

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

TAMIRES SOARES DA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE ADESÃO MEDICAMENTOSA DO HOMEM IDOSO E SUA
CAPACIDADE FUNCIONAL**

PICOS-PIAUÍ

2014

TAMIRES SOARES DA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE ADESÃO MEDICAMENTOSA DO HOMEM IDOSO E SUA
CAPACIDADE FUNCIONAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí do Campus Senador Helvídio Nunes de Barros como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Francisca Tereza Galiza

PICOS-PIAUI

2014

Eu, **Tamires Soares da Silva**, abaixo identificado(a) como autor(a), autorizo a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação abaixo discriminada, de minha autoria, em seu site, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, a partir da data de hoje.

Picos-PI 14 de março de 2014.

Tamires Soares da Silva

Assinatura

FICHA CATALOGRÁFICA

**Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo**

S586r Silva, Tamires Soares da.
Relação entre adesão medicamentosa do homem idoso e sua capacidade funcional / Tamires Soares da Silva. – 2013.
CD-ROM : il. ; 4 ¼ pol. (54 p.)
Monografia(Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Picos, 2013.
Orientador(A): Profa.MSc. Francisca Teresa de Galiza
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Saúde do Homem. 3. Adesão à Medicação. 4. Dependência I. Título.

CDD 613.0420 34

TAMIRES SOARES DA SILVA

**RELAÇÃO ENTRE ADESÃO MEDICAMENTOSA DO HOMEM IDOSO E SUA
CAPACIDADE FUNCIONAL**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem do
Campus Senador Helvídio Nunes Barros, da Universidade Federal do Piauí,
como requisito para obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 27/02/14

BANCA EXAMINADORA:

Francisca Tereza de Galiza

Prof^a. Ms. Francisca Tereza Galiza

Presidente da Banca

Sery Nelly Santos Lima Cruz

Prof^a. Sery Nelly Santos Lima Cruz

2^o. Examinador

Eduardo Carvalho de Souza

Enf. Eduardo Carvalho de Souza

3^o. Examinador

Dedicatória

À minha família, mãe, pai e irmãos que sempre foram os maiores incentivadores nesta minha caminhada. Ao meu namorado pelo apoio e incentivo desde o início. À minha orientadora, Profa. Francisca Tereza Galiza, por todos os ensinamentos e pela imensa paciência.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus e Santa Cruz dos Milagres** por estarem sempre iluminando todas minhas trajetórias e momentos.

Ao meu pai **Tadeu Soares da Silva** e minha mãe **Rosa Soares de Almeida Silva** por me ensinarem que na vida podemos realizar nossos sonhos desde que tenhamos força de vontade e humildade para aprender.

Ao meu namorado **Kilson Fernando**, pelo amor, carinho, companheirismo e incentivo.

Aos meus irmãos, **Tadeu Filho e Thiago Soares**, que sempre fizeram acreditar em minhas capacidades.

Aos meus sobrinhos **Luís Gustavo e Pedro Henrique**, por terem iluminado minha vida, com seus nascimentos, durante período de graduação.

A todos **meus familiares e amigos** que fazem parte da minha vida e que, de alguma forma, contribuíram para concretização do meu sonho.

À minha orientadora **Profa. Francisca Tereza Galiza**, por acreditar no meu empenho na realização deste trabalho, pelo aprendizado, apoio e companheirismo.

Às minhas colegas de curso, em especial **Iolanda, Mayara e Mariana**, pela amizade e companheirismo.

À todos, muito obrigada!

RESUMO

A importância do tema abordado se constitui na sensibilização e reflexão do estudo da capacidade funcional no sentido de orientar a adesão ao cuidado à saúde do homem idoso buscando viabilizar maior divulgação e conhecimento dos fatores que isso norteia. O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre a capacidade funcional do homem idoso atendido na atenção primária com a adesão ao tratamento medicamentoso. Trata-se de um estudo analítico e transversal, com abordagem quantitativa, cujos dados foram coletados nas Estratégias de Saúde da Família de Picos-PI. A amostra foi constituída por 97 idosos do sexo masculino. O período de coleta dos dados correspondeu a outubro de 2013 a janeiro de 2014. Foram aplicados um formulário e dois instrumentos, o formulário foi aplicado para coletar características sociodemográficas, clínicas e dados relacionados à terapêutica medicamentosa, o primeiro instrumento foi teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e o segundo instrumento foi da Atividades de Vida Diárias(AIVD). Os dados foram digitados e analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí(UFPI) sob nº 119.837. Os resultados mostraram, a idade variou de 60 a 99 anos, com prevalência de idade acima de 60 a 69 anos (46,4%), constatou-se que maioria são casados (70,1%), reside com esposa (71,1%), sem escolaridade/analfabetos (36,1%), a renda familiar de dois salários mínimos (51,5%) e quanto a ocupação apresentaram-se aposentados (73,2%). Os diagnósticos mais referidos pelos idosos entrevistados foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (80,4%), Diabetes (13,4%), Hiperlipedemia (2,1%), Reumatismo (3,1%) e Mal de Alzheimer (1,0%). Evidenciou-se que 58,80% dos idosos são dependentes e 41,2% são independentes. Foi possível constatar que 86,60 % dos idosos apresentam adesão ao tratamento e 13,40 % não aderem ao tratamento medicamentoso. Assim, os dados que se referem à mensuração da capacidade funcional dos idosos homens investigados indicam dependência por parte dessa parcela populacional, porém não interferindo no índice de adesão medicamentosa desses envolvidos. O enfermeiro, como membro da Estratégia de Saúde da Família, tem a função de conhecer os usuários da sua localidade, a fim de diagnosticar as necessidades e possíveis dificuldades para o tratamento. Conhecer os índices de adesão, grau de capacidade e as características sociodemográficas dos idosos, afim delimitar prioridades e traçar metas relacionadas ao tratamento dessa parcela populacional, afim de conseguir melhores índices de adesão medicamentoso e grau de independência para melhora o estilo de vida dos idosos.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Saúde do Homem. Saúde do Idoso. Dependência. Adesão à medicação. Enfermagem.

ABSTRACT

The importance of the subject is constituted in awareness and reflection study of functional ability in guiding adherence to health care for the elderly man seeking facilitate greater dissemination and knowledge of factors that guides them. The aim of this study was to analyze the relationship between the functional capacity of the elderly man attended in primary care with adherence to drug treatment. This is an analytical and cross-sectional study with a quantitative approach, data were collected on the Family Health Strategies Picos-PI. The sample consisted of 97 elderly males. The period of data collection corresponded to October 2013 to January 2014. A form and two instruments were administered, the questionnaire was administered to collect sociodemographic, clinical and related to drug therapy, data characteristics was the first instrument of Measure Adherence to Treatment (MAT) test and the second instrument was the Activities of Daily Living (IADL). Data were entered and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20.0. The research design was approved by the Federal University of Piauí Research Ethics Committee (UFPI) as n^o 119 837. The results showed, the age ranged from 60 to 99 years, with a prevalence of age 60-69 years (46.4%), it was found that most are married (70.1%), resides with wife (71. 1%), uneducated / illiterate (36.1%), family income of two minimum wages (51.5%) and presented as the occupation is retired (73.2%). The most frequent diagnoses were interviewed by the elderly: Hypertension (80.4%), diabetes (13.4%), hyperlipidemia (2.1%), Rheumatism (3.1%) and Alzheimer's disease (1.0 %). It was observed that 58.80% of the elderly are dependent and 41.2% are independent. It was found that 86.60% of the elderly have treatment adherence 13.40% did not adhere to drug treatment. Thus, the data refer to the measurement of functional capacity of older men surveyed indicate dependency of this part of the population, but not interfering with the rate of medication adherence of those involved. The nurse, as a member of the Family Health Strategy, has the function to meet users of your location in order to diagnose the needs and potential obstacles to treatment. Meet compliance rates, degree of ability and socio-demographic characteristics of the elderly in order define priorities and set goals related to the treatment of this population parcel in order to achieve better rates of medication adherence and degree of independence to improve the lifestyle of the elderly.

Keywords: Primary Health Care. Men's Health Health of the Elderly. Dependence. Medication adherence. Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Distribuição numérica e percentual das características sociodemográficas dos homens idosos atendidos nas UBS. Picos-Pi, 2014	29
Tabela 2	Distribuição numérica e percentual das características clínicas dos homens idosos atendidos nas UBS. Picos-PI, 2014	30
Tabela 3	Distribuição numérica e percentual dos fatores relacionados à terapêutica medicamentosa dos homens idosos. Picos-PI, 2014	32

Figura 1	Distribuição percentual dos idosos atendidos em UBS quanto a capacidade funcional. Picos-PI, 2014.	31
Figura 2	Avaliação da adesão medicamentosa dos idosos atendidos em UBS. Picos-PI, 2014.	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica em Saúde

AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diárias

AVD - Atividade de Vida Diária

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê Ética em Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

IBGE - Instituto Nacional de Geografia e Estatística

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

MAT- Medida de Adesão ao Tratamento

MS - Ministério da Saúde

PI - Piauí

PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPI - Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS.....	16
2.1	GERAL.....	16
2.2	ESPECÍFICOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Envelhecimento Populacional e seu Impacto na Capacidade Funcional	17
3.2	O Papel do Enfermeiro na Atenção Primária ao Idoso.....	20
3.3	A Adesão ao Tratamento medicamento do Homem Idoso na Atenção Primária.....	22
4	METODOLOGIA	25
4.1	Tipo de Estudo	25
4.2	Período e Local da Realização do Estudo.....	25
4.3	População/ Amostra da Pesquisa.....	26
4.4	Coleta de Dados	26
4.5	Análise de Dados	28
4.6	Aspectos Éticos e Legais	28
5	RESULTADOS.....	29
5.1	Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Idosos	29
5.2	Identificação do Grau da Capacidade Funcional dos Idosos.....	31
5.3	Avaliação da Adesão ao Tratamento Medicamentoso dos Idosos	31
6	DISCUSSÃO	35
7	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICES	44
	APÊNDICE A- Instrumento para Coleta de Dados Sociodemográficos e Clínicos	45
	APÊNDICE B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	48

ANEXOS	51
ANEXO A- Medida de Adesão ao Tratamento (MAT).....	52
ANEXO B- Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody	53
ANEXO C- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	54

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento da população no mundo e no Brasil está ocorrendo de forma acelerada, ocasionado principalmente por causa das grandes transformações sofrida pelo homem nos últimos tempos. A queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida correspondem a mudanças na área da atenção à saúde e com isso gerando desafios que precisam ser capazes de promover o envelhecimento saudável e melhoria na qualidade de vida das pessoas.

O Brasil envelhece rapidamente. A expectativa média de vida se amplia de tal forma que grande parte da população atual irá alcançar a velhice, tendo como fatores as transformações demográficas ocorridas que si assemelham aos países mais desenvolvidos. Juntamente a isto, a morbidade acompanha o processo natural da vida, assim a população brasileira reportou ser portadora, de pelo menos uma doença crônica, atingindo um valor de 75,5% entre os idosos (BRASIL, 2009).

Envelhecer constitui um processo lógico da vida, dentre os quais está relacionado com o início e término da vida, que tem no processo fisiológico a interação para o crescimento e desenvolvimento. O envelhecimento surge com o passar do tempo, onde o corpo perde capacidade sobre diversos fatores como de stress, físicos ou ambientais. O envelhecimento pode ser entendido como um processo dinâmico e progressivo, caracterizado tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, quanto por modificações psicológicas (FERREIRA et al., 2012).

O estilo de vida do idoso associado ao processo de envelhecimento pressupõe o surgimento de uma condição crônica que envolve fatores de risco sociais, psicológicos, ambientais, comportamentais e biológicos, que levam a uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo idoso devido as suas limitações podendo causar fragilidade ao mesmo.

O declínio funcional acarreta incapacidades comuns nos idosos sendo, portanto, um indicador importante de saúde e o ponto inicial para uma avaliação minuciosa da funcionalidade, a qual pode ser avaliada por meio de instrumentos padronizados, como testes cognitivos e de avaliação das Atividades de Vida Diária (AVD) e Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), dentre outros, que permitem a investigação de saúde de cada indivíduo (GARBACCIO; GARCIA; CÂNDIDA, 2013).

Nesse contexto, as informações geradas pela avaliação da capacidade funcional possibilitam conhecer o perfil dos idosos, usando-se instrumento simples e útil, que pode auxiliar na definição de estratégias de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e intervenções com cuidados mais focados na saúde dos idosos (NUNES et al., 2009).

Para isso é necessário que procurem os serviços nos mais variados níveis de atenção à saúde, pois a capacidade funcional pode ocasiona uma diminuição no autocuidado á saúde e diminuição a adesão ao tratamento em pacientes com problemas crônicos.

A adesão ao tratamento compreende uma atividade conjunta em que o paciente, no caso o idoso deve junto com o profissional de saúde tentar implementar ações de combate a doenças crônicas, visto que deve haver uma interação entre toda equipe de saúde e o paciente no autocuidado.

A não adesão ao tratamento farmacológico está associada não somente a tomar ou não tomar remédios, mas como o cliente “gerencia” sua terapêutica: conduta em relação à dose, horário, frequência e duração (HELENA; NEMES; NETO, 2008). Consistindo isso num dos fatores para a não adesão ao tratamento medicamentoso que estão relacionados à pessoa sob tratamento, à doença, ao tratamento, aos serviços de saúde e ao apoio social (COLOMBRINI; COLETA; LOPES; 2008).

A doença crônica, via de regra, requer mudanças no estilo de vida, especialmente entre os idosos, além do acompanhamento da evolução do quadro clínico que, se não controlado adequadamente, tende a agravar o prognóstico. O aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, na idade avançada, coloca os idosos no grupo etário mais medicalizado da sociedade (CINTRA; GUARIENTO; MIYASAKI, 2010).

O idoso tem resistido em aderir ao tratamento, em específico o homem idoso, que muitas vezes não busca os serviços de saúde dificultando o controle de sintomas quanto na manutenção da capacidade funcional, tendo implicações importantes na sua qualidade de vida.

Vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (BRASIL, 2009). A alta mortalidade na população masculina indica que os homens,

por barreiras socioculturais e barreiras institucionais experimentam riscos elevados à saúde e buscam os serviços de saúde, sobretudo de atenção primária, em menor frequência em relação às mulheres.

A pequena presença do homem nos serviços de saúde é associada a vários fatores como a pouca valorização com os cuidados à saúde, dificuldade de compartilhar seus sentimentos, medo da descoberta de alguma doença, os serviços de saúde primários são visto como espaços destinados ao público feminino e crianças e muita vezes recorrem aos serviços em estágio avançado da doença prejudicando sua qualidade de vida (BORGES, 2012).

O enfermeiro e os demais profissionais que atuam na atenção básica à saúde, podem desenvolver um papel importante, nesse contexto através de ações educativas de promoção da saúde e prevenção de doenças, esclarecendo dúvidas e incentivando a população masculina a se cuidar, bem como pensando estratégias que possam minimizar os efeitos sobre a saúde do idoso.

Em compreensão entre a inter-relação da capacidade funcional e adesão, seus aspectos e características: Quais são as principais características sociodemográficas e clínicas no idoso do sexo masculino atendido na atenção primária? Existe relação da capacidade funcional do homem idoso com adesão ao tratamento medicamentoso?

A importância do tema abordado se constitui na sensibilização e reflexão do estudo da capacidade funcional no sentido de orientar a adesão ao cuidado à saúde do homem idoso buscando viabilizar maior divulgação e conhecimento dos fatores que isso norteia.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a relação entre a capacidade funcional do homem idoso atendido na atenção primária com a adesão ao tratamento medicamentoso.

2.2 Específicos

- Descrever as principais características sociodemográficas e clínicas no idoso do sexo masculino atendido na atenção primária.
- Identificar o grau da capacidade funcional para realização AIVD dos homens idosos atendidos na Estratégia de Saúde da Família.
- Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos na atenção primária.

3 REVISÃO DE LITERATURA

O envelhecimento pode afetar o bem estar dos idosos, principalmente do gênero masculino, quando sua capacidade funcional está comprometida devido as doenças crônicas, pois os homens engajam-se menos comportamentos preventivos, preocupações com o autocuidado, aderem menos ao tratamento medicamentoso e procuram poucos os serviços de saúde. Neste contexto a enfermagem pode contribuir favorecendo o autocuidado, através da promoção da saúde, intervenções e orientado em relações aos serviços de saúde, com isso garantindo melhores condições de vida e saúde, de modo a propiciar um envelhecimento saudável.

3.1 Envelhecimento Populacional e seu Impacto na Capacidade Funcional

O Brasil apresenta uma mudança demográfica muito nítida nas últimas décadas (Wong & Carvalho, 2006). A população brasileira vem envelhecendo de forma rápida desde o início da década de 60 devido, principalmente, à rapidez com que decaí a taxa de fecundidade (Veras, 2007). De acordo com dados recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), no Brasil observa-se um aumento continuado da população com idade igual ou superior a 65 anos na totalidade dos Estados, que correspondia a 4,8% em 1991, alcançando 7,4% em 2010 (FURTADO; ARAÚJO; SOARES, 2012).

A mudança demográfica fez com que a população passasse de um regime demográfico de alta natalidade e alta mortalidade para outro, com baixa mortalidade e baixa fecundidade. Iniciando um processo de regime contínuo de estreitamento da base da pirâmide etária e o envelhecimento populacional

A transformação da pirâmide etária deve-se a fatores como políticas de saneamento básico, ações de saúde pública, como por exemplo, às campanhas de vacinação na infância e, mais recente, na velhice, o modo de vida nas zonas urbanas, os métodos contraceptivos e aos avanços tecnológicos e científicos nas terapêuticas médicas. Esses fatores possibilitaram um aumento na expectativa de vida da população, ou seja, idosos vivendo por mais tempo, e conseqüentemente exigindo maior demanda de ações que visem promover e prolongar a sua qualidade e o seu tempo de vida (ARAÚJO, 2013).

O envelhecimento populacional embora seja uma das mais importantes mudanças demográficas no mundo, faz com que as políticas públicas existam sejam efetivadas, pois surge uma maior demanda por serviços de saúde, haja vista que o agravamento de doenças crônicas que geralmente surgem antes da velhice, contribuirá para o aparecimento de dificuldades nas AVDs, com interferência na sua autonomia e independência, resultando em maior e mais prolongado uso de serviços de saúde, maior consumo de medicamentos e exigindo cuidados permanentes.

De acordo com Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006), a população idosa, em sua maioria, possui baixo nível sócio-econômico e educacional e uma alta prevalência de doenças crônicas causadoras de limitações funcionais de incapacidade.

A perda da capacidade funcional e, conseqüentemente, da autonomia, é o principal problema que pode afetar os idosos. Dificuldades ou limitações na realização das atividades cotidianas podem levá-los a depender de outras pessoas, tanto por causa de enfermidades físicas como por doenças mentais, e ambas as condições constituem importantes fatores de risco à mortalidade e à perda de autonomia (MACEDO et al., 2012).

A presença de uma doença falta de autonomia, fatores culturais, socioeconômico e estilo de vida podem comprometer a capacidade funcional do indivíduo, afetando o bem estar e o processo de envelhecimento saudável.

Segundo Matos e Araújo (2009) o bem-estar da população idosa, baseia-se nas condições de vida ao longo da sua existência. A capacidade do idoso para manter capacidade de movimentação, acuidade auditiva e visual, saúde mental, autonomia e independência são, em parte, resultado de um adequado cuidado da saúde durante toda a vida, ou seja, ações de promoção da saúde por todas as fases vitais.

Na comparação de gênero masculino e feminino em relação aos cuidados gerais à saúde, os homens engajam-se menos comportamentos preventivos quando comparados às mulheres. Os modelos de masculinidade e a maneira como se dá a socialização masculina podem fragilizar ou até mesmo afastar os homens das preocupações com o autocuidado e com a busca pelos serviços de saúde.

Dentre as questões mais frequentemente consideradas estão os valores da cultura masculina, que envolvem tendências à exposição a riscos, associação da masculinidade à invulnerabilidade e também a própria educação familiar, a qual

orienta o homem para um papel social de provedor e protetor. Esta é uma cultura que tende a gerar modelos masculinos com baixa adesão a práticas de autocuidado e pode estimular o comportamento agressivo, violento e de descuido com ele mesmo (SILVA, 2012).

Portanto, envelhecer deve ser com saúde, livre de qualquer tipo de dependência funcional e incapacidades, exigindo promoção da saúde em todas as idades e gênero. Nesse contexto a enfermagem pode contribuir para elevação da qualidade de vida da população idosa, favorecendo o autocuidado através das intervenções de saúde relacionadas ao grupo de idosos, com isso garantindo melhores condições de vida e saúde, de modo a propiciar um envelhecimento saudável.

3.2 O Papel do Enfermeiro na Atenção Primária ao Idoso

A Atenção Básica à Saúde (ABS) é um espaço privilegiado para aplicação das práticas de cuidado pelos profissionais de saúde, principalmente pelo enfermeiro, pois através dela é possível identificar de modo aproximado as principais necessidades da população e, com isso elaborando uma assistência mais adequada e coerente na prestação de saúde como um todo, contribuindo desse modo para boa qualidade de vida.

Devido a um grande aumento no número de idosos, dentre outros fatores, suscita a necessidade de retomar as discussões que permeiam a crise no setor saúde. Nesta perspectiva, visando implementar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) instituiu a Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994. A partir de então a atenção básica passa a ser esquematizada de forma diferenciada com o intuito de desenvolver ações que visem à promoção, proteção, recuperação da saúde e a prevenção de doenças (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

A ESF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliar possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. A efetiva inserção do idoso em Unidades de Saúde, sobretudo aquelas sob a ESF, pode representar para ele o vínculo com o sistema de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Para Rinaldi et al. (2013) o fato da população idosa brasileira estar crescendo de forma considerável nos últimos anos, gera a necessidade de se enfatizar a importância das ações de promoção da saúde, a manutenção da autonomia e a valorização das redes de suporte social, o que traz impactos nas diversas formas de se prestar assistência aos idosos, assim como de se rever as ações de enfermagem para com essa parcela da população.

Porém, promover a saúde não tem sido tão fácil, é necessário mais do que o acesso a serviços médicos-assistenciais de qualidade, é preciso enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população, ou seja, é necessário trabalhar a ideia que promover a saúde é um dever de todos (RINALDI et al., 2013).

Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, que atuam na atenção primária são os que mantêm maior contato com os usuários dos serviços de saúde e têm grande potencial para identificar problemas e necessidades dos usuários, devido a isso possui um papel de extrema responsabilidade, a qual deverá estar devidamente qualificada para atender qualitativa e quantitativamente as necessidades individuais e coletivas de todas as pessoas, e em especial à população idosa.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o enfermeiro deve estar preparado para estabelecer uma comunicação que sirva como instrumento tanto no processo preventivo como no processo terapêutico. A melhoria da qualidade da assistência é almejada quando se estabelece uma comunicação efetiva com o usuário, percebendo nas formas de expressão, verbal e não-verbal, as suas necessidades de saúde (HADDAD et al., 2011).

Segundo Gurgel et al. (2011), a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade. O cuidar/cuidado de Enfermagem está centrado na lei do exercício profissional e no Código de Ética de Enfermagem; e sua atuação compreende a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com autonomia e em consonância com os preceitos legais éticos e as políticas públicas de saúde.

Os enfermeiros têm o compromisso com os idosos, de ajudá-los e de conseguir um êxito no cuidado de acordo com as possibilidades do conhecimento técnico-científico, das capacidades humanas, do contexto profissional e dos recursos disponíveis. Têm um compromisso, também, de respeitar e fazer respeitar os princípios de cada idoso, bem como a maneira expressar o significado da velhice e envelhecer para cada um dos idosos (FREITAS; QUEIROZ; SOUSA, 2010).

Portanto, os enfermeiros devem está capacitados para compreender as modificações e atender as especificidades que ocorrem na saúde do idoso, afim de melhorar a assistência e promover um envelhecimento mais ativo e participativo.

3.3 A Adesão ao Tratamento Medicamentoso do Homem Idoso na Atenção Primária

As ações de atenção à saúde do homem voltadas à prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção, promoção e proteção da saúde que caracteriza atos da atenção básica, tem representado um desafio para os profissionais da área da saúde, pelo fato de que a presença dos homens nos serviços de saúde ser menor do que a das mulheres, refletindo assim no perfil de morbidade e mortalidade dos indivíduos do sexo masculino.

Segundo o MS, os homens são mais vulneráveis às doenças sobretudo enfermidades graves e morrem mais homens que mulheres, muitas dessas mortes poderiam ser evitadas, se não fosse a resistência masculina frente à procura pelos serviços de saúde.

Os condicionantes dessa resistência têm perpassado historicamente por diferentes aspectos, entre os quais se destacam os sócio culturais ligados ao gênero e às questões vinculadas aos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, são várias as suposições referentes a pouca adesão do homem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O MS afirma, que em relação aos fatores socioculturais, a resistência deriva do fato de a doença ser considerada um sinal de fragilidade, que os homens não reconhecem como intrínseco à sua condição biológica; por sua vez, os fatores institucionais, remetem aos horários de funcionamento e dinâmica dos serviços que, geralmente, são incompatíveis com as atividades laborais masculinas (FONTES et al., 2011; BRASIL, 2008).

Os fatores são associados à própria socialização dos homens, em que o cuidado não é visto como uma prática masculina, e também outros fatores como horários de atendimento nas UBS, medo de descobrirem outras doenças e a questão de muitas vezes o atendimento ser feito por pessoas do sexo feminino, o que cria uma barreira a mais na questão do cuidado. A compreensão dessas barreiras é importante para a criação de medidas que possam promover o acesso desta população aos serviços de atenção primária com o intuito de garantir a prevenção e a promoção de saúde (BRASIL, 2008).

A pequena presença homem nos serviços de saúde está relacionada que a população masculina não se reconhece como alvo do atendimento de programas

de saúde, devido às ações preventivas serem dirigidas quase que exclusivamente para mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

Os serviços de saúde também são considerados incapazes em atender a demanda apresentada pelos homens, em virtude da sua organização a qual não estimula o acesso da população masculina aos serviços de saúde e também das próprias campanhas de saúde pública que quase sempre não se voltam para este segmento (GOMES, 2007).

A falta de atenção primária ao público masculino impõe aos homens apenas a procura por assistencial especializada, geralmente, quando muitas vezes o quadro já não tem mais solução. Nesses casos, alguns tendem a buscar medidas que não requerem muito tempo, como automedicação ou orientações de farmacêuticos. Isto demonstra que a procura dos homens pelos serviços de saúde ocorre na presença de uma patologia já instalada.

Com isso, tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças (BRASIL, 2008).

Os medicamentos representam um insumo importante para o cuidado em saúde e são parte integrante da maioria das propostas terapêuticas. No entanto, para que os resultados esperados sejam alcançados, é preciso que o paciente seja aderente ao tratamento, sendo a adesão, à prescrição medicamentosa um dos indicadores da efetividade dos serviços e programas de saúde (JÚNIOR AUGUSTO, 2013).

Para melhorar a relação entre o homem e os serviços de APS, o Ministério da Saúde formulou uma Política Nacional que objetiva nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o auto cuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) está engajada com a Política Nacional de Atenção Básica, a qual é a o acesso ao SUS, e com as estratégias de humanização em saúde, em concordância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde,

privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas (BRASIL, 2008).

A PNAISH é regida pelos seguintes princípios: universalidade e equidade nas ações e serviços, humanização e qualificação da atenção à saúde garantindo a promoção e proteção dos seus direitos, co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida desta população, orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos das enfermidades masculinas.

A política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

Na Atenção Básica à Saúde (ABS), o enfermeiro tem como papel a reeducação da sociedade em relação aos estigmas socioculturais e institucionais, promovendo assim o acesso dos homens serviços de saúde como eixos necessários e fundamentais de intervenção (PIZZOLATO et al.,2012).

A enfermagem deve operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o homem e a família em relação aos serviços de saúde a serem prestados (CASTRO; PEREIRA, 2011).

Portanto, torna-se importante e necessário que as concepções das barreiras sócio-culturais e institucionais sejam mudadas, promovendo ao homem, o acesso aos serviços de atenção primária, a fim de prevenir mudanças necessárias.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo analítico e transversal, com abordagem quantitativa. Estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (COSTA; BARRETO, 2003).

O estudo transversal são investigações que produzem instantâneos da situação de saúde de uma população com base na avaliação do estado de saúde de cada um dos membros (ROUQUAYROL; GORGEL, 2013).

Quanto ao estudo quantitativo, traduz em forma numérica as informações e opiniões dos entrevistados, a fim de analisá-las e classificá-las. O pesquisador busca a relação entre causa-efeito dos fenômenos estudados, sendo assim, estudando-os de forma mais aprofundada, com a interpretação das suas particularidades, comportamentos e atitudes (PRODANOV; FREITAS, 2009).

4.2 Período e Local de Realização do Estudo

O estudo foi realizado de julho de 2013 a fevereiro de 2014

O local de realização da pesquisa foi nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) da cidade de Picos-PI. Constituída pelo um total de 30 equipes da ESF, distribuída em 20 unidades na zona urbana e 10 na zona rural, segundo informação da Secretaria Municipal de Saúde.

O município de Picos-PI possui população de aproximadamente 73.414 habitantes, com 534,715 Km² da unidade territorial e 137,30 hab/Km² de densidade demográfica, de acordo com dados do do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

A escolha está baseada na oportunidade e conveniência que o pesquisador tem para realizar o estudo.

4.3 População/Amostra da Pesquisa

Segundo dados fornecidos pela Secretaria de Saúde da cidade de Picos-Pi, nos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do ano de 2012, foram atendidos pela ESF um total de 9057 idosos, desses 3970 pertencentes ao sexo masculino e 5087 ao feminino. Na zona urbana, foram atendidos 2773 idosos homens e 3771 idosas.

A amostra para a pesquisa foi constituída por idosos do sexo masculino, ou seja, pessoas com idade igual ou acima de 60 anos segundo preconiza o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Os idosos buscaram o serviço de atenção primária no período de coleta de dados.

A amostra deveria ser de 2773 idosos de acordo com cálculo da fórmula para população finita (POCOCK, 1989), conforme se verificar abaixo:

$$n = \frac{t_{5\%}^2 * P * Q * N}{e^2 (N - 1) + t_{5\%}^2 * P * Q}$$

Na fórmula indicada, os símbolos/letras correspondem a: n é o quantitativo da amostra procurada, t_{5%} é o valor tabelado da distribuição t de Student para o qual considerou-se 1,96, P é a prevalência do evento, que foi de 50% em virtude do desconhecimento da real prevalência do evento, Q = 100 – P, e é o erro amostral fixado, que foi de 6% e N é a população considerada no estudo.

De acordo com os critérios de inclusão para compor a amostra dessa pesquisa foram: idosos do sexo masculino, atendidos pela equipe de saúde da ESF no período da coleta de dados, fazem uso de tratamento medicamentoso e aceitaram participar da pesquisa voluntariamente, a amostra final, portanto, foi de 97 idosos.

4.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de outubro de 2013 a janeiro de 2014, através de uma entrevista estruturada de forma individual baseada em um formulário e dois instrumentos que foram preenchidos pelo pesquisador participante do presente estudo. A entrevista foi realizada na ESF, onde os homens idosos foram convidados pelo pesquisador a participar da pesquisa.

O primeiro formulário aplicado trata da investigação das características sociodemográficas, dados clínicos e dados relacionados a adesão medicamentosa (APÊNDICE A).

O primeiro instrumento foi o teste de Medida de Adesão ao Tratamento – MAT (ANEXO A), que foi desenvolvido, adaptado e validado por Delgado e Lima (2001) em Lisboa, Portugal.

Este teste é composto por sete itens, dos quais 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al (1992) e o item 6, adaptado de Ramalhinho (1994). O presente instrumento é empregado para determinar a adesão ao tratamento farmacológico dado pelo prescritor. Aproximadamente metade dos entrevistados no estudo de Delgado e Lima (2001) respondeu às questões numa escala dicotômica (sim=0 ou não=1), e os demais responderam numa escala de Likert de seis pontos (que variava de sempre=1 e nunca=6). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa variável cujo valor expressa o nível de adesão ao tratamento. Em se tratando da resposta na escala dicotômica, o grau de adesão resulta da somatória dos valores de cada item. E na escala de Likert, o grau de adesão é gerado quando somado os valores de cada item e dividido pelo número de itens. Em ambos os casos, quanto maior o valor gerado, maior é o grau (nível) de adesão (CALIXTO, 2010).

Depois de obtidos os dados, as respostas de cada questão do MAT foram somadas e divididas pelo número total de questões. O valor encontrado após este cálculo será convertido em uma escala dicotômica. Essa escala dicotômica será construída para obter os clientes que apresentarem adesão ou não adesão ao tratamento farmacológico. Serão considerados como não aderentes aqueles que obtiverem valores entre 1 e 4, relacionados às respostas sempre, quase sempre, com frequência e as vezes. Para os denominados aderentes ao tratamento, serão considerados os valores obtidos 5 e 6 às respostas raramente e nunca (FARIA, 2008).

O segundo instrumento tratava das Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD) de Lawton e Brody(1969)(ANEXO B), que é um instrumento apropriado para avaliar a capacidade de viver de forma independente, avaliando oito funções para as mulheres sendo a capacidade para utilizar o telefone, fazer compras, preparar refeições, cuidar de casa, lavar roupa, modo de transporte, responsabilidade pela própria medicação e habilidade para lidar com dinheiro e

cinco funções para os homens pois, historicamente, para o homem as funções de preparar alimentos, cuidar de casa e lavar roupa estão excluídos (MENDES, 2008).

Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Para cada AIVD o idoso é classificado como Dependente (0 pontos) e Independente (1 ponto). A pontuação final resulta da soma da pontuação das 8 AIVD e varia entre 0 e 8 pontos (5 pontos no homem), correspondendo ao número de AIVD em que o idoso é independente (MENDES, 2008).

4.5 Análise de Dados

A análise de dados, objetiva identificar e obter informações acerca da coleta, respeitando critérios referentes a clareza na análise, encadeamento lógico de evidências, construção da explicação e comparação com a literatura científica (SUTEL, 2010).

Os dados coletados da pesquisa foram digitados e analisados utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Os dados foram agrupados em categorias, investigadas estatística descritiva e qui-quadrado e apresentados por meio de tabelas e gráficos.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, adotando as normas expressas na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre as questões éticas envolvendo pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996).

Aos participantes deste estudo foram explicados os objetivos da pesquisa e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) de acordo com as Normas e Diretrizes das pesquisas em seres humanos. Será garantido, ainda, o anonimato e a confidencialidade das informações, bem como, liberdade para participar ou desistir do estudo em qualquer momento, não ocasionando nenhum tipo de prejuízo ou complicação.

A pesquisa recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo C) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) sob nº 119.837.

5 RESULTADOS

Participaram do estudo 97 idosos do sexo masculino atendidos na atenção primária em saúde do município de Picos-PI. Com o intuito de facilitar a compreensão das análises para o alcance de cada objetivo, os dados obtidos no presente estudo serão apresentados seguindo a ordem: caracterização sociodemográfica e clínicas dos idosos; identificação do grau de capacidade funcional e avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos

5.1 Caracterização Sociodemográfica e Clínica dos Idosos

Na tabela 1 foram apresentados os resultados referentes às características sociodemográficas do idoso homem atendido na atenção primária.

Tabela 1. Distribuição numérica e percentual das características sociodemográficas dos homens idosos atendidos nas UBS. Picos-PI, 2014.

Variáveis	N	%
Faixa etária		
60- 69 anos	45	46,4
70- 79 anos	29	29,9
80-89 anos	21	21,6
90- 99 anos	2	2,1
Estado civil		
Solteiro	13	13,4
Casado	68	70,1
Viúvo	11	11,3
Divorciado	4	4,1
União Estável	1	1,0
Reside		
Esposa	69	71,1
Filho(a)	12	12,4
Neto(a)	2	2,1
Sozinho	11	11,3
Companheira	3	3,1
Escolaridade		
Sem escolaridade/ analfabeto	35	36,1
Sem escolaridade/alfabetizado	17	17,5
Ensino fundamental incompleto	32	33
Ensino fundamental completo	5	5,2
Ensino médio incompleto	2	2,1
Ensino médio completo	6	6,2
Renda familiar		
1 salário	26	26,8
2 salários	50	51,5
3 salários	14	14,4
4 salários	3	3,1
5 salários	4	4,1

Ocupação		
Desempregado	4	4,1
Aposentado	71	73,2
Trabalhador por conta própria	15	15,5
Trabalhador assalariado	7	7,2

Dos 97 idosos que responderam aos formulários, a idade variou de 60 a 99 anos, com prevalência de idade acima de 60 a 69 anos (46,4%), constatou-se que maioria são casados (70,1%), reside com esposa (71,1%), sem escolaridade/analfabetos (36,1%), a renda familiar de dois salários mínimos (51,5%) e quanto a ocupação apresentaram-se aposentados (73,2%).

Na tabela 2 correspondem às características clínicas dos idosos investigados, considerando as variáveis: diagnósticos médicos e medicação atual.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual das características clínicas dos homens idosos atendidos nas UBS. Picos-PI, 2014.

Variáveis	N	%
Diagnósticos		
Hipertensão Arterial	78	80,4
Diabetes	13	13,4
Hiperlipidemia	2	2,1
Reumatismo	3	3,1
Mal de Alzheimer	1	1,0
Medicação atual		
Inibidores da enzima conversora de angiotensina	63	64,9
Antagonistas dos receptores de angiotensina II	3	3,1
Bloqueador do receptor alfa-1 adrenérgico	1	1,0
Antagonistas beta-adrenérgicos	2	2,1
Diuréticos tiazidas	8	8,2
Diuréticos de alça	2	2,1
Sulfaniluréia	2	2,1
Biguanidas	10	10,3
Estatinas	2	2,1
Anti-inflamatórios não esteróides	3	3,1
Adamantano	1	1,0

Pode-se observar que os diagnósticos mais referidos pelos idosos entrevistados foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (80,4%), Diabetes (13,4%), Hiperlipidemia (2,1%), Reumatismo (3,1%) e Mal de Alzheimer (1,0%).

Em relação às medicações anti-hipertensivas em uso pelos portadores HAS 63 (64,9%) dos idosos faziam uso de inibidores da enzima conversora de

angiostensina: captopril e enalapril; 3 (3,%) antagonistas dos receptores de angiotensina II: losartana e valsartana; 1 (1,0%) bloqueador do receptor alfa-1 adrenérgico: mesilato de doxazosina; 2 (2,1%) antagonistas beta- adrenérgicos: propranolol; 8 (8,2%) diurético tiazida : hidroclorotiazida e 2 (2,1%) diurético de alça : furosemida.

Às medicações antidiabéticos em uso pelos idosos foram 2 (2,1%) sulfaniuréia: glibenclamida e 10(10,3%) biguanida: metformina. Para controle da hiperlipidemia foi 2 (2,1%) estatinas :sinvastatina, para reumatismo 3 (3,1%) antiinflamatório não esteróides: diclofenaco e para controle do mal de Alzheimer 1 (1,0%) adamantano : cloridrato de memantina.

5.2. Identificação do Grau da Capacidade Funcional dos Idosos

A identificação da capacidade funcional dos idosos na figura 1 foi realizada por meio do instrumento das Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD) de Lawton e Brody, desenvolvida para avaliação funcional do idoso. Para cada AIVD o idoso é classificado como dependente (0 ponto) ou independente (1 ponto). Para o idoso do sexo masculino a pontuação final resulta da soma da pontuação das 5 AIVD, considerando as questões de gênero relevantes no preenchimento do instrumento, e varia entre 0 e 5 (independente).

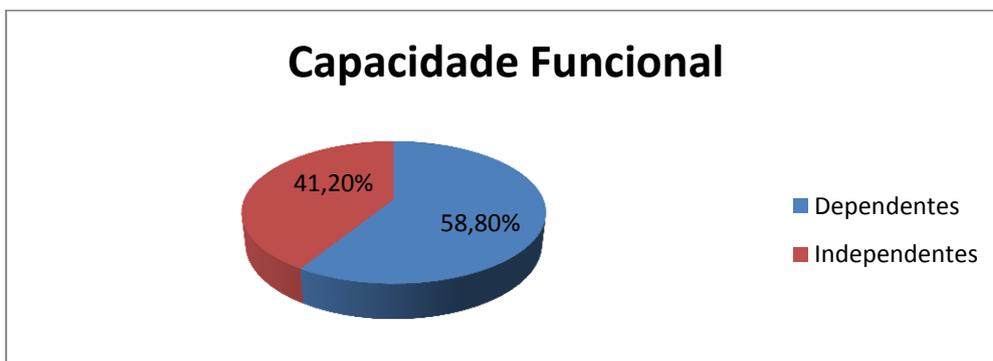


Figura 1. Distribuição percentual dos idosos atendidos em UBS quanto à capacidade funcional. Picos-PI, 2014.

Evidenciou-se que 58,80% dos idosos são dependentes e 41,2% são independentes para AIVD.

5.3 Avaliação da Adesão ao Tratamento Medicamentoso dos Idosos

A avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso na figura 2 foi realizada por meio do teste de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT), que avalia se idoso

apresenta adesão ou não adesão ao tratamento farmacológico e pelos fatores relacionados à terapêutica medicamentosa.

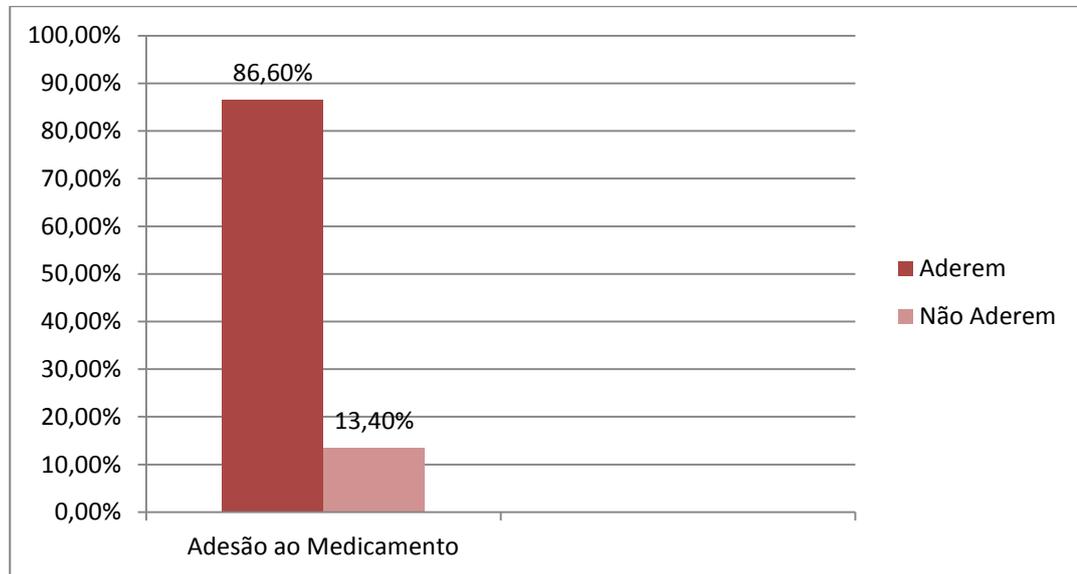


Figura 2. Avaliação da adesão medicamentosa dos idosos atendidos em UBS. Picos-PI, 2014.

Foi possível constatar que 86,60 % dos idosos apresentam adesão ao tratamento e 13,40 % não aderem ao tratamento medicamentoso.

Em relação aos fatores relacionados à terapêutica medicamentosa serão apresentados na tabela 3 os seguintes resultados: relacionados ao controle sobre doenças, local de obtenção do medicamento, dificuldades para obtenção dos medicamentos, atitude frente à decisão de tomar os medicamentos e orientações e explicações sobre como tomar medicamentos.

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual dos fatores relacionados à terapêutica medicamentosa dos homens idosos. Picos-PI, 2014.

Variáveis	N	%
Como o senhor considera o controle que faz sobre sua(s) doença(s)?		
Bom	61	62,9
Aceitável	26	26,8
Ruim	10	10,3
Onde o senhor obtém a(s) medicação(ões) que faz uso?		
Recursos próprios	21	21,6
Farmácia da rede pública	75	77,3
O senhor teve alguma vez dificuldade para obter remédios?		

Sim	18	18,6
Não	52	57,7
NS	23	23,7
O senhor já apresentou dificuldades financeiras para adquirir remédios?		
Sim	3	3,1
Não	13	13,4
NS	81	83,5
Como é para senhor tomar remédios todos os dias?		
Bom	67	69,1
Aceitável	23	23,7
Ruim	6	6,2
Péssimo	1	1,0
Como o senhor se sente ao tomar dois ou mais remédios, ou até mesmo um remédio mais de uma vez ao dia?		
Bem	86	88,7
Indiferente	2	2,1
Ruim	8	8,2
Péssimo	1	1,0
O senhor recebeu orientações sobre “como tomar seus remédios?”		
Sim	96	99,0
Não	1	1,0
O senhor ficou satisfeito com as explicações sobre a tomada dos remédios?		
Sim	91	93,8
Não	6	6,2

Dos 97 idosos investigados 61 (62,9%) considera bom, 26 (26,8%) aceitável e 10 (10,3 %) ruim o controle que faz sobre as doenças.

Quanto ao local de obtenção dos medicamentos, 75 (77,3%) dos idosos obtém seus medicamentos em farmácia da rede pública e 21 (21,6%) por recursos próprios. Em relação às dificuldades para obtenção dos medicamentos, a maioria 52% referiu não ter dificuldade para obter remédios e 18 % referiu ter dificuldade. Quanto a dificuldade financeira 83,5% não relataram sobre assunto.

Analisando a atitude dos idosos frente à decisão de tomar os medicamentos todos os dias, 67 (69,1%) consideram bom e 23(23,7%) consideram aceitável. Em

relação ao tomar dois ou mais medicamentos, ou até mesmo um medicamento mais de uma vez ao dia, a maioria 86 (88,7%) consideram bem.

Os dados obtidos quanto às orientações sobre como tomar os medicamentos 96 (99%) dos idosos recebeu orientações em relação as explicações sobre “ a tomada dos remédios 91 (93,8) mostraram-se satisfeitos e 6 (6,2%) não satisfeitos.

6 DISCUSSÃO

Os idosos estudados encontram-se entre uma faixa etária de 60 e 69 anos. De acordo com Veras (2005), a pessoa com faixa etária entre 60 e 69 anos é idoso jovem, entre 70 a 79 anos é denominado de meia idade, e com idade igual e maior que 80 anos são chamados de idoso velho, com extremo.

Constatou-se um predomínio de idosos com faixa etária mais jovem na pesquisa. Deve-se considerar que estes sujeitos podem apresentar algum tipo de comprometimento de sua capacidade funcional, mas ainda são ativos e desenvolvem muitas atividades, sendo capazes de manterem-se assim por mais tempo, se forem devidamente assistidos e incluídos em programas específicos de atenção e cuidados preventivos.

Em relação ao estado civil a maioria eram casados. De acordo com Sá et al. (2011), o estado civil possui influência direta no cuidado do indivíduo, tanto subjetivo como objetivo, uma vez que o apoio da família é um dos fatores condicionantes do autocuidado.

Dos idosos pesquisados, 35 (36,1%) são analfabetos e 32 (33%) têm ensino fundamental incompleto. A prevalência de idosos com baixo nível de escolaridade, no país, ainda é elevada. O baixo nível de escolaridade predispõe os idosos a maiores riscos para apresentarem problemas de saúde e, como consequência ao declínio funcional (STORT, 2013).

O livre acesso à informação viabilizado pela alfabetização da população leva a um melhor acesso e utilização dos serviços de saúde, além de um conhecimento de como evitar os fatores de risco para saúde ao longo da vida, e assim facilita a autonomia e redução de dependência do idoso.

No que se refere à fonte de renda, 71(73,2%) possuíam aposentadoria e a renda mensal de dois salários mínimos. Atualmente, as aposentadorias e pensões são reconhecidas como as principais fontes de renda da população idosa brasileira. Idosos com renda baixa apresentam piores condições de saúde, pior função física e menor acesso aos serviços de saúde (STORT, 2013).

Em relação aos diagnósticos médicos mais relatados pelos idosos, neste estudo, a HAS foi mencionada por 78 (80,4%) dos idosos, seguidos por Diabetes, Hiperlipidemia, Reumatismo e Mal de Alzheimer.

Ferreira et al. (2012), em um estudo realizado com 100 idosos de uma Unidade de Saúde da Família em João Pessoa, 79% dos idosos relataram que eram portadores de alguma patologia, sendo a hipertensão arterial a doença mais freqüente. Segundo Alves et al. (2007), a presença da HAS aumenta 39 % a chance de o idoso ser dependente na AIVDs.

As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS. Portanto, de acordo com Cavalariet al. (2012), a HAS se constitui em um problema de elevada magnitude, decorrente da alta prevalência e cronicidade da doença, dificuldade de diagnóstico precoce e início do tratamento, caráter silencioso da doença.

Neste estudo, 86,60 % dos idosos apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso, sendo à HAS com 78 (80,4%) à doença que mais os idosos aderem ao tratamento. Os dados corroboram com os resultados do estudo de Calixto (2010) que detectou 86,2% dos idosos com hipertensão arterial são considerados aderentes ao tratamento medicamentoso.

Deve-se entender que a adesão ao tratamento é um fenômeno que pode ser afetado ou influenciado por vários fatores relacionados com o usuário, o tratamento, a doença, os serviços e profissionais de saúde, bem como com o meio social e cultural do usuário e sua família (REINERS, 2012).

Dentre os fatores no estudo que exercem influência no processo de adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos homens são: o controle sobre doenças, acessibilidade para obter medicamentos e relação profissional-paciente.

No presente estudo o controle sobre doenças e acessibilidade favorece a adesão ao tratamento entre os idosos homens. Pois de acordo com o levantamento de dados os investigados referiram satisfação no atendimento feito pela equipe de saúde, atendendo suas expectativas no que se refere ao manejo terapêutico.

Merece destaque o fato de os idosos entrevistados utilizarem medicamentos disponíveis no sistema público de saúde para suas morbidades. Isso demonstra o acesso aos medicamentos por meio dos programas de farmácias básicas e populares, que têm sido implementados no país. O fato de os idosos utilizarem medicamentos do serviço público ameniza ou neutraliza um pouco a utilização de sua renda com a compra de medicamentos. As morbidades apresentadas coincidem com o perfil de morbidade do país, que apresenta as

doenças crônicas no rol principal do adoecimento da população brasileira (SILVA, 2010).

O acesso ao medicamento é uns dos fatores necessários para a prestação de assistência à saúde da população, contribuindo para adesão à terapêutica medicamentosa e, conseqüentemente para o sucesso do tratamento estabelecido.

A maioria 96 (99%) informou ter recebido orientações sobre os usos dos medicamentos. Silva et al. 2010 encontraram que mais de 75% dos idosos referiu ter recebido orientações no serviço de saúde sobre a medicação, esse dado é relevante porque reforça a importância da educação em saúde, sobretudo para a população idosa que encontra-se em um estágio da vida que requer maior atenção e cuidados. Em especial, quando há dificuldades na identificação de medicamentos, pode promover o uso inadequado, além de causar danos que comprometam ainda mais sua saúde.

No sentido de incentivar uma maior adesão à terapêutica pelo idoso é necessário que os profissionais de saúde, conheçam a multiplicidade de aspectos envolvidos no processo de adesão, planejem e implementem estratégias adequadas a esta população, que agreguem mudanças de comportamentos condizentes com melhores condições, de forma a contemplar cada situação, respeitando as suas crenças e valores.

A adesão ao tratamento não está relacionada apenas ao tratamento medicamentoso, mas também ao fato da população permanecer independente quanto à execução de suas AIVDs. Portanto quanto mais independente, melhor será sua postura frente às doenças e aos cuidados à saúde.

Quando analisados quanto ao nível da capacidade funcional, a maioria dos idosos apresenta grau de dependência nas AIVDs. Tal resultado foi semelhante ao estudo de Oliveira e Mattos (2012), cujos dados revelam que 53,2 % dos idosos do sexo masculino são dependentes para AIVDs.

Assim, os dados que se referem a mensuração da capacidade funcional dos idosos homens investigados indicam dependência por parte dessa parcela populacional, porém não interferindo no índice de adesão medicamentosa desses envolvidos.

7 CONCLUSÃO

Por meio deste estudo foi possível chegar a algumas considerações importantes tanto em relação às principais características sociodemográficas e clínicas, grau da capacidade funcional, relação terapêutica, à adesão ao tratamento medicamentoso, quanto à relação entre a fragilidade do homem idoso com adesão ao tratamento medicamentoso.

A maioria dos idosos participantes pertence a uma faixa etária ainda “jovem”, caracterizando-se por uma população com baixo nível de escolaridade, baixa renda e maioria dos homens idosos relataram ser portadores HAS.

Na avaliação da adesão terapêutica foi possível perceber que vários fatores influenciam na adesão ao tratamento medicamentoso como controle sobre as doenças, acessibilidade para obter medicamentos e à relação profissional-paciente. Isso reforça a necessidade de novos estudos que abordem a questão dos fatores que influenciam a adesão ao tratamento.

Em relação ao grau da capacidade funcional, houve uma prevalência de idosos dependentes. Embora a dependência seja um fator associado negativamente à adesão ao tratamento, não interferiu na adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos investigados.

Apesar dos resultados encontrados, cabe destacar as dificuldades na concretização deste estudo, onde há poucos estudos referentes ao homem idoso relacionado com a capacidade funcional e adesão ao tratamento. Outra dificuldade da pesquisadora foi encontrar a população para compor a amostra, já que os idosos homens procuram poucos os serviços primários de saúde.

Portanto, o enfermeiro, como membro da ESF, tem a função de conhecer os usuários da sua localidade, a fim de diagnosticar as necessidades e possíveis dificuldades para o tratamento. Conhecer os índices de adesão, grau de capacidade e as características sociodemográficas dos idosos, afim delimitar prioridades e traçar metas relacionadas ao tratamento dessa parcela populacional, afim de conseguir melhores índices de adesão medicamentoso e grau de independência para melhorar o estilo de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 01 de julho. 2013, 15: 00.

_____, Ministério da Saúde (BR), **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Plano de Ação Nacional Brasília DF; 2008; Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_nacional_homem.pdf>. Acesso em: 01 de julho. 2013, 13: 00.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo demográfico Piauí do município de Picos**. Brasília DF, 2010 a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 de julho. 2013, 19: 00.

_____, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: população do Brasil é de 190.755.799 pessoas**. Brasília DF, 2010b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=186&id>. Acesso em 15 de dezembro de 2013, 20:00.

_____, Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília DF, 2003. Disponível em: <<http://www.comprev.org.br>>. Acesso em: 14 de julho. 2013.

_____, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196/96**. Brasília DF, 1996.

_____, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Pessoa idosa. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Brasília (DF): MS, 2006.

ALVES, L. C. et al . A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 8, agosto, 2007.

ARAÚJO, R. F. O. **Não adesão do homem idoso ao cuidado de enfermagem: desafio à atenção básica**. 2013. 82p. Monografia (Bacharelado de Enfermagem)- Universidade Federal do Piauí, Picos, Piauí. 2013.

BORGES, L. M.; FLEURY SEIDL, E. M. Percepções e comportamentos de cuidados com a saúde entre homens idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**. v.32, n.1, p. 66-81, 2012.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao tratamento**: Estudo entre Portadores de Hipertensão Arterial Internados em um Hospital Privado do Interior Paulista. 2010.

109f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP, São Paulo, 2010.

CASTRO, M.; PEREIRA, W. R. Cuidado Integral: concepções e práticas de docentes de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.64, n.3, p.486-493, 2011.

CAVALARI, E. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão Arterial em seguimento ambulatorial. **Rev. Enferm.** v. 20, n. 1, p. 67-72, 2012.

CINTRA, F. A.; GUARIENTO, M. E. M. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n.3, pp. 3507-3515, 2010.

COLOMBRINI, M. R. C.; COLETA, M. F. D.; LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para não-adesão ao tratamento com terapia antirretroviral altamente eficaz. **RevEscEnferm USP**.v.42, n.3, p. 490-495, set,2008.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M. **Tipos de estudos epidemiológicos**: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*.v.12, n.4, p.189-201, 2003.

DELGADO, A.; LIMA, L. Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão ao tratamento. **Psicologia, Saúde & Doenças**.v.2, n.2, p.81-100, 2001.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**.2008. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2008.

FERREIRA, et al. Envelhecimento ativo e sua relação à independência funcional.**Texto Contexto-Enferm**. v.21, n.3, p.513-8, jul,2012.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev Esc Enferm**. v. 44, n. 2, p. 407-12, 2010.

FONTES, W.D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paul Enferm**. v. 24, n. 3, p. 430-33, 2011.

FURTADO, L. F V.; ARAÚJO, P. M.; SOARES, F. V. S. Epidemiologia do envelhecimento: dinamização, problemas e conseqüências. *Revista Kairós Gerontologia*.v.15, n.2, p. 55-69, março, 2012.

GABACCIO, J. L.; GARCIA, T. F.; CÂNDIDA, D. A. Avaliação da independência de idosos atendidos por uma estratégia de saúde da família. **Gogitare Enferm**.v.18, n.4, p.376-82, out/de, 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com

baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GURGEL et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da Família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc Anna Nery**. v. 15, n. 3, p. 610-615, 2011.

HADDAD et al. A comunicação terapêutica na relação enfermeiro-usuário da atenção básica: um instrumento para a promoção da saúde e cidadania. **O Mundo da Saúde**. v. 35, n. 2, p. 145-155, 2011.

HELENA, E. T. S.; NEMES, M. I. B.; NETO, J. E. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento medicamentoso. **Rev Saúde Pública**. v.42, n.4, p.764-767, ago,2008.

JUNIOR, A. A. S.; LINDNER, S.; HELENA, E. T. S. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Rev. Assoc. Med. Bras**. v.59, n.6, p.614-621, 2013.

LAWTON, M. P.; BRODY, E. M. Assessment o folder people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. **The Gerontologist**. St. Louis, v.9, n.3, p.179-186, 1969.

MACEDO, A. M. L. M. et al. Avaliação funcional de idosos com déficit cognitivo. **Acta Paul. Enfermagem**. v.25, n.3, p358-363. 2012.

MATOS, D. R.; ARAÚJO, T. C. C. F. Qualidade de Vida e Envelhecimento: Questões Específicas Sobre Osteoartrose. **Psicologia em Estudo**. v.14, n.3, p. 511-518, 2009.

MENDES, S. M. O. **Avaliação do risco de dependência funcional e pessoas idosas**. 2008. 65f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade de Aveiro, Portugal, 2008.

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**.v.24, n.1, p.67-74, jan.1986.

NUNES, M. C. R. et al. Influência das características sociodemográficas e epidemiológicas na capacidade funcional de idosos residentes em Ubá Minas Gerais. Ver. **Brás. Fisioter**. V.13, n.5, p.376-82, set/out, 2009.

OLIVEIRA, P. H.; MATTOS. I. E. Prevalência e fatores associados à incapacidade funcional em idosos institucionalizados no Município de Cuiabá, Estado de Mato Grosso, Brasil, 2009-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.21, n.3, p.395-406, jul-set, 2012.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. Es. Enferm. USP**. v.44, n. 3, p.774-81, 2010.

PIZZOLATO, A. S. ET al. **Enfermagem na Atenção Básica**: Compartilhando Sabres do Homem .1 ed. Gurupi: TO. RHS Editora, p.105-14, 2012.

POCOCK, S. J. **Clinical trials**:apactical approach. New York: John Wiliy& Sons, 1989.

PRODANOV, C.C.; FREITAS, E. E. **Metodologia do trabalho científico**: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. Novo Hamburgo: Feevale, 2009.

RAMALHINHO, I. M. P. S. **Adesão a terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva: contributo para seu estudo**. 1994. 82f. Dissertação (Mestrado)-Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 1994.

REINERS, A. A. O. et al. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica.**CiencCuidSaude**. v. 11, n.3, p. 581-587,Jul/Set, 2012.

RINALDI, F. C. et al. O papel da enfermagem e sua contribuição para a promoção do envelhecimento saudável e ativo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. V.4, n.2, p.454-66, 2013.

ROUQUAYROL, M. Z.; GORGEL, M. **Epidemiologia e Saúde** . 7 ed. Rio de Janeiro; MEDSI, p.708, 2013.

SÁ, S. P. C.; DIRLEY, M. S.; ROBERS, M. V. L.; ANDRADE, M. S.; COIMBRA, C. A. Q.; CRUZ, T. J. P. Uma proposta para a mensuração do autocuidado em idosos. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 661- 666, 2011.

SILVA, C. S. O. et al. Avaliação do uso de medicamentos pela população idosa em Montes Claros, Minas Gerais.**Esc Anna Nery**. v.14, n.4, p.811-818,out-dez, 2010.

SILVA, P. A. S. et al. A Saúde do Homem na Visão dos Enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. **Esc Anna Nery**. v. 16, n. 3, p. 561- 568, 2012.

SHEAT, S. Correlates of nonadherence to hypertension tretment in a inner- city minority population. **American Journal of Public Healt**.v.82, n.12, p.1607-1612, dec, 1992.

STORTI, L. B. ET al. Fragilidade de idosos internados na clínica médica da unidade de emergência de um hospital geral terciário. **Contexto Enferm**. v.22, n.2, p. 452-9,Abr-Jun, 2013.

SUTEL, A. P. S. **Adesão medicamentoso em doentes renais crônicos tratado por hemodiálise**. 2010. 70f. Trabalho de Conclusão do Curso Enfermagem – universidade Feevale, Novo Hamburgo, 2010

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Rev Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 548-54, 2005.

VERAS, R. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Introdução. **Cad. Saúde Pública**.v.23, n.10, p.2463-6.2007.

WONG, L .L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Rev. Bras. Estud.** v.23, n.1, p.5-26. 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento para Coleta de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Dados sociodemográficos

1) Idade _____

- 2) Estado civil:
1. Solteiro
 2. Casado
 3. Viúvo
 4. Divorciado
 5. União Estável (não oficializada)
 6. Outro

- 3) Reside com:
1. Esposa
 2. Filho(a)
 3. Neto(a)
 4. Companheira
 5. Sozinha
 6. Outro

- 4) Escolaridade:
1. Sem escolaridade/analfabeto
 2. Sem escolaridade/alfabetizado
 3. Ensino fundamental incompleto
 4. Ensino fundamental completo
 5. Ensino médio incompleto
 6. Ensino médio completo
 7. Superior incompleto
 8. Superior completo

5) Renda familiar: _____

- 6) Ocupação:
1. Desempregado
 2. Aposentado
 3. Trabalhador por conta própria
 4. Trabalhador assalariado

Dados clínicos

- Diagnóstico(s):
1. Hipertensão
 2. Diabetes
 3. Hiperlipidemia
 4. Doença renal
 5. Cardiopatia
 6. Circulação
 7. Câncer
 8. Outro: _____

Medicação atual: _____

Dados relacionados a terapêutica medicamentosa

- 1) Como o senhor considera o controle que faz sobre sua(s) doença(s)?
 1. Bom
 2. Aceitável
 3. Ruim
 - 2) Onde o senhor obtém a(s) medicação(ões) que faz uso?
 1. Recursos próprios
 2. Farmácia da rede pública
 3. Hospital públicoOutros: _____
 - 3) O senhor alguma vez já teve dificuldade para obter remédios?
 1. Sim
 2. Não
 3. Ns
 - 4) O senhor já apresentou dificuldades financeiras para adquirir remédios?
 1. Sim
 2. Não
 3. NS
 - 5) Como é para o senhor tomar remédios todos os dias?
 1. Bom
 2. Indiferente
 3. Aceitável
 4. Ruim
 5. Péssimo
 - 6) Como o senhor se sente ao tomar dois ou mais remédios, ou até mesmo um remédio mais de uma vez ao dia?
 1. Bem
 2. Indiferente
 3. Ruim
 4. Péssimo
 - 7) O senhor recebeu orientações sobre “como tomar seus remédios”?
 1. Sim
 2. NãoSe sim, qual(is) profissional(is)?
-

- 8) O senhor ficou satisfeito com as explicações sobre a “tomada” dos remédios?
 1. Sim
 2. Não

*Formulário adaptado de Amanda Aparecida Texeira Ferreira Calixto,2010.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS – CSHNB

Título do projeto: Relação entre a adesão medicamentosa do homem idoso e sua capacidade funcional.

Pesquisador (a) responsável: Ms Francisca Tereza de Galiza, docente do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí – UFPI, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros – CSHNB, Departamento de Enfermagem

Telefone para contato (inclusive a cobrar): (85) 9686-5357

Pesquisador participante: Tamires Soares da Silva

Telefones para contato: (89) 9904-3738

Prezado(a) Senhor(a): _____

Você está sendo convidado (a) a responder às perguntas deste formulário de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este formulário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decidir a participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

♦**Objetivo do estudo:** Analisar a relação entre a capacidade funcional do homem idoso atendido na atenção primária com a adesão ao tratamento medicamentoso.

♦**Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá no fornecimento de dados para preenchimento de um formulário e dois instrumentos respondendo às perguntas formuladas que abordam dados sociodemográficos, clínicos e relacionados à terapêutica medicamentosa, medida de adesão ao tratamento e atividades instrumentais de vida diária.

♦**Benefícios:** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

♦**Riscos:** O preenchimento deste formulário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

♦Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

♦ **Sigilo:** Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética independente e inspetores de agências regulamentadoras do governo (quando necessário) terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____

_____, RG/CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo

_____, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo Relação entre a não adesão medicamentosa do homem idoso e sua fragilidade. Eu discuti com a Ms Francisca Tereza de Galiza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local _____ e _____ data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

RG: _____ Assinatura: _____

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

Picos, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do pesquisador responsável

Observações complementares

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI - Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Bairro Ininga

Centro de Convivência L09 e 10 - CEP: 64.049-550 - Teresina - PI

tel.: (86) 3215-5734 - email: cep.ufpi@ufpi.br web: www.ufpi.br/cep

ANEXOS

ANEXO A – Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por ter se sentido melhor?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, se ter sentido pior?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	Quase sempre	Com frequência	Às vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

ANEXO B- Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody

D1a. Capacidade para usar o telefone:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliza o telefone por iniciativa própria; procura e marca números, etc. 2. Marca alguns números que conhece bem; 3. Atende ao telefone o mas não marca números 4. Não usa o telefone
D1b. Fazer compras:
<input type="checkbox"/> 1. Faz as compras que necessita sozinho <input type="checkbox"/> 2. Compra sozinho pequenas coisas <input type="checkbox"/> 3. Necessita de ser acompanhado para qualquer compra <input type="checkbox"/> 4. Incapaz de fazer compras
D1c. Prepara refeições:
<input type="checkbox"/> 1. Planeja, prepara e serve refeições adequadas sozinho <input type="checkbox"/> 2. Prepara refeições adequadas se possuir ingredientes necessários <input type="checkbox"/> 3. Aquece, serve e prepara refeições mas não mantém uma dieta adequada <input type="checkbox"/> 4. Necessita de refeições preparadas
D1d. Cuidar de casa:
<input type="checkbox"/> 1. Cuida da casa só ou com ajuda ocasional (exemplo: “trabalho doméstico pesado”) <input type="checkbox"/> 2. Realizar tarefas diárias como lavar a louça ou fazer a cama <input type="checkbox"/> 3. Realizar tarefas domésticas mas não mantém um nível aceitável de limpeza <input type="checkbox"/> 4. Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas <input type="checkbox"/> 5. Não participa em nenhuma tarefa doméstica
D1e. Lavar a roupa:
<input type="checkbox"/> 1. Lava toda a sua roupa <input type="checkbox"/> 2. Lava pequenas peças de roupa <input type="checkbox"/> 3. É incapaz de lavar a sua roupa
D1f. Modo de transporte:
<input type="checkbox"/> 1. Desloca-se em transportes públicos ou viatura própria <input type="checkbox"/> 2. Não usa transportes públicos, exceto táxi <input type="checkbox"/> 3. Desloca-se em transportes públicos quando acompanhado <input type="checkbox"/> 4. Desloca-se utilizando táxi ou automóvel quando acompanhado por outro <input type="checkbox"/> 5. Incapaz de se deslocar
D1g. Responsabilidade pela própria medicação:
<input type="checkbox"/> 1. Toma a medicação nas doses e horas corretas <input type="checkbox"/> 2. Toma a medicação se preparada e separada por outros <input type="checkbox"/> 3. É incapaz de tomar a medicação
D1h. Habilidade para lidar com o dinheiro:
<input type="checkbox"/> 1. Resolve problemas monetários sozinho, como passar cheques, pagar a renda <input type="checkbox"/> 2. Lida com compras do dia-a-dia mas necessita de ajuda para efetuar compras maiores <input type="checkbox"/> 3. Incapaz de lidar com dinheiro

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUÍ - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: NÃO ADESÃO DO HOMEM IDOSO AO CUIDADO DE ENFERMAGEM: DESAFIO À ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Francisca Tereza de Galiza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04674812.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 119.837

Data da Relatoria: 19/09/2012

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. O estudo será realizado no em uma UBS do município de Picos. A escolha do campo para o desenvolvimento da pesquisa foi por conveniência. Os sujeitos da pesquisa devem ser idosos do sexo masculino, (idade igual ou acima de 60 anos). Os dados serão coletados através de uma entrevista semi-estruturada guiada por um formulário contendo dados de identificação do idoso e de seus fatores sociodemográficos, além das questões norteadoras para levantamento das informações necessárias para atendimento dos objetivos da pesquisa. A análise da pesquisa e o TCLE encontram-se descritos no projeto e com formato adequado as diretrizes atuais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar fatores que favoreçam a não adesão do homem idoso aos serviços de saúde e de enfermagem na atenção primária.

Objetivo Secundário: - Caracterizar o idoso do sexo masculino atendido em Unidade Básica de Saúde por meio de variáveis sociodemográficas e de saúde;

- Identificar aspectos que dificultam os homens idosos a buscarem o atendimento de saúde na atenção primária;

- Analisar a percepção dos homens idosos atendidos na atenção primária sobre o cuidado de enfermagem.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portela
Bairro: Ininga SG10 **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (863)215-5734 **Fax:** (863)215-5660 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.br