no município de Passos, MG. [Tese] Riberão Preto:Universidade de São Paulo; 2011.

119. Freitas CC. Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos. [Dissertação]. Riberão Preto: Universidade Federal de São Paulo.2009.

120. Werlang MC, Argimon IIL, Stein LM. Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem o uso dos seus medicamentos. Estud. Interdisp. Envelhecimento. 2008; 13(1): 95-115.

121. Dosse C, Cesarino CB, Martin JTV, Cartedo MCA. Fatores associados a não adesão de pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Latino-Am.Enfermagem. 2009; 17(2): 201-206.

122. Plaster W. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos usuários da unidade básica de saúde de Princesa Isabel em Cocoal RO. [Dissertação] Goiânia: Programa Multinstitucional da Universidade de Brasília, Goiás e Mato Grosso. 2006.

123. West D. Lefeer, L Frank, SA. Examining medication adherence in older women with coronary heart disease. J Women Aging. 2010; 22: 53-70.

124. Benner JS, Pollack MF,Smith TW. Association between short them effectiveness of statins and long-therm adherence to lipid-lowhing therapy. Am J Health Syst Pharm. 2005; 62: 1468-75.

125. Nolte AO. Associação entre hábitos saudáveis e alimentares, estado nutricional e percepção de saúde dos idosos. [Dissertação] Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2011.

126. Dourado CS, Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODC, Silva LS. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde de João Pessoa PB. Acta Scihealth Sci. 2011; 33(1):9-17.

127. Vinholes DB. Assunção MCF. Neutzling MB. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 passos de Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, RS Brasil. Cad saúde pública, RJ. 2009; 25(4): 791-799.

128. Koehnlein EA, Salado GA. Yamada AN. Adesão à reeducação alimentar para a perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. Rev Bras Nutr Clin. 2008; 23(1): 56-65.

129. Frank AA Soares EA Fernandes AS. Adequação de proteínas e lipídeos na dieta do idoso In: Frank AA, Soares EA. Nutrição ao envelhecer São Paulo; Atheneu, 2002. P.73-98.

130.Koehnlein EA, Salado GA. Yamado, NA. Adesão à reeducação alimentar para a perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. Rev Bras Nutr Clin. 2008; 23(1):56-55.

131. Marin MJ, Cecílio LC, Perez AEW, Samentha F. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa de Saúde da Família Cad Saúde Pública, RJ. 2008; 24(7): 1545-1555.

132. Baldissera VD, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1): 37-32.

133. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão. Ciência e Saúde Coletiva. 2010; 15(1): 151-160.

134. Olivia M. Problemas de adherencia a dietoterapia em pacientes hipertensos pehuenses Rev Chil Nutr. 2011;38(3):285-289.

135. Sphoner RL, Comportamento alimentar do consumidor idoso. Rev Negócios Blumenau. 2008; 3 (27): 27-39.

136. Peres D, Carvalho MDB, Pelloso SM. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de *diabetes mellitus* tipo 2. Rev Saúde Pública. 2006; 40(2):310-7

137. Sphoner RL. Comportamento alimentar do consumidor idoso. Rev Negócios Blumenau. 2008; 13 (27). Rev Negócios Blumenau. 2008; 3 (27): 27-39.

138. Nolte AO, Passos DRP, Bós AJG. Envelhecer com sabor. IN: Atualizações em geriatria e gerontologia: nutrição e envelhecimento. Porto Alegre; Edpucrs, 2011. p.17-19.

139. Monteiro MAM. Percepção sensorial dos alimentos em idosos Rev Esp Saúde. 2009; 10 (2): 34-42.

140. Andrade GKP, Silva RP, Lopes ECS. Programa de educação alimentar para pacientes diabéticos. Diabetes clínica. 2003: 7(5): 351-357.

141. Neumann AJC, Martins IS, Marcopito LF, Araújo EAC. Padrões alimentares associados a fatores socioeconômicos entre residentes de um município brasileiro. Rev Panan Salud Publica. 2007; 22(5):329-39.

142. Almeida HÁ. Comparação de diferentes critérios de definição para diagnóstico de SM em idosas. Arq Brás Cardiol. 2010; 95(3): 346-353.

143. Alencar NA, Aragão JCB, Ferreira MA. Níveis de atividade física em idosas. Estudos Interdisciplinares Envelhecimento POA. 2010; 5(1): 87-97.

144. Hughes JP. Leisure-time physical actvity among adults 60 or more years of age: results form Nhanes .Arch Intern Med. 1996 ; 5(3): 347-558.

145. Krug RR, Licere BH, Marchesan M. Contribuições da caminhada como atividade física de lazer para idosos licere on line. Licere on line. 2011; 14(4).

146. Freitas CMM, Santiago MS, Viana AT, Leão AC. Aspectos motivacionais que influenciam a adesão e manutenção de idosos a programas de exercícios físicos. Rev Bras Cineantropom Desempenho Humano.2007; 9(1):92-100.

147. Mazo GZ, Cardozo FL, Aguiar DL. Programa de hidroginástica para idosos: motivação e auto-estima e auto-imagem. Rev Bras Cineantropom Desempenho Humano. 2006; 8(2):67-72.

148. Cardoso AS. Fatores influentes na desistência de idosos em um programa de Exercício Físico. Movimento. 2009;14(1): 225-239.

149. Neto EMF, Queluz TT, Alvarenga BF. Atividade física e sua associação com qualidade de vida em pacientes com osteoartrite. Rev Bras Reumatol. 2011; 51 (6): 544-549.

150. Matsudo VKR, Calmona CO. Osteoartrose e atividade física. Diagnóstico e tratamento. 2009; 14(40):146-51.

151. Barroso WKS, Jardim PCBV, Vitorino PV. Influência na atividade física programada na PA de idosos hipertensos sob o tratamento não farmacológico Rev Asso Medica. 2008; 54(4): 328-33.

152. Nogueira IC, Santos ZMSA, Alverne DGBM, Martins ABT. *et al*. Efeitos do exercício física no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. Rev Bras Geriatria Gerontolo. 2012; 15(3): 587.

153. Zavarize FS Perfil criativo e qualidade de vida e implicações em adultos e idosos com dor lombar crônica. Rev Brás Ger Gerontol, RJ. 2012; 15(3): 403-414.

154. Bréder VF, Oliveira DF. Silva MAG. Atividade física e lombalgia. Fisiote Bras. 2005; 6(2): 157-162.

155. Matsudo SM, Matsudo VKR. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. Rcev Brasileira Med Esporte. 2001; 17(1): 1-7.

156. Friss RH, Nomura WL, Swan JH. Socioepidemiologic and health related correlates of walking for exercice among the elderly results from the longitudinal study. J Aging and Physical Activity. 2003; 11(1):54-65.

157. Silveira LMC, Ribeiro VMB. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena forhealthcare professionals and patients, Interface - Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16): 91-104.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO

	sim	não
Q 20. O senhor(a) já foi orientado a seguir algum tipo de dieta?		
Caso negativo, pule para Q23		
Q 21. Por quem o senhor(a) foi orientado a modificar a dieta? (1) médico (2) nutricionista (3) endocrinologista (4) outro		
Q 22. Caso a resposta seja outro, quem lhe orientou:		
Q 23. O (A) senhor(a) foi orientado para aumentar o consumo de alimentos rico em fibras como aveia, massa, pão e arroz integral?		
Caso negativo, pule para questão 25		
Q 24. O senhor(a) segue esta orientação?		
Q 25. O senhor(a) foi orientado para aumentar o consumo de legumes, frutas e verduras?		
Caso negativo, pule para questão 27		
Q 26. Caso foi orientado o senhor(a) segue esta orientação?		
Q 27. O senhor(a) foi orientado para diminuir o consumo de açúcar simples?		
Caso negativo, pule para questão 29		
Q 28. O senhor(a) segue esta orientação?		
Q 29. O senhor(a) foi orientado a evitar guloseimas, biscoitos doces recheados e refrigerantes?		
Caso negativo, pule para a questão 31		
Q 30. O senhor(a) segue esta conduta ?		
Q 31. O senhor(a) foi orientado a evitar o consumo de carne vermelha, gorduras visíveis, pele de frango, leite integral, queijo amarelo e frituras?		
Caso negativo, pule para 33		
Q 32. O senhor(a) segue esta orientação?		
Q 33. O senhor(a) foi orientado a diminuir o consumo de sal?		
Caso negativo, pule a questão 35		
Q 34. O senhor(a) segue esta orientação?		
Q 35. O senhor(a) foi orientado a evitar alimentos processados como embutidos, conservas, enlatados, defumados e salgados de pacote?		
Caso negativo, pule a questão 37		
Q 36. O senhor(a) segue esta orientação?		
Q 37. O senhor(a) foi orientado aumentar o consumo de alimentos ricos em ômega 3 como peixes, salmão, sardinha, cavala e arenque?		
Caso negativo, pule para a questão 39		
Q 38. O senhor(a) segue esta orientação?		
Q 39. Caso o senhor(a) não tenha seguido as orientações em relação à dieta, por qual motivo não seguiu? (pode ser múltipla escolha) ( ) devido a recursos financeiros ( ) por não achar necessário ( ) por não ter persistência ( ) não sou responsável pelo preparo das refeições ( ) outro motivo? Qual:		
Q 40. O senhor(a) fuma ou já fumou? ( ) não, pule para questão 42 ( ) sim, fuma diariamente ( ) sim, fuma eventualmente ( ) fumou regularmente mas parou há ____ anos		

Q 41. Quantos cigarros o senhor(a) fuma por dia? ( ) 1 a 5 ( ) 5 a 10 ( ) 10 a 20 ( ) mais de 20 ( ) NR		
Q 42. O senhor(a) pratica exercício físico?	sim	não
Caso negativo, pule questão 45		
Q 43. Essa atividade é orientada por algum profissional?	sim	não
Q 44. Que tipo de exercício físico o senhor(a) pratica? ( ) ginástica aeróbica ( ) musculação( ) dança ( ) hidroginástica ( ) natação ( ) caminhada ( ) corrida ( ) outra:		
Q 45. Quantas vezes por semana o senhor(a) pratica exercício físico? (0) não realiza atividade física (1) 1 vez por semana (2) 2 vezes por semana (3) 3 vezes por semana (4) diariamente		
Q 46. Por que o senhor(a) faz exercício físico? ( ) tratamento médico ( ) estética ( ) prevenir doenças ( ) influencia de amigos ( ) outro:		
Q 47. Por que o senhor(a) não pratica exercício físico? Pode ser múltipla escolha. (1) devido a recursos financeiros (2) por não achar necessário (3) por não ter persistência (4) por problemas físicos = vá para questão 48 (5) Preguiça ( ) outro		
Q 48. Se o senhor(a) respondeu que o motivo foi problema físico, que tipo de problema o senhor(a) possui?		
QUESTIONÁRIO DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO		
Q 49. Atualmente, o senhor (a) toma algum medicamento regularmente?	sim	não
Caso negativo, encerrar o questionário.		

Q 50. Quais os medicamentos que o senhor(a) toma regularmente?

	Medicamento (nome genérico ou comercial)	Dose	Vezes dia	Vezes semana
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Q 51. O senhor(a) foi orientado como deveria tomar as medicações por algum profissional de saúde?	sim	não
Q 52. Onde o senhor(a) consegue seus medicamentos? (1) posto de saúde = pule para questão 53 (2) farmácia privada (3) posto de saúde e farmácia privada		

Q53 . Quando não tem medicações no posto de saúde, o que o senhor(a) faz?

(0) não utiliza medicação (1) compra na farmácia privada (2) espera chegar (3) vai em outros postos (4) difícil faltar

APENDICE 2 – ARTIGO ENCAMINHADO PARA PUBLICAÇÃO

Título: ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NAS DOENÇAS CARDIOMETABÓLICAS

Periódico: Revista Gaúcha de Enfermagem (Qualis B1 na área interdisciplinar da CAPES)

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NAS DOENÇAS CARDIOMETABÓLICAS

RESUMO

Trata-se de uma revisão sistemática sobre a prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças cardiometabólicas, seus fatores determinantes e a educação em saúde como estratégia de manejo. Para tanto, foram consultadas as bases LILACS, Scielo, PubMed e o Banco de Teses e Dissertações da CAPES, utilizando-se os seguintes descritores com seus correlatos na língua inglesa: adesão do paciente, adesão do paciente e hipertensão, adesão do paciente e diabetes *mellitus*, adesão do paciente e dislipidemia, adesão do paciente e doenças cardiovasculares, adesão do paciente e síndrome metabólica, adesão do paciente e doenças crônicas, adesão do paciente e educação em saúde. A prevalência de adesão ao tratamento variou entre 12,5 a 95,7%. Observou-se que esquecimento, não entendimento das instruções médicas, descuido com horário e baixa escolaridade foram os fatores determinantes mais frequentes para a não adesão ao tratamento. A educação em saúde mostrou-se efetiva em melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Descritores: Adesão do paciente. Hipertensão. Diabetes *mellitus*. Educação em saúde.

RESUMEN

Trata de una revisión sistemática de la prevalencia para la adhesión al tratamiento medicamentoso en las enfermedades cardiometabólicas, y educación en salud como estrategia de manejo. Fueron consultadas las bases LILACS, Scielo, PubMed,l Banco de Tesis y Disertaciones de la CAPES, utilizándose como descriptores con sus correlatos en inglés: adesão do paciente, adesão do paciente e hipertensão, adesão do paciente e diabetes mellitus, adesão do paciente e dislipidemia, adesão do paciente e doenças cardiovasculares, adesão do paciente e síndrome metabólica, adesão do paciente e doenças crônicas, adesão do paciente e educação em saúde. La prevalencia de la adhesión al tratamiento medicamentoso variaron -

12,5 a 95,7%. Observó que es el olvido, no comprensión de las instrucciones médicas, descuido con el horario, la baja escolaridad fueron determinantes más comunes para la falta de adhesión. Educación en la salud ha demostrado ser eficaz en la mejora de la adhesión al tratamiento.

Descriptores: Cooperación del Paciente. Hipertensión. Diabetes mellitus. Educación en la salud.

Título: Medicación adhesión en las enfermedades cardiometabólicas

ABSTRACT

This is a systematic review of the prevalence of adherence to drug treatment in cardiometabolic disease, their causes and n health education as a management strategy. Was consulted LILACS, SciELO, PubMed, and Databases of CAPES of Theses and Dissertations using the following descriptors with its correlates in English: adesão do paciente, adesão do paciente e hipertensão, adesão do paciente e diabetes mellitus, adesão do paciente e dislipidemia, adesão do paciente e doenças cardiovasculares, adesão do paciente e síndrome metabólica, adesão do paciente e doenças crônicas, adesão do paciente e educação em saúde. The prevalence of adherence ranged from 12,5 to 95,5%. It was observed that most of the factors that affect adherence to drug therapy is forgetting to take the medication, not the understanding of medical instructions, carelessness with the medication schedule and low education. Health education has proven effective in improving adherence to medication.

Descriptors: Patient compliance, Hypertension,. Diabetes Mellitus. Health Education.

Title: Drug treatment adherence in cardiometabolic diseases

INTRODUÇÃO

O Brasil encontra-se em um rápido processo de envelhecimento de sua população, visto que no período de 1970 e 2010, o aumento do número de idosos teve um aumento considerável principalmente nas regiões sul e sudeste[1], porém este crescimento acarreta um aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tais como doenças cardiovasculares, *diabetes mellitus,* doenças neurodegenerativas e câncer, sendo consideradas como umas da causas mais frequentes de óbito entre nesta população, entre 1980 e 2000[2].

Entre as doenças crônicas, as cardiovasculares seguem como as principais responsáveis pela taxa de mortalidade no Brasil, em 2010 foi responsável por mais de 300 mil óbitos[3]. O *Diabetes Mellitus,* também está entre as DCNT, mais prevalentes, e com importante causa de mortalidade, em 2002 a população mundial estava em 173 milhões de diabéticos, e com projeção para chegar a 300 milhões no ano de 2030[4]. Neste contexto, emerge a síndrome metabólica (SM) reconhecida como uma entidade complexa, pois associa fatores de risco cardiometabólicos, como hipertensão arterial, dislipidemia, DM, deposição central de gordura e resistência à insulina[5].

O sucesso do tratamento das doenças crônicas, dependerá da adesão do paciente, em 2003 a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definiu, como a extensão pela qual o comportamento de uma pessoa tomando medicamentos, seguindo uma dieta ou mudando seu estilo de vida, correspondendo com as recomendações estabelecidas pelo profissional da saúde responsável pelo tratamento[6].

A OMS reconhece que a baixa adesão terapêutica pode interferir de maneira negativa nos resultados dos tratamentos de doenças crônicas, tendo como consequência o aumento dos custos de saúde[7]. Uma pesquisa realizada no Canadá, com hipertensos com idade entre 45 e 85 anos, mostrou que a baixa adesão ao tratamento medicamentoso, tornou-os mais propensos a um evento coronariano, doença cerebrovascular e insuficiência cardíacas crônica, durante os três anos de acompanhamento, entre os pacientes hospitalizados a baixa adesão esteve associada com um aumento dos custos hospitalares em aproximadamente 3574 dólares[8].

Assim, o objetivo do estudo foi realizar uma revisão sistemática sobre a prevalência e os motivos para adesão e não adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças cardiometabólicas, e adicionalmente apresentar uma revisão sobre a educação em saúde como estratégia de manejo**.**

MÉTODO

Foi realizada uma revisão de artigos, Teses e Dissertações publicadas no período de 2005 a 2012, nas bases LILACS, PubMed, Scielo e na Biblioteca Brasileira de Teses e Dissertações da CAPES, utilizando os seguintes descritores: adesão do paciente/*patient compliance*, adesão do paciente e hipertensão/*patient compliance and hypertension*, adesão do paciente e diabetes *mellitus*/*patient compliance and diabetes mellitus*, adesão do paciente e dislipidemia/*patient compliance and dyslipidemias*, adesão do paciente e doença cardiovasculare/*patient compliance and cardiovascular diseases*, adesão do paciente e síndrome metabólica/*patient compliance and metabolic syndrome x*, adesão do paciente e doenças crônicas/*patient compliance and chronic disease*, adesão do paciente e Educação em Saúde/patient compliance and Health Education.

Os artigos selecionados foram os que atenderam os seguintes critérios de inclusão: sejam estudos originais que abordem a prevalência, problemática e fatores associados para a adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças cadiometabólicas, e estudos que abordem a educação em saúde como estratégia e importância para adesão ao tratamento medicamentoso, em idiomas em português, inglês e espanhol.

Para tanto, foram identificados 125 trabalhos, sendo que 52 foram incluídos no estudo, pois estavam relacionados com os objetivos da pesquisa. Também foi incluído um estudo do ano de 1986, por abordar o Teste de Morisky[9] e outro trabalho de 2003, no qual foi estabelecido o conceito de adesão, pela Organização Mundial de Saúde.

RESULTADOS

Os dados foram agrupados em dois quadros, uma com estudos sobre a prevalência e os motivos para a adesão e não adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças cardiometabólicas como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, dislipidemias, *diabetes mellitus* e síndrome metabólica, e outra com estudos que abordaram a educação em saúde como estratégia de manejo para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial, diabetes *melllitus,* e idosos com doenças crônicas.

Do total de estudos encontrados a maioria foi publicado no ano de 2008, 06 eram dissertações e um era tese de doutorado.

O **quadro 1**, ilustra os dados sobre adesão ao tratamento medicamentoso, a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* foram os mais encontrados com 42,8% e 38,1% respectivamente. Do total de estudos, (38,1)%, utilizaram o teste de Morisky como medida para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso.

Em 1986, Morisky [9] et al, realizou um estudo durante 3 anos a fim de validar um questionário de levantamento da adesão em pacientes hipertensos, o instrumento era composto com perguntas com respostas dicotômicas sim e não a partir do escore obtido, resultava a seguinte classificação aderente, moderadamente aderente e não aderente. A adesão variou de 12,5 a 95,7%.

Quadro 1. Estudos[10-31] sobre a adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial sistêmica, doença cardiovascular, dislipidemia, diabete *mellitus* e síndrome metabólica, período de 2005 a 2012.

Referência	Delineamento do estudo	Amostra	Prevalência de adesão ao tatamento medicamentoso	Principais fatores associados à adesão e não adesão ao tratamento
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Bloch et al [10].	Corte	200	51% aderem à prescrição através do *Teste de Morisky*, 52% com o relato médico e 80,5% com relato do paciente	A adesão foi associada pelo acompanhamento de um programa ambulatorial específicos para hipertensos
Dosse et al [11].	Transversal	68	12,50% (homens) e 13,64% (mulheres) à prescrição pelo *Teste de Morisky*	O fator emocional foi mais citado para a não adesão
Amarante et al [12].	Ensaio Clínico Randomizado	27	25% (controle), 80% (intervenção), aderem ao tratamento*	Esquecimento de administrar as medicações
Jesus et al [13].	Transversal	511	A adesão variou entre 63,2-93,1% de acordo com itens propostos pelos autores*	Alto custo das medicações, assintomatologia
Muntner et al[14].	Coorte	2180	69,3% aderem ao tratamento*	Baixa escolaridade e baixa qualidade de vida
Helena et al[15].	Transversal	595	46,9 % aderem ao tratamento*	Baixa renda, escolaridade e necessidade de comprar medicamentos

Referência	Delineamento do estudo	Amostra	Prevalência de adesão ao tatamento medicamentoso	Principais fatores associados à adesão e não adesão ao tratamento
Hipertensão Arterial Sistêmica				
Souza [16].	Transversal	44	36,4% e 63,6% aderiram ao tratamento pelo *Teste de Morisky* e Contagem de Comprimidos	Altos níveis de conhecimento em relação à doença e ao tratamento foram responsáveis pela adesão.
Dourado et al [17]	Transversal	25	48% aderem à prescrição	Esquecimento, ausência de sintomas
.				
Doenças Coronarianas				
Lunelli et al [18].	Transversal	92 pacientes após o primeiro infarto do miocárdio	56,5 % aderem ao tratamento através do *Teste Morisky*	Conhecimento insatisfatório sobre a doença e pouca percepção da real necessidade de tratamento
Ávila et al [19].	Transversal	156 pacientes com uso de anticoagulante oral	39,1% tiveram alta adesão através do *Teste de Morisky*	Custo da medicação
Carvalho [20].	Transversal	85 pacientes com síndrome coronariana aguda	82,5 % aderem ao tratamento*	Esquecimento de tomar medicamentos
West et al [21].	Transversal	32 idosas com síndrome coronariana	65,6% aderem ao tratamento*	Efeitos colaterais, barreiras econômicas e psicológicas

Referência	Delineamento do estudo	Amostra	Prevalência de adesão ao tatamento medicamentoso	Principais fatores associados à adesão e não adesão ao tratamento
Dislipidemias				
Benner et al [22].	Coorte	150	59% eram aderentes ao tratamento*	Idade avançada e riscos de complicações cardiovasculares
Perreault et al [23].	Coorte	267	74% aderem ao tratamento*	Risco do surgimento de doenças cardiovasculares
Diabetes Mellitus				
Faria [24].	Transversal	46	78,3% aderiram ao tratamento através da Medida de Adesão ao Tratamento Medicamentoso (MAT)**	Baixa escolaridade e renda, e poucas informações sobre à doença
Mann et al [25].	Transversal	151	72%% tiveram alta adesão*	Ausência de sintomas da doença
Araujo et al [26].	Transversal	79	45,5% eram aderentes ao tratamento pelo *Teste de Morisky*	Descuido com o horário
Villas Boas [27].	Transversal	162	95,7% aderem ao tratamento medicamentoso através do MAT**	Adesão ao autocuidado e a escolaridade

Referência	Delineamento do estudo	Amostra	Prevalência de adesão ao tatamento medicamentoso	Principais fatores associados à adesão e não adesão ao tratamento
Dislipidemias				
Barros et al [28].	Transversal	341	71% não aderem ao tratamento (IC# 95% 65,8-75,7%)	Idade e menor grau de satisfação com o serviço de saúde
Kaillango et al [29].	Coorte	402	71,1% aderem à prescrição*	A falta de entendimento às recomendações médicas
Hipertensão e Diabete *Mellitus*				
Carvalho et al [30].	Transversal	400 diabéticos e hipertensos	26,8% aderem ao tratamento, pelo *Teste de Morisky*	Falta de informação sobre a doença
Síndrome Metabólica				
Andrade et al [31].	Transversal	32 pacientes com síndrome metabólica pelo critério do NCEP-ATP III***	21,9% aderem à prescrição através do *Teste de Morisky*	A polifarmácia e idade avançada

*Os autores utilizaram questionários adaptados próprios para verificar a adesão ao tratamento medicamentoso **Medida de adesão ao tratamento medicamentoso, validado em 2001 por Delgado e Lima adaptado do Teste de Morisky. ***NCEP-ATPIII: ***National Cholesterol Education Programs Adult Treatment Panel III*** em 2001 estabeleceu critérios diagnósticos para a Síndrome Metabólica. # Intervalo de Confiança
Fonte: os autores.

Quadro 2. Achados de estudos [32-42] que utilizaram a Educação em Saúde como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial, diabete *mellitus*, doença cardiovascular, dislipidemias e doenças crônicas não transmissíveis no ano de 2005-2012.

Autor	Delineamento	População	Resultados
Torres et al. [32]	Transversal	Diabéticos	Através de jogos com a utilização de material educativo obteve-se a construção do conhecimento pelos participantes
Goldmeyer et al.[33]	Ensaio clínico randomizado	Pacientes com infarto do miocárdio	Através dos programas de educação os pacientes tiveram uma redução do risco e uma maior adesão do tratamento
Medeiros et al.[34]	Ensaio clínico randomizado	População de idosas	Através das intervenções interdisciplinares obteve-se a melhora dos indicadores da utilização correta das medicações
Lee et al.[35]	Ensaio clínico randomizado	Idosos com doenças crônicas	O estudo mostrou que depois de 8 meses de intervenções educativas , a adesão a medicação aumentou de 5,0% para 98,7%
Boworth et a. [36]	Ensaio Clínico randomizado	hipertensos	As orientações educacionais aumentaram a adesão em torno de 9%

Autor	Delineamento	População	Resultados
O'Dell et al.[37]	Ensaio clínico randomizado	diabéticos	As atividades educativas aumentaram o conhecimento dos pacientes em relação a sua doença
Winans et al.[38]	Ensaio clínico randomizado	Pacientes em uso de anticoagulantes	As orientações educativas proporcionaram um maior conhecimento sobre o tratamento em relação ao grupo controle
Silva et al.[39]	Ensaio clínico randomizado	Hipertensos e diabéticos	As ações educativas se mostraram eficientes para determinantes da adesão e o controle das doenças
Werlang[40]	Ensaio clínico randomizado	Idosos dislipidêmicos	O grupo que recebeu orientação farmacêutica obteve melhora significativa na adesão ao tratamento
Santos et al.[41]	Ensaio Clínico randomizado	hipertensos	Os usuários atendidos em um grupo de educação tiveram melhor adesão através do apoio da equipe multidisciplinar
Gandra et al.[42]	Estudo de intervenção antes e depois	diabéticos	Depois do programa de educação os diabéticos passaram a reconhecer a importância da prática da atividade física e dos cuidados com a autoaplicação da insulina.

Fonte: Os autores

DISCUSSÃO

A problemática da adesão ao tratamento medicamentoso pode ser influenciada pelos seguintes fatores: sexo/gênero, idade, etnia, estado civil, escolaridade, nível socioeconômico, doenças crônicas e sintomatologia associada, crenças, hábitos culturais e de vida[43], desconhecimento, contexto familiar, conceito de saúde e de doença, autoimagem e autoestima (no sentido mais positivo e realista, como a pessoa de vê e como gosta de si mesma)[44] tipo de tratamento, custos e efeitos indesejáveis, esquemas complexos, e ainda fatores ligados à instituição, tais como política de saúde, acesso, distância, tempo de espera, e problemas de relacionamento com a equipe de Saúde[45].

Cerca de 40 a 60% dos pacientes fazem uso da medicação prescrita, de maneira incorreta[43]. Inúmeras são as barreiras para a adesão ao tratamento medicamentoso, como a prescrição de esquemas complexos, tratamento de doenças assintomáticas, perda da capacidade cognitiva[46], um dos motivos mais salientados pelos sujeitos do estudo para não adesão ao tratamento medicamentoso foi o esquecimento em tomar as medicações, e a assintomatologia, visto que algumas doenças crônicas como hipertensão arterial e dislipidemia usualmente não produzem sintomas, fazendo com que as pessoas não agreguem ao seu dia-dia o uso dessas medicações[44].

Realizar a ligação entre o horário de administração dos medicamentos e as atividades rotineiras e a prática de realizar anotações em locais visíveis, tipo check-list, pode ser uma estratégia para evitar o esquecimento da utilização dos fármacos[47]. Além disto, o esquecimento pode ser por alguma atitude mais negativa, a do pouco envolvimento do paciente com seu próprio problema de saúde[46].

A idade também foi uma variável relacionada com a adesão ao tratamento, pois os idosos, pela utilização de múltiplos medicamentos, devido à presença de mais de uma doença crônica, fazendo com que o idoso tenha um tratamento mais complexo, exigindo maior atenção e memória, além do quadro de declínio cognitivo que pode resultar na dificuldade de compreensão e recordação de como utilizar corretamente a medicação prescrita[48].

A baixa escolaridade, assim como a falta de entendimento sobre a prescrição médica além do desconhecimento sobre a doença também contribuíram para a não

adesão ao tratamento medicamentoso. A escolaridade é um fator importante frente à complexidade das informações que as pessoas com doenças crônicas precisam compreender[28,49]. Além disso, um bom grau de instrução do paciente pode ser um facilitador para que ele entenda adequadamente e realize corretamente as orientações fornecidas[50].

Portanto, a importância da equipe multidisciplinar em saúde oferecer esses apoios em Educação em Saúde, no intuito de bem orientar os pacientes, com uso de uma linguagem clara e acessível, explicações sobre a doença e a importância de um tratamento, e adequadas instruções de como fazer uso das medicações, assim como quais serão os efeitos colaterais e possíveis interações medicamentosas.

Por este motivo, foi realizada também uma busca por estudos que abordassem a Educação em Saúde como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso, na hipertensão arterial, diabete *mellitus*, doenças cardiovasculares, dislipidemias e doenças crônicas não transmissíveis. O diabete *mellitus* e a hipertensão arterial foram às doenças mais utilizadas na educação em saúde **(quadro 2).**

Conforme observado no **quadro 2**, atividades de Educação em Saúde aumentaram o conhecimento dos pacientes em relação à sua doença, aumentado também a adesão ao tratamento, como pode observar em um estudo[39], onde a eficácia das intervenções foi comprovada através da melhora dos níveis de pressão arterial e glicemia, apesar de não ter havido um controle absoluto sobre os motivos da baixa adesão, e o sucesso dependeu do conjunto de ações de caráter educativo e terapêutico por uma equipe multiprofissional.

As atividades educativas em grupo permitem o debate e a reflexão e trazem resultados expressivos, em que os idosos beneficiam-se com as trocas de experiência, e a prática educativa propicia reais condições de aprendizagem. Dessa forma, o conteúdo deve ser transferido de forma simplificada, tendo como fundamentação a motivação das pessoas a aderir ao tratament [51].

A Organização Mundial da Saúde estabeleceu uma série de intervenções com o objetivo de respaldar a promoção de atividades de Educação em Saúde, visto que é reconhecida como uma ferramenta para redução de custos e de melhoria em assistência, por favorecer a promoção do autocuidado do paciente[52]. Ela proporciona o engajamento do doente para cuidar de si mesmo, aderindo tanto ao

esquema terapêutico como ao preventivo, promovendo uma autoconscientização sobre a importância da utilização correta dos medicamentos[41].

CONCLUSÕES

A importância da adesão ao tratamento consiste na promoção da qualidade de vida da pessoa, ou seja, quem adere adequadamente ao regime terapêutico medicamentoso e adquire hábitos mais saudáveis de vida tem, como consequência, uma maior prevenção de complicações de sua(s) doença(s) crônica(s), evitando aumento de morbi-mortalidade.

Foi observado que grande parte dos fatores identificados como os que prejudicam a adesão ao tratamento medicamentoso é relacionado, por exemplo, ao esquecimento de tomar as medicações, ao não entendimento das instruções médicas, ao descuido com o horário da medicação e à baixa escolaridade.

Sendo assim, reafirma-se a importância de uma efetiva Educação em Saúde, para a melhora da adesão ao tratamento medicamentoso, visto que ela proporciona atividades com o objetivo de instruir/preparar os pacientes para seu maior autocuidado, pois passam a conhecer mais e melhor sobre sua doença, sintomas e o benefício em seguir as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Conclui-se que, o presente estudo traz contribuições para a pesquisa nessa área, através de conhecimentos e possibilidades de práticas mais preventivas, de modo que se possa estabelecer medidas para o aumento e engajamento da adesão do paciente ao tratamento medicamentoso.

REFERÊNCIAS

1. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15 (3):443-58.

2. Silva VL, Albuquerque MFPM, Cesse EAP, Luna CF. Perfil de mortalidade do idoso: análise da evolução temporal em uma capital do Nordeste Brasileiro de 1996 a 2007. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2012;15(3):433-41.

3. DATASUS. Informações de saúde- Informações sobre mortalidade. Disponível em: <http:// www.datasus.gov.br/datasus/index.php?ava=02>. Acesso em: 17 nov. 2012.

4. Francisco PMSB, Belon AP, Barros MBA, Carandina L, Alves MCGP, Goldbaum M et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. Cad Saúde Pública. 2010;26(1):175-84.

5 I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005; 84, supl I.

6. World Health Organization. Adhrence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003:192-4.
.
7. Ministério da saúde (BR). Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com doenças crônicas, Brasília (DF), 2007.

8. Dragomir A, Roy L, Lalonde L. Impact of adherence to antihypertensive agents on clinical outcomes and hospitalization costs. Med Care. 2010;48:418-25.

9. Morisky D, Green L, Levine D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care. 1986;24: 67-74.

10. Bloch KV, Melo AV, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos e validação de 3 métodos indiretos de avaliação da adesão. Cad Saúde Pública. 2008; 24(12):2979-84.

11. Dosse C, Cesarino CB, Martin JTV, Cartedo MCA. Fatores associados a não adesão de pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. Rev Latino-Am.Enfermagem. 2009;17(2):201-6.

12. Amarante LC, Shoji LS, Beijo L et al. A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão a terapia anti-hipertensiva no grau de satisfação do paciente. Rev Cien Farm. 2010;31:209-15.

13. Jesus ES, Augusto MA, Gusmão J, Júnior DM. Perfil de um grupo de hipertensão arterial: aspectos biossociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1):59-65.

14. Muntner P, Holt EW, Wood MA. Health related quality of life and antihypertensive medication adherence among older adults. Age Aging. 2010; 39:481-7.

15. Helena SET, Nemes MIB, Neto JE. Fatores associados a não adesão com tratamento anti-hipertensivo em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad Saúde Pública. 2010, 26(12):2389-98.

16. Souza WA. Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial resistente. [Tese] Campinas: Universidade de Campinas, 2008.

17. Dourado CS, Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODC, Silva LS. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde de João Pessoa PB. Acta Scihealth Sci. 2011; 33(1):9-17.

18. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EM. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4):367-73.

19. Ávila CW, Aliti GB, Feijo MK, Rabelo RE. Adesão farmacológica ao anticoagulante oral e os fatores que influenciam na estabilidade do índice de normatização internacional. Rev. Latino- Am. Enfermagem. 2011;19: 8 telas.

20. Carvalho LVB. Características de pacientes após síndromes coronarianas agudas e fatores relacionados à adesão ao tratamento. [Dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2006.

21. West D. Lefeer, L Frank, SA. Examining medication adherence in older women with coronary heart disease. J Women Aging. 2010;22:153-70.

22. Benner JS, Pollack MF,Smith TW. Association between short them effectiveness of statins and long-therm adherence to lipid-lowhing therapy. Am J Health Syst Pharm. 2005;62:1468-75.

23. Perreault S, Dragomir A, Roy L. Adhrence level of antihypertensive agents in coronary artery desease. Br J Clin Pharmace. 2010; 69:74-94.

24. Faria HTG. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2008.

25. Mann DM, Ponieman D, Leventhal H. Predictors of adherence to diabetes medication: the role of disease and medication beliefs. J Behav Med. 2009; 32:278-84.

26. Araújo MF,Gonçalves TC, Damasceno MMC. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. Rev Esc Anna Nery. 2010;14:361-7.

27. Villas Boas LCG. Apoio Social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2. [Dissertação] Ribeirão Preto Universidade de São Paulo, 2008.

28. Barros ACM, Rocha MB. Helena ET. Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes mellitus atendidas no PSF em Blumenau. Arq Catari Medicina. 2008;37(1):54-62.

29. Kailango JN, Owino E, Nambuya AP. Non adhrence to diabetes treatment at Mulago Hospital in Uganda: prevalence and associated factors. Afr Health Sci. 2008;8:67-73.

30. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa hiperdia no município de Terezina. Cienc Saúde Coletiva. 2012;17(7):1885-92.

31. Andrade EM, Chana ES, Ferreira NG. Vitória T, U Andrade. Identificação de fatores relacionados com medicação nos pacientes com síndrome metabólica atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Vila Velha. Rev Cien Farm. 2007;28(3):291-3.

32. Torres HG, Hortal VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabetes. Cad Saúde Pública 2005; 19(4):51-3.

33. Goldmeier S, Castro I. A teoria do autocuidado no manejo dos fatotes de risco, obesidade, hipertensão arterial e tabagismo em pacientes pós infarto do miocárdio. Rev Amrigs. 2005;49:149-54.

34. Medeiros EF, Moraes CF, Karnikowski, Nóbrega OT, Karnikowsk MGO. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para uso racional de medicamentos em idosos. Cien Saúde Coletiva. 2011;16(7):3139-49.

35. Lee JK, Grace KA, Taylor AJ. Effect of a pharmacy care program in medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: a randomized controlled Trial. JAMA. 2006;296:2563-71.

36. Boworth BH, Olsen MK, Adams M. Take control f your blood pressure study: a multifactorial behaviorial and tailored educational intervention of achiving blored pressure control. Patient Educ. 2008;70:338-47.

37. O'Dell KJ, O'Dell ML, Taylor JL. Does a multidisciplinary diabetes group education visit improve J State Med Assoc. 2009;50:416-20.

38. Winans AR, Rudd KM, Triller D. Assessing anticoagulation knowledge in patients now warfarin. Ann Pharmacottery. 2010;44:1152-7.

39. Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle do diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma única básica de saúde. Rev Saúde e Sociedade. 2006;15(3):180-9.

40. Werlang MC. Impacto da intervenção farmacêutica na adesão à prescrição médica por idosos em tratamento para dislipidemia. [Dissertação]. Porto Alegre:Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2006.

41. Santos ERD, Backes MTS. Hipertensão arterial sistêmica: avaliando usuários de um grupo de usuários de uma unidade básica de saúde. Nursing. 2009;12(134):326-32.

42. Gandra FPP, Silva KC, Castro CF. Efeito de um programa de educação no nível de conhecimento e nas atitudes sobre o diabetes mellitus. Rev. Bras. Promoção Saúde. 2011;24(4):332-31.

43. Silveira LM, Ribeiro VMB. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients, Interface - Comunic., Saúde Educ. 2005; 9:91-104.

44. Mosquera JJM, Stobäus CD, Jesus SN. et al. Universidade. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização. UNI Revista. 2006;1:1-13.

45.Lessa I. Impacto social da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev. Bras Hiperten. 2006; 13:39-46.

46. Girotto E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina-PR. [Dissertação] Londrina, PR. Universidade Estadual de Londrina, 2008.

47. Werlang MC, Argimon IIL, Stein LM. Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem o uso dos seus medicamentos. Estud. Interdisp. Envelhecimento. 2008;13(1):95-115.

48. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre. Ciência Saúde Coletiva. 2008;13(sup):703-10.

49. Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MR. Adesão a tratamentos entre idosos. Com. Ciências Saúde. 2007;18(1):57-67.

50. Volpe CRG. Análise das condições do uso de medicamentos por idosos atendidos em um ambulatório de um hospital universitário. [Dissertação] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2007.

51. Matsumoto PM, Barreto ARB, Sakata KN, Siqueira YMC, Siqueira YMC, Zoboli ELCP, Fracolli LA. A educação em saúde no cuidado de usuários do programa Automonitoramento Glicêmico. Rev. Esc. Enfermagem USP. 2012; 46 (3):761-5.

52. Lage EA, Freitas MIF, Acurcio FA. Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional? Ciênc Saúde Colet. 2005; 10(supl):133-9.

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO GLOBAL DO IDOSO

Nº Protocolo de Avaliação									

Nome do Agente Comunitário:
_____
ESF/Gerência Distrital:_____
Data da entrevista:_____

Nome do Idoso:_____
_____
Data de nascimento do Idoso: _____/_____/_____ RG do Idoso:_____
Nome da Mãe do Idoso:_____
Endereço:
_____
_____
Bairro:_____
_____
Telefone:_____
_____
Pessoa para contato (familiar/ cuidador):
_____
Telefone:
_____
_____
Pessoa para contato (outro):_____
Telefone:
_____
_____

DADOS DEMOGRÁFICOS: GERAIS

1. Há quanto tempo reside em Porto Alegre? _____
2. Sexo
(1) masculino (2) feminino
3. Cor/raça
(1) branca (2) preta (3) parda (4) oriental (5) índio (6) NR (não respondeu)
4. Estado civil: (no papel):
(1) solteiro(a)
(2) casado(a)
(3) viúvo(a)
(4) separado(a)/desquitado(a)
(5) NR (não respondeu)
5. Atualmente vive com companheiro(a)?:
(1) sim. Há quanto tempo? _____ (2) não (3) NR (não respondeu)

DADOS DEMOGRÁFICOS: ESCOLARIDADE

8. Sabe ler?
(2) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

9. Sabe escrever?
(2) sim (2) somente assina o nome (2) não (3) NR (não respondeu)

10. Qual mão ou lado que o senhor(a) teve mais força e habilidade ao longo da vida (ex: para escrever, trabalhar)?
(5) direita (destro)
(6) esquerda (canhoto)
(7) usa os dois lados sem preferência (ambidestro)
(8) NR (não respondeu)

11. Frequentou escola?
(1) sim. **COMPLETOU** até que série?

mário	( ) 1ª série ( ) 2ª série ( ) 3ª série ( ) 4ª série	Ginásio	( ) 5ª série ( ) 6ª série ( ) 7ª série ( ) 8ª série	Científico	( ) 1ª série ( ) 2ª série ( ) 3ª série	Supletivo	( ) 1º gra ( ) 2º gr

(2) não
(3) NR (não respondeu)

12. Frequentou curso superior?
(1) sim. Incompleto? ( ) Qual curso? _____
Completo? ( ) Qual curso? _____
(2) não
(3) NR (não respondeu)

DADOS SOCIOECONÔMICOS: GERAIS

13. Quantos filhos teve? _____

14. Destes filhos, quantos estão vivos? _____

15. Atualmente mora:
(1) sozinho(a)
(2) somente com cônjuge/companheiro(a)
(3) com cônjuge/companheiro(a) e outros familiares
(4) sem cônjuge/companheiro(a) e com outros familiares
(5) com empregado ou cuidador e sem familiares
(6) NR (não respondeu)

16. Quantas pessoas moram na casa? (incluindo o idoso)_____

17. Tem cuidador principal?
(1) sim. Que tipo de relação?
( ) cuidador familiar (não remunerado). Quem? _____ (ex: filha; esposa)
( ) cuidador não familiar (não remunerado). Quem? _____ (ex: amigo; vizinha)
( ) cuidador remunerado. Quem?_____(ex: empregada; enfermeiro; parente)
(2) não
(3) NR (não respondeu)

18. Tempo que o cuidador principal permanece com o senhor(a)?
A. Quantas vezes na semana? ( ) 1x ( ) 2x ( ) 3x ( ) 4x ( ) 5x ( ) 6x ( )7x
B. Quantas horas por dia?_____

19. Cuidador mora junto?
(1) sim (2) não (3) NR (não respondeu)

20. Está aposentado(a)?

(1) sim. Há quanto tempo? _____
Motivo: ( ) por idade.
( ) por tempo de serviço
( ) por invalidez. Qual doença ou incapacidade?_____
(2) não
(3) NR (não respondeu)

21. Está em benefício-saúde pelo INSS (encostado)?
(1) sim. Há quanto tempo? _____
Qual doença ou incapacidade?_____
(2) não
(3) NR (não respondeu)

22. Recebe algum outro tipo de benefício do governo?
(1) sim. Há quanto tempo?_____Fonte: ( ) IPE/RGS ( ) Estado ( ) União
Que tipo? ( ) pensão
( ) bolsa família
( ) outro. Qual? _____
(2) não

23. Possui alguma atividade profissional remunerada atual?
(1) Sim Qual: _____
(2) não
(3) NR (não respondeu)

24. Qual sua atividade de trabalho principal ao longo da vida? _____ (**ex:** do lar, motorista, comerciante, vendedor)

25. Qual SUA renda mensal ATUAL?
(1) não tem renda própria.
(2) até 1 salário mínimo (R$ 540,00)
(3) até 2 salários mínimos (R$ 1.080,00)
(4) até 4 salários mínimos (R$ 2.160,00)
(5) até 6 salários mínimos (R$ 3.240,00)
(6) até 10 salários mínimos (R$ 5.400,00)
(7) mais do que 10 salários mínimos
(8) NR (não respondeu)

26. Qual a renda mensal da FAMÍLIA?
(1) Até 1 salário mínimo (R$ 540,00)
(2) até 3 salários mínimos (R$ 1.620,00)
(3) até 6 salários mínimos (R$ 3.240,00)
(4) até 10 salários mínimos (R$ 5.400,00)
(5) mais que 10 salários mínimos
(6) NR (não respondeu)

ANEXO 2 - ESCORE DE RISCO FRAMINGHAM

Idade	Homens	Mulheres
< 34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

Colesterol total	Homens	mulheres
< 160	-3	-2
169-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	2
> 280	3	3
HDL colesterol	Homens	mulheres
< 35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
> 60	-2	-3

PAS	Homens	Mulheres
< 120	0	0
120-129	1	1
130-139	2	2
> 160		

Diabetes Mellitus	Homens	Mulheres
Não	0	0
Sim	2	4

Tabagismo	Homens	Mulheres
Não	0	0
Sim	2	-2

Idade + CT + HDL-C + PAS ou PAD + DM + Fumo = total de pontos

PASSO 8 – RISCO ABSOLUTO NAS TABELAS			
Homens pontos	**Homens Risco de DAC em 10 anos (%)**	**Mulheres pontos**	**Mulheres Risco de DAC em 10 anos (%)**
< -1	2	≤ -2	1
0	3	1	2
1	3	0	2
2	4	1	2
3	5	2	3
4	7	3	3
5	8	4	4
6	10	5	4
7	13	6	5
8	6	7	6
9	20	8	7
10	25	9	8
11	31	10	10
12	37	11	11
13	45	2	13
≥14	53	13	15
		14	18
		15	20
		16	2
		17	≥ 27

ANEXO 3 – MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

	Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com Frequência 3)	Às vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)
Q1 Alguma vez o senhor(a) esqueceu de tomar seus medicamentos?						
Q2 Alguma vez o senhor (a) foi descuidado com o horário de tomar seus medicamentos?						
Q3 Alguma vez o senhor (a) deixou de tomar seus medicamentos por ter se sentindo melhor?						
Q4 Alguma vez o senhor (a) deixou de tomar seus medicamentos por sua iniciativa, após ter se sentindo pior?						
Q5 Alguma vez o senhor (a) tomou mais comprimidos do que a quantidade prescrita, por sua iniciativa, por ter se sentindo pior?						
Q6 Alguma vez o senhor (a) interrompeu seu tratamento por ter deixado acabar os medicamentos?						
Q7 Alguma vez o senhor (a) deixou de tomar seus medicamentos para por alguma outra razão que não seja a recomendação do seu médico?						
Total de cada item						
Escore (total da soma/n^{o} itens)						

As perguntas foram destinadas aos medicamentos para as doenças cardiometabólicas, e as perguntas foram relacionadas com o último mês.

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica juntamente com o Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul estão desenvolvendo um projeto de pesquisa, sob o título de: **ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLÍNICO DOS IDOSOS ATENDIDOS PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.**

A proposta desse projeto surgiu, devido ao aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis-DCNT- demências, osteoporose, diabetes, hipertensão arterial, obesidade, síndrome metabólica e agravos a saúde oriundo do próprio processo de envelhecimento (alterações nutricionais, antropométricas e de pele), bem como, as infecções parasitárias, que ainda são um grave problema de saúde pública na Brasil, em comunidades mais carentes. Além disso, idosos portadores dessas doenças têm um risco mais elevado de perda de qualidade de vida e morte. Essa pesquisa pretende contribuir tanto para o melhor conhecimento dessas doenças, como também para prevenção e tratamento mais eficaz dessas das mesmas em idosos de Porto Alegre.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, por encontrar-se dentro dos critérios de inclusão desse projeto. Os participantes desta pesquisa serão submetidos a um questionário para obtenção de informações como identificação, estilo de vida, dados nutricionais, antropométricos, dermatológicos, prática de atividade física, saúde, história de doenças, uso de medicação e dados sócio-econômicos e culturais. Além disto, será coletado sangue para a análise genética e bioquímica, o que causará um leve desconforto temporário devido à picada da agulha, havendo possibilidade de formação de um pequeno hematoma na região da coleta. Também serão coletados fezes e urina, que não ofereceram nenhum risco.

Todos os participantes serão avaliados por uma equipe multidisciplinar (geriatra, psiquiatra, psicólogo, dermatologista, enfermeiro, nutricionista, farmacêutico). Todos os resultados obtidos serão confidenciais e ficarão sob a tutela e total responsabilidade dos pesquisadores deste projeto, podendo a qualquer momento ser consultado e/ou eliminados da pesquisa caso você desista da sua participação como voluntária. Você tem a liberdade de abandonar a pesquisa em qualquer fase desta, sem que isto leve a penalização alguma ou qualquer prejuízo posterior a você ou a sua família. Todos os resultados serão entregues para a unidade da ESF ao qual o idoso pertence.

Esta pesquisa praticamente não determina risco adicional ou dano à sua saúde e sua participação é isenta de remuneração ou ônus. No caso dos idosos que forem submetidos à biópsia de pele, no momento do exame pode ocorrer algum desconforto como: dor local, pequeno risco de sangramento, hiperemia no local.

Existem benefícios imediatos, já que os resultados desta avaliação servem como uma revisão médica gratuita, além de aquisição de informações e orientações sobre prevenção de doenças. Além disso, você participando desta pesquisa estará contribuindo na identificação de possíveis fatores que levam a maior predisposição às patologias e morbidades investigadas nesse projeto, possibilitando a melhoria do conhecimento e entendimento das mesmas, permitindo a prevenção e atenuação deste problema na nossa população.

Os pesquisadores envolvidos no Projeto garantem a você o direito a qualquer pergunta e/ou esclarecimentos mais específicos dos procedimentos realizados e/ou interpretação dos resultados obtidos nos exames. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Dr. Irênio Gomes da Silva Filho e/ou integrantes da equipe de pesquisa pelo telefone (51) 3320 5120, e como Comite de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saude (CEPSMS) pelo telefone (51) 32895517 / 91441379.

Após ter recebido todas as informações relacionadas ao estudo eu, _____ portadora da CI _____ certifico que o responsável pelo projeto, Irenio Gomes da Silva Filho ou um da equipe de pesquisadores, responderá a todas as minhas perguntas sobre o estudo e minha condição, e eu, voluntariamente.

Nome do Paciente: _____
Assinatura do Paciente/Representante Legal: _____

Pesquisador(a) Responsável: _____
Assinatura: _____

Nome da Testemunha: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Data__/___/__

Observação: O presente documento baseado no item IV das Diretrizes e Normas Regulamentadoras para a pesquisa em saúde, do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 196-96), será assinado em suas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do Paciente ou de seu Representante Legal e outra com o Pesquisador Responsável.

Termo de Consentimento
Versão autorizada
CEP/SMS
26/10/2010

ANEXO 5 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP-1556/11

Porto Alegre, 21 de outubro de 2011.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05629 intitulado **"Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso acompanhados em um serviço de geriatria de um hospital universitário"**

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Carla Helena Augustin Schwanke
IGG
Nesta Universidade

PUCRS
Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3ºandar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO 6 – ADENDO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-536/12

Porto Alegre, 18 de maio de 2012.

Senhora Pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou o Adendo encaminhado ao CEP em 11 de maio de 2012, referente ao seu protocolo de pesquisa intitulado **"Prevalência da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em idosos portadores de síndrome metabólica acompanhados em um serviço de geriatria de um hospital universitário"**, solicitando a permissão de integrar a equipe do estudo **"Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família (ESF) do município de Porto Alegre".**

Atenciosamente,

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Carla Helena Augustin Schwanke
IGG
Nesta Universidade

PUCRS
Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3ºandar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO 7 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA PUCRS (EMISUS)

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-127/10

Porto Alegre, 26 de janeiro de 2010.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 10/04967 intitulado **"Estudo epidemiológico e clínico dos idosos atendidos pela estratégia de saúde da família (ESF) do município de Porto Alegre"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.
Prof. Irenio Gomes da Silva Filho
IGG
Nesta Universidade

PUCRS
Campus Central
Av. Ipiranga, 6690 – 3ºandar – CEP: 90610-000
Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345
E-mail: cep@pucrs.br
www.pucrs.br/prppg/cep

ANEXO 8 – APROVAÇÃO DO CEP DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Irenio Gomes da Silva Filho
Equipe executora: Alfredo Cataldo Neto, Carla Helena Augustin Schwanke, Geraldo Attílio de Carli, Karin Viegas, Maria Gabriela Valle Gottlieb, Rodolfo Herberto Schneider, Elen Maria Bandeira Borba.
Registro do CEP: 499 **Processo** Nº. 001.021434.10.7
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde – todas as Gerencias Distritais
Utilização: TCLE
Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou o processo N 001.021434.10.7, referente ao projeto de pesquisa: "**Estudo epidemiológico e clinico dos idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do municipio de Porto Alegre**", tendo como pesquisador responsável Irenio Gomes da Silva Filho cujo objetivo é "Analisar a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), infecto-parasitárias, alterações nutricionais, antropométricas, cutâneas e marcadores genéticos e bioquímicos oxidativo em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Porto Alegre".

Subprojeto 1 : **PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO DE DEMÊNCIA EM IDOSOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE.** Cujo objetivo a) Validar um instrumento de identificação de demência para idosos de baixa renda e escolaridade, que possa ser aplicado por agentes comunitários de saúde em populações. b) Determinar a prevalência de demência em idosos atendidos pelo programa de saúde da família do município de Porto Alegre. c) Identificar fatores de risco para demência em uma população de baixa renda. d) Criar uma coorte de pacientes com demência, que será acompanhada no ambulatório de neuropsiquiatria do IGG. e) Desenvolver um banco de dados para acompanhamento dos pacientes atendidos no ambulatório de neuropsiquiatria do IGG

Subprojeto 2 : **IDENTIFICAÇÃO DE MARCADORES GENÉTICOS E BIOQUÍMICOS DO METABOLISMO OXIDATIVO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS EM IDOSOS.** Cujo objetivo a) Determinar a prevalência das seguintes DCNT na população de idosos atendidos pelo Programa de Saúde da Família da Secretaria de Saúde do Município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul:- doenças neurodegenerativas (doença de Alzheimer, demência vascular, doença de Parkinson), - síndrome metabólica (SM), - doença cardiovascular diagnosticada previamente, - osteopenia/osteoporose, - diabetes mellitus tipo 2. b) Determinar as freqüências gênicas e genotípicas do polimorfismo do gene da SOD2 em idosos com DCNT. c) Determinar os níveis de marcadores do estresse oxidativo (TBARS, enzimas antioxidantes SOD2, catalase e glutationa-peroxidase, carbonilação de proteínas, LDLox, antiLDL-ox, polifenóis totais e dano de DNA por teste cometa) em idosos com DCNT. d) Verificar se existe associação entre o polimorfismo do gene da SOD2 e DCNT em idosos. e) Verificar se existe associação entre o polimorfismo do gene da SOD2 e os marcadores do estresse oxidativo em idosos com DCNT. f) Verificar se existe associação entre do polimorfismo do gene da SOD2 e dos marcadores do estresse oxidativo com o estilo de vida (dieta e atividade física) em idosos com DCNT. g) Determinar os valores preditivos, na população, dos marcadores identificados, que tenham potencial uso para o diagnóstico precoce das DCNT em idosos.

Subprojeto 3: **PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES ENTEROPARASITÁRIAS NA POPULAÇÃO IDOSA ATENDIDA PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CIDADE DE PORTO ALEGRE.** Cujo objetivo : a) Avaliar a prevalência de idosos infectados por enteroparasitos e descrever os enteroparasitos encontrados através do exame parasitológico de fezes (EPF). b) Avaliar a prevalência de anemia e eosinofilia nos idosos infectados por interoparasitos através da análise do hemograma. c) Relacionar as condições socioeconômicas e hábitos de higiene com a prevalência de idosos infectados por enteroparasitos através de questionário.

ANEXO 9 – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA REVISTA

UOL Assine 0800 703 3000 SAC Bate-papo E-mail E-mail Grátis Notícias Esporte Entretenimento Mulher Rádio Vídeo Shopping

Olá, **cb.jacondino**! Sair
Configurações | Ajuda

UOL Mail

Trabalho e Renda em Casa? - Resultados como nunca viu! Proposta grátis p/ Pelotas
Trabalhe em Casa Agora! - R$ 1.200,00 para envelopar cartas em Pelotas. Cadastre
Links Patrocinados

Escrever
Checar
Não há novas mensagens em Entrada. Última atualização às 16:49
Calendário
Calendário
« Anterior Próxima » **Voltar para lista (página 22)**
Responder Responder a todos Encaminhar Apagar

Spam

Mais ações...

Submissão Exibir detalhes

De:
Revista GaÃºcha de Enfermagem

Não mostrar mais esta mensagem

Cancelar Continuar
Camila Camila Bittencourt Jacondino,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO NAS DOENÇAS CARDIOMETABÓLICAS" para Revista Gaúcha de Enfermagem. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastanto logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito:
http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/author/submission/35855
Login: camila_j

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Revista Gaúcha de Enfermagem
Revista Gaúcha de Enfermagem

Revista Gaúcha de Enfermagem
http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem

Responder Responder a todos Encaminhar Apagar

Spam

Mais ações...
« Anterior Próxima »**Voltar para lista (página 22)**

adicionar / editar Contas

- cb.jacondino

- Entrada
- Enviados
- Rascunhos (58)
- Lixeira (54) esvaziar
- Quarentena (93)

- Busca rápida

- Não Lidos
- Destacados

- Pastas criar / editar

i. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4) [captura em 2009 Dez 22] Disponível em: HTTP://www.dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php