

**UNIVERSIDADE DE SOROCABA
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Leandro Aparecido de Souza

**FATORES PREDITIVOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM
IDOSOS: ESTUDO TRANSVERSAL**

**Sorocaba/SP
2016**

Leandro Aparecido de Souza

**FATORES PREDITIVOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM
IDOSOS: ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dr. Fernando de Sá Del Fiol

Sorocaba/SP
2016

Leandro Aparecido de Souza

**FATORES PREDITIVOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM
IDOSOS: ESTUDO TRANSVERSAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovada em ____/____/____

Banca Examinadora

Pres.: Prof. Dr. Fernando de Sá Del Fiol
Universidade de Sorocaba

1º Exam: Prof. Dra. Cristiane de Cássia B. Motta
Universidade de Sorocaba

2º Exam: Prof. Dra. Eliete Jussara Nogueira
Universidade de Sorocaba

AGRADECIMENTOS

À Deus, o grande responsável pela minha existência.

À nossa mãe do céu, pela proteção em minha vida.

Ao meu pai Randolpho S. Souza, e minha mãe Irene D. S. Souza, pelo apoio e incentivo, sobretudo pelo amor incondicional.

À minha querida esposa Michele Gois, pela compreensão infinita por minhas escolhas, e pelo apoio para que o mestrado se tornasse realidade.

Às minhas irmãs Marisa e Cleonice pela torcida por minha vitória.

À todos os professores do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fernando Del Fiol, por todo seu conhecimento, humildade e confiança.

Às professoras Dra. Cristiane de Cássia Bergamaschi e Dra. Eliete Jussara Nogueira, membros da banca avaliadora, pelas contribuições sinalizadas neste trabalho.

À Universidade da Terceira Idade, e ao Clube do Idoso de Sorocaba.

E a todos os idosos que participaram desta pesquisa.

Muito Obrigado!!!

“Sobre a velhice e a temporalidade...

O tempo é um ente natural que determina o destino das pessoas, ao permitir viver-se intensamente...Ele desgasta, amadurece, apura qualidades, como o faz com os vinhos”.

(Anita Liberalessio Neri)

RESUMO

O processo do envelhecimento é dinâmico e progressivo, momento em que ocorrem alterações morfológicas e psicológicas que levam a vulnerabilidade e às doenças. Para o controle e tratamento dessas doenças, a intervenção farmacológica ainda é uma das principais estratégias de controle. Desta forma, a adesão à terapêutica medicamentosa é fundamental para efetividade e segurança do tratamento. O objetivo deste estudo foi identificar os fatores preditivos de adesão à terapia farmacológica em pacientes idosos sob tratamento com medicamentos de uso contínuo. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico, por meio da aplicação de um questionário aos idosos que frequentam o Clube dos Idosos de Sorocaba e Universidade da Terceira Idade. Foram incluídos idosos com mais de 60 anos e que estivessem fazendo uso de algum medicamento há pelo menos 3 meses. Os resultados indicaram uma população escolarizada, com 43% com nível superior em sua formação. Relativamente à adesão e ao tratamento, pode-se perceber que idosos com tratamentos crônicos de hipertensão e dislipidemias apresentaram maior adesão com $p=0,0$ e $0,01$ respectivamente. Idosos com maior tempo de doença ($p=0,04$), aqueles que recebem o medicamento do SUS ($p=0,005$) e das classes econômicas mais baixas ($p=0,02$) também aderiram mais ao tratamento. O nível de escolaridade não guardou relação com adesão ao tratamento. Os dados do presente estudo nos sugerem que as doenças crônicas como a hipertensão, dislipidemias, por trazerem um risco de morte maior, fazem com que o idoso adira mais ao tratamento. A falta do medicamento, quando acompanhada de sintomas da doença, mostram sua necessidade, garantindo maior adesão. Os idosos das classes econômicas C,D e E e aqueles que buscaram o medicamento no SUS têm no sistema público de atenção à saúde, sua única alternativa de tratamento, de forma que houve maior adesão ao tratamento nesse perfil de idosos entrevistados. Conclui-se que neste estudo, poucos são os fatores preditivos utilizados para garantir a melhor adesão farmacológica. Os que utilizam da memória, os hipertensos, dislipidêmicos, de classe econômica C-E, e os retiram exclusivamente na rede pública demonstraram mais adeptos à adesão. E os que foram considerados não aderentes (32%), caracterizado pelo grupo mais vulnerável, faz se necessário um olhar diferenciado dos pesquisadores a essa população, adotando medidas de educação em saúde para os idosos e familiares.

Palavras-Chave: Fatores Preditivos. Adesão ao tratamento. Idosos.

ABSTRACT

Aim: The aging process is dynamic and progressive, and morphological and physiological changes lead to vulnerability and diseases. For control and treatment of these diseases, pharmacological intervention is still the major strategy. Thus, adherence to drug therapy is key to the effectiveness and safety of treatment. The aim of this study was to identify predictors of adherence to drug therapy in elderly patients using continuous medication. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and analytical study that uses the application of a survey to elderly who attended the Senior Sorocaba Club and University of the Third Age. The survey aimed to identify the pharmacological treatment compliance based on the methodology of Morisky. Statistical analysis was performed using the chi-square model to correlate compliance/noncompliance. **Results:** With regard to compliance, it can be seen that seniors with chronic hypertension treatment ($p=0.04$) and dyslipidemia ($p=0.01$) showed greater adherence to the proposed treatment. Elderly patients with longer disease duration ($p=0.04$), those who received their medication from a Public Health Service ($p=0.005$) and lower economic classes ($p=0.02$) showed more compliance with treatment. **Conclusions:** The data from this study suggest that chronic diseases such as hypertension, dyslipidemia, which contain a greater risk for death, lead elderly people to comply more to the treatment. Lack of medication when accompanied by symptoms of diseases, show your needs, ensuring greater compliance. Compliance to pharmacological treatment was much more related to the disease condition and the risk it imposes as well as the economic condition than with the behavior of the elderly.

Key-words: Predictive factors. Treatment Compliance. Elderly. Hypertension. Dyslipidemia.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abep	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Razão de Chances (adds ratio)
Pnad	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TMG	Teste de Morisky & Green
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	O envelhecimento como processo natural	12
2.2	Adesão à terapêutica.....	13
2.3	Envelhecer x Adesão medicamentosa	14
2.4	A importância da Adesão ao tratamento nas Doenças Crônicas.....	15
3	OBJETIVOS.....	17
3.1	Objetivo Geral.....	17
3.2	Objetivos Específicos	17
4	MÉTODO.....	18
4.1	Delineamento	18
4.2	Cenário.....	18
4.3	Amostra	18
4.4	Coleta dos Dados	19
4.4.1	Instrumento	19
4.4.2	Teste de Morisky & Green	19
4.4.3	Operacionalização.....	19
4.4.4	Critérios de elegibilidade	20
4.4.5	Critérios de Exclusão	20
4.5	Métodos Estatísticos	20
4.5.1	Tamanho da amostra	20
4.6	Vieses.....	21
5	ASPÉCTOS ÉTICOS	22
6	RESULTADOS.....	23
7	CONCLUSÕES	38
	REFERÊNCIAS.....	39
	APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA E REGISTRO DE DADOS.....	44
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	48
	ANEXO A – STROBE STATEMENT – CHECK LIST OF ITEMS THAT SHOULD BE INCLUDED IN REPORTS OF CROSS-SECTIONAL STUDIES	50
	ANEXO B – TESTE DE MORISKY & GREEN.....	53
	ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.....	54

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE SOROCABA.....	55
ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DO CLUBE DO IDOSO DE SOROCABA, PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA.....	58
ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DA UNIVERSIDADE DA TERCEIRA IDADE – UNIVERSIDADE DE SOROCABA	59
ANEXO G – ORIENTAÇÕES PARA APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÕES DO PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SOROCABA.	60
ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA GERIATRICS & GERONTOLOGY INTERNATIONAL.	63

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Doença Crônica como doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Denomina-se Doença Crônica Não Transmissível (DCNT) as doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e são de longa duração (BRASIL, 2015). Hoje as DCNT são as maiores causas de morte e ou incapacidade do mundo. Para 2020, espera-se que o número de mortes por DCNT associadas às doenças cardiovasculares, respiratórias, câncer e diabetes chegue a 44 milhões por ano (BRASIL, 2015). Uma pesquisa realizada pela OMS em 2013 revelou que dos 173 países que forneceram dados, o número de pessoas com fatores de risco para estas doenças saltou de 30% em 2011 para 63% em 2013 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013). Em decorrência desses dados a Organização das Nações Unidas (ONU), mostra-se envolvida nas avaliações dos progressos alcançados na prevenção e controle das DCNT (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2014).

Baseado neste contexto, entende-se que o tratamento medicamentoso é uma das principais estratégias para o controle das doenças crônicas (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014). A adesão ao tratamento medicamentoso é fundamental para efetividade do tratamento, a OMS define adesão terapêutica como a magnitude com que o paciente segue as instruções médicas, isso quer dizer que, quando o comportamento do paciente está de acordo com as orientações do médico ou profissional de saúde o tratamento é considerado efetivo (MONTENEGRO et al., 2014), e esta condição estabelece uma relação colaborativa entre os envolvidos (DOSSE et al., 2009). Várias são as formas de se estimar a adesão ao tratamento, entre elas, a frequência das consultas médicas, comportamento frente aos fármacos prescritos, auto percepção em relação saúde doença, e fatores financeiros (MARCHI et al., 2013), em contrapartida a não adesão ao tratamento está relacionada a fatores externos, tais como as próprias percepções, conhecimentos, crenças,

valores, expectativas e motivação (BEZERRA; LOPES; BARROS, 2014) A baixa adesão ao tratamento pode estar relacionada com dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, a ineficácia dos fármacos, a idade avançada (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Esses fatores têm sido tema em várias pesquisas que buscam avaliar as causas que levam a não adesão ao tratamento medicamentoso (MARCHI et al., 2013). Estudos revelam que a adesão à terapia de longo prazo para doenças crônicas nos países desenvolvidos chegam em média a 50%, porém nos países em desenvolvimento esses números são ainda menores chegando a 28% (CAVALARI et al., 2012; EID et al., 2013). A baixa adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema mundial de tamanha magnitude, e a medida que as DCNT crescem o impacto se torna ainda maior (WHO, 2003).

Grande parte da população usuária de medicamentos são os idosos, pois constituem possivelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade (JÚNIOR et al., 2006). A maioria deles convive com doenças crônicas, utilizando-se com frequência os serviços de saúde. São grandes consumidores de medicamentos que, embora necessários, quando mal utilizados podem desencadear complicações sérias à saúde e aumento de custos individuais e governamentais (MONTENEGRO et al., 2014). A complexidade dos esquemas terapêuticos, juntamente com a falta de entendimento, esquecimento, dificuldades na acuidade visual e na destreza manual que ocorrem em alguns idosos também contribuem para que hajam erros na administração e conseqüentemente a não adesão ao medicamento (INOUE et al., 2009). Além disso, o alto índice de analfabetismo, pode comprometer o entendimento e levar o uso incorreto do medicamento (INOUE et al., 2009).

É comum encontrar nas prescrições médicas doses, indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações, o uso de medicamentos sem valor terapêutico e essas são situações que contribuem à não adesão ao tratamento, tornando o cenário ainda mais complexo (ACURCIO et al., 2009). É necessária uma participação ativa e efetiva dos familiares, envolvendo-os neste processo de cuidar, e também dos profissionais de saúde no trabalho contínuo de orientações e conscientização à população idosa (RUFINO; DRUMMOND; MORAES, 2012).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O envelhecimento como processo natural

Nos últimos anos nota-se um crescimento considerável no número de pessoas acima de 60 anos. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a população idosa era de 4,8% em 1991, passando para 5,9% em 2000 e a 7,4% em 2010. Relativamente à população municipal, dos 645 mil sorocabanos, 69 mil são compostos por idosos acima de 60 anos, o equivalente a 10,8% da população em geral (IBGE, 2015). O Conselho Estadual do Idoso (2015) prevê que para 2030 a população idosa chegará em 35 milhões no Brasil. Com base nestes dados há uma preocupação com essa população crescente no país.

Embora as pessoas mais velhas possam ter a expectativa de desfrutar, ainda por vários anos, de uma vida saudável e ativa, é amplamente reconhecido que os idosos são os usuários dos serviços de saúde com taxa mais alta do que os demais grupos etários, isso em virtude à vulnerabilidade das doenças, e principalmente às doenças crônicas. (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010). Diante deste processo no envelhecimento, o uso da polifarmacoterapia, ou seja, o uso concomitante de vários medicamentos torna-se uma realidade constante no cotidiano dos idosos (ROCHA et al., 2008).

Neri (1991) faz uma reflexão sobre a “velhice e a temporalidade”, relatando que o tempo é um ente natural que determina o destino das pessoas, ao permitir em viver-se intensamente. Ele desgasta, amadurece, apura qualidades, como o faz com os vinhos.

Evidentemente, saúde não é sinônimo de assistência. A prevenção e o tratamento muitas vezes os tornam os maiores problemas que afligem a velhice, mas as medidas preventivas, para se tornarem plenamente eficazes, devem começar no decorrer da vida adulta. Contudo, nem sempre isso é possível, e algumas vezes, só é possível tomar alguma providência já na velhice (VERAS et al., 1995).

As doenças crônicas nos idosos requerem alterações no estilo de vida e acompanhamento da evolução da doença, controlando o quadro clínico, a fim de não agravar a doença. Na população idosa o uso inadequado dos medicamentos pode aumentar a demanda de procura dos serviços de saúde, internações, e ou

reações adversas aos medicamentos (CINTRA; GUARLENTTO; MIYASAKI, 2010). A farmacologia, nos idosos em virtude de alterações fisiopatológicas, tem modificado os mecanismos farmacocinéticos e farmacodinâmicos que podem ficar comprometidos pela própria natureza da idade. A polifarmácia é um fator determinante que favorece os efeitos adversos e a não adesão ao tratamento (ROCHA et al., 2008).

2.2 Adesão à terapêutica

A adesão é um dos principais determinantes da eficácia do tratamento. Várias definições são dadas ao processo de adesão ao tratamento medicamentoso, a mais comum é quando o comportamento do paciente está de acordo com as orientações do médico ou profissional de saúde (CINTRA; GUARLENTTO; MIYASAKI, 2010). O termo adesão, refere-se à colaboração, cooperação, resultando-o no envolvimento de sua terapêutica (CINTRA; GUARLENTTO; MIYASAKI, 2010). O entendimento do paciente que participa e assume responsabilidades em todo tratamento, seja medicamentoso ou não, faz grandes diferenças (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). A WHO (*World Health Organization*) esclarece que termo adesão significa tomar o medicamento em doses e horários corretos, seguir uma dieta adequada, de acordo com o recomendado e procurar comparecer às consultas periodicamente (WHO, 2003). Adesão é um processo dinâmico com mudanças de comportamentos constantes (OLIVEIRA et al., 2014). Almeida (2007) descreve que a adesão pode ser considerada adequada quando as prescrições e ou recomendações profissionais sejam seguidas em pelo menos, 80% de seu total.

Neste contexto de definições, é importante salientar a diferença em descontinuar o tratamento e não adesão ao tratamento. Descontinuar é cessar a utilização, interromper o tratamento, já a não adesão está relacionada aos esquecimentos, que ocorrem frequentemente com os idosos, em decorrência aos fatores socioeconômicos, comportamentais e ainda farmacológicos, como as reações adversas. Tanto a descontinuação quanto a não adesão ao tratamento repercutem de forma muito grande na saúde do idoso, visto que o medicamento é predominantemente importante para algumas doenças, e o que se vê na prática é a não adesão, seja ela por qual for o motivo levando a descontinuação da terapêutica (ROCHA et al., 2008).

A não adesão ao tratamento medicamentoso pode ser considerada um problema mundial por reduzir os resultados esperados em relação as doenças crônicas (MAGNABOSCO et al., 2015) e têm sido motivo de preocupações dos profissionais da saúde. Há vários anos já se conhece a complexidade do uso inapropriado de medicamentos pela população, e resta aos profissionais da saúde intensificar no trabalho de orientação quanto a importância do uso adequado do medicamento. Estudos demonstram que os principais motivos que levam a não adesão ao tratamento são consumo elevado e prolongado, desaparecimento dos sintomas, desconhecimento do tratamento, alto custo dos medicamentos, não motivação de cura, e o analfabetismo (CINTRA; GUARLENTI; MIYASAKI, 2010).

2.3 Envelhecer x Adesão medicamentosa

Com o passar do tempo, o envelhecimento e as grandes transformações desta fase muitas vezes reduzem a expectativa de vida e implicam em mudanças de comportamentos e hábitos, levando a que os idosos se tornem mais resistentes aos tratamentos prescritos pelo médico, e assim busquem soluções facilitadas ao seu ponto de vista, na tentativa em solucionar seus problemas de saúde (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010).

Há uma tendência para não adesão que pode estar relacionado a motivação pessoal do idoso, ou seja, o quanto ele está disposto emocionalmente as mudanças atribuídas, e o que ele realmente acredita no tratamento, seus valores atribuídos na terapêutica. Isso interfere fortemente no processo do tratamento versus adesão (WHO,2003).

A adesão pode ser influenciada por vários fatores. Quanto maior o número de medicamentos que o idoso utiliza, maior a não adesão ao tratamento (CINTRA; GUARLENTI; MIYASAKI, 2010). Entretanto quanto maior a idade, melhor adesão ao tratamento. Pacientes adultos jovens têm maior dificuldade em aceitar a condição crônica que a doença estabelece. Acredita-se que quanto maior for a idade, maior o medo em morrer, fazendo com que sejam mais adeptos à terapêutica, porém, quanto menor o nível de escolaridade, menor a adesão (SGNAOLIN; FIGUEIREDO, 2012).

Fatores socioeconômicos, prescrições inapropriadas também são responsáveis por grande parte de não adesão à população idosa, a falta de pessoas

que possam auxiliar na administração do medicamento, a não memorização de horários e a institucionalização, que pode representar um rompimento do convívio familiar, abandono, isolamento social, dificultando a adesão ao tratamento. Acredita-se que estas situações aliadas às dificuldades de acesso aos serviços públicos e a todos os fatores já descritos, podem influenciar diretamente na qualidade de vida relacionado à saúde, e na adesão à farmacoterapia empregada (OLIVEIRA; NOVAES, 2012).

As políticas públicas são responsáveis por garantir à população os medicamentos essenciais, bem como qualificar as prescrições dos profissionais médicos (JUNIOR; LINDNER; HELENA, 2013; JANNUZZI et al., 2014). Cabe enfatizar que esta situação é um problema que deve ser enfrentado por todos os envolvidos, os pacientes, familiares, profissionais, comunidades, e as instituições e equipes de saúde, garantindo um trabalho contínuo e educativo (ROCHA et al., 2008).

Este é um grande desafio que temos que enfrentar, assegurar serviços de qualidade para os idosos e desenvolver, concomitantemente, recursos humanos de excelência e conhecimento para lidar com o grupo etário que mais cresce em nosso país. No contexto atual, no entanto não parece favorecer esta atuação: a baixa prioridade atribuída à terceira idade, pelas políticas públicas em saúde, evidencia uma percepção inadequada das necessidades específicas desta população. Torna-se necessário um esforço político orientado no sentido de colocar prioridades às necessidades deste segmento populacional (VERAS, 1995).

2.4 A importância da Adesão ao tratamento nas Doenças Crônicas

Com o aumento da longevidade, surge conseqüentemente o aumento do índice de doenças crônicas, bem como a necessidade de diversos meios de tratamento para um único indivíduo (SANTOS et al., 2015). Algumas das doenças como hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, dislipidemias, hipotireoidismo, que quase sempre acometem os idosos, demandam uma atenção farmacoterapêutica maior, eis que essas doenças, caso não controladas, colocam em risco a vida dos pacientes (SILVA et al., 2014). Nos países desenvolvidos a adesão farmacológica dos idosos corresponde a 50%, isso reflete no aumento das hospitalizações,

internações em clínicas, diminuição da qualidade de vida e aumento da morbimortalidade nesta faixa etária (SANTOS et al., 2015).

Melhorar a adesão terapêutica é alcançar ganhos em saúde, enquanto paciente e consumidor de cuidados, comparecendo nas consultas, seguindo a prescrição médica adequadamente, mudanças nos estilos de vida e comportamentos. Esse conjunto de ações levam melhorias na qualidade de vida do indivíduo e por sua vez, um envelhecimento saudável (SANTOS et al., 2015). Melhorar a adesão pode ser o melhor investimento para combater as doenças crônicas de forma eficaz (WHO, 2003).

Para que exista um envelhecimento bem-sucedido se faz necessário o envolvimento pessoal, familiar e multiprofissional, assim, haverá melhores condições para oferecer a assistência qualificada e conscientizá-los (CRUZ et al., 2011).

E através de estudos deste formato que conseguiremos conhecer um pouco mais este cenário e propor estratégias para melhorar o processo da não adesão, contribuindo então para a melhor eficácia e segurança do tratamento medicamentoso e conseqüentemente para terapêutica da doença.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar os fatores preditivos de adesão à terapia farmacológica em pacientes idosos sob tratamento com medicamentos de uso contínuo.

3.2 Objetivos Específicos

- Traçar um perfil do idoso aderente e não aderente à terapia medicamentosa de uso contínuo;
- Identificar fatores de saúde e socioeconômicos relacionados à adesão/não adesão ao tratamento.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo e analítico. Foi utilizado um check list com recomendações americanas para estudos observacionais, denominado recomendações STROBE: Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (MALTA et al., 2010)(Anexo A).

A intenção da iniciativa STROBE é oferecer uma recomendação sobre como relatar estudos observacionais de forma mais adequada sem fazer com que tais recomendações sejam percebidas como prescrições para elaborar o desenho ou conduzir esses estudos. Além disso, embora a clareza na descrição seja um pré-requisito para avaliação, a lista de verificação (check list) não deve ser utilizado como instrumento para avaliar a qualidade dos estudos observacionais (MALTA et al., 2010).

4.2 Cenário

A pesquisa foi realizada no período de fevereiro à abril de 2015, na Universidade da Terceira Idade, espaço vinculado à Universidade de Sorocaba, frequentados por aproximadamente 500 idosos que semanalmente, realizam cursos de extensão.

Os dados também foram coletados no “Clube do Idoso de Sorocaba”, espaço mantido pela Prefeitura Municipal de Sorocaba, que conta com aproximadamente 2.500 idosos associados, que frequentam o local semanalmente e desfrutam de diversas atividades oferecidas.

4.3 Amostra

A amostra foi composta por 288 idosos com idade a partir de 60 anos que frequentam as duas unidades, e a amostragem foi aleatória, e todos que aceitaram participar da pesquisa foram incluídos. Foram classificados como perdas ou recusas aqueles indivíduos que, mesmo após cientes do projeto, não aceitaram em responder o instrumento.

4.4 Coleta dos Dados

4.4.1 Instrumento

Foi aplicado um questionário aos idosos, contendo questões com dados pessoais, socioeconômicos e questões relacionadas ao uso de medicamentos de uso contínuo, com o objetivo de identificar o perfil dos medicamentos utilizados, e os fatores preditivos à adesão do fármaco de uso contínuo (Apêndice A).

As questões de caráter socioeconômicos tomaram-se como base os questionários da Pnad (Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio) do IBGE, 2015, da Pesquisa Nacional de Saúde e da metodologia do Critério Brasil (ABEP, 2015 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas) .

A adesão ao tratamento foi determinada pelo teste de Morisky & Green (TMG).

4.4.2 Teste de Morisky & Green

Este teste é composto originalmente por 4 questões com respostas sim ou não: Quando sente se mal, você deixa de tomar o medicamento? Esquece de tomar o medicamento? Você é descuidado no horário da administração do medicamento? Quando sente-se bem, deixa de tomar o medicamento? (MORISKY et al., 1986) com qualificação de aderentes (0 e 1 resposta sim) e não aderentes (2 à 4 respostas sim) (Anexo B).

No estudo de Sousa, 2014 o TMG foi o questionário mais utilizado, estando presente em oito dos estudos selecionados, ele é de fácil medida e encontra –se validado em inglês, espanhol e português. Apesar de sua grande aplicabilidade nos estudos no Brasil, no estudo original, o TMG apresentou sensibilidade, de 43,6%, com especificidade de 81%(SOUZA et al.,2014).

4.4.3 Operacionalização

Os métodos utilizados para determinar a estratégia da amostra, foi o seguinte, inicialmente o pesquisador aplicou um questionário piloto, com o intuito de identificar possíveis falhas, e após esse processo, os idosos foram abordados individualmente

ou em conjunto antes do início das aulas ou durante as atividades desenvolvidas, e foram convidados à participar da pesquisa. Neste momento foram entregues os Termos de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), e após leitura, se aceitassem a participar, assinavam os termos e posteriormente seriam entregues os questionários e o pesquisador lia as questões em voz alta uma a uma e os idosos iam acompanhando a leitura e respondendo individualmente, não foi necessário a identificação dos participantes (Apêndice B).

4.4.4 Critérios de elegibilidade

Idosos, à partir de 60 anos que fizeram uso regular de medicamentos de uso contínuo a pelo menos 3 meses.

4.4.5 Critérios de Exclusão

Idosos que receberam atenção de cuidadores, ou aqueles incapazes de fazer o uso do medicamento de forma autônoma. Também foram excluídos aqueles com formação profissional na área de saúde.

4.5 Métodos Estatísticos

A análise estatística foi por meio do software BioStat e os resultados foram considerados significativos quando o valor de $p < 0,05$. As variáveis foram analisadas através de tabelas descritivas, com análise qui-quadrado para associação adesão/não adesão. O intervalo de confiança utilizado foi de 95%.

4.5.1 Tamanho da amostra

Para determinação do tamanho da amostra na proporção (Aderentes/Não Aderentes), utilizou-se da população aderentes ao tratamento (50%), com um nível de significância de 5% com erro médio de 6%. A fórmula $n = \left[\frac{(Z_{\alpha/2} \cdot d)}{E} \right]^2$ utilizada resultou de um total de 267 pessoas.

Onde:

n = tamanho amostral

$Z_{\alpha/2}$ = nível de significância (95% ou 1,96)

d = desvio padrão populacional da variável (40%)[1, 2]

E = Erro padrão tolerado (7%)[1, 2]

Temos: $((1,96 \times 0,5)/0,06)^2 = (16,33)^2 = 266,66$ (267 pessoas)

4.6 Vieses

Para evitar possíveis vieses de seleção, o pesquisador abordou o entrevistado de forma aleatória, sem utilização de critérios de escolha.

Viés de Aferição, para evitar possíveis interpretações equivocadas, foi realizado uma entrevista prévia com 10 idosos pelo pesquisador responsável, e este estaria disponível em sanar as possíveis dúvidas. Houve necessidade de reajuste no questionário em duas questões por apresentarem confundimento na interpretação.

5 ASPÉCTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade de Sorocaba. Os participantes foram esclarecidos quanto os objetivos da pesquisa, as estratégias de coleta de dados e assegurados quanto o sigilo, anonimato e possibilidade de interrupção da participação em qualquer momento. Os que consentiram em participar da pesquisa assinaram o TCLE conforme resolução 466/2012.

O parecer consubstanciado do CEP do presente estudo foi Aprovado sob o número do parecer 958.875, data da relatoria de 11/02/2015 (Anexo C).

6 RESULTADOS

TITLE PAGE

Title: DRUG TREATMENT IN THE ELDERLY: PREDICTIVE FACTORS

Authors: Leandro Aparecido de Souza; Cristiane de Cássia Bergamaschi; Eliete Jussara Nogueira; Fernando de Sá Del Fiol

Institution: University of Sorocaba. Rod. Raposo Tavares, Km 92,5 – Sorocaba, SP. Brazil ZIP 18520-000

Corresponding author address:

Prof. Fernando de Sá Del Fiol Rod. Raposo Tavares, Km 92,5 – Sorocaba, SP. Brazil ZIP 18520-000. Phone (55) 15 996170589
email: fernando.fiol@prof.uniso.br

RUNNING TITLE: DRUG TREATMENT IN THE ELDERLY

ABSTRACT

Aim: The aging process is dynamic and progressive, and morphological and physiological changes lead to vulnerability and diseases. For control and treatment of these diseases, pharmacological intervention is still the major strategy. Thus, adherence to drug therapy is key to the effectiveness and safety of treatment. The aim of this study was to identify predictors of adherence to drug therapy in elderly patients using continuous medication. **Methods:** This is a cross-sectional, descriptive and analytical study that uses the application of a survey to elderly who attended the Senior Sorocaba Club and University of the Third Age. The survey aimed to identify the pharmacological treatment compliance based on the methodology of Morisky. Statistical analysis was performed using the chi-square model to correlate compliance/noncompliance. **Results:** With regard to compliance, it can be seen that seniors with chronic hypertension treatment ($p=0.04$) and dyslipidemia ($p=0.01$) showed greater adherence to the proposed treatment. Elderly patients with longer disease duration ($p=0.04$), those who received their medication from a Public Health Service ($p=0.005$) and lower economic classes ($p=0.02$) showed more compliance with treatment. **Conclusions:** The data from this study suggest that chronic diseases such as hypertension, dyslipidemia, which contain a greater risk for death, lead elderly people to comply more to the treatment. Lack of medication when accompanied by symptoms of diseases, show your needs, ensuring greater compliance. Compliance to pharmacological treatment was much more related to the disease condition and the risk it imposes as well as the economic condition than with the behavior of the elderly.

Key-words: Predictive factors; Treatment Compliance; Elderly; Hypertension; Dyslipidemia

Introduction

In recent years, there has been a considerable growth in the number of people over 60 years of age. According to the IBGE (Brazilian Institute of Geography and Statistics), the elderly population was 4.8% in 1991, rising to 5.9% in 2000 and 7.4% in 2015 (1). The State Council of the Elderly predicts that by 2050 the elderly population will reach 30%. With this growth, there is greater vulnerability of these people with the possibility of developing chronic diseases. This requires changes in lifestyle and monitoring of disease progression (2). To control these health conditions, concomitant use of multiple drugs has become a constant reality for this population (3).

Pharmacological compliance is a major determinant of the effectiveness of treatment (4). The World Health Organization defines therapeutic compliance as the extent to which the patient follows the doctor's instructions, that is, whether or not the patient's behavior is in accordance with the guidelines of the physician or health professional (5). Compliance can be seen as collaboration or cooperation of the individual, resulting in their therapeutic involvement (6).

Another definition of compliance is taking the drug in correct doses and times, following a proper diet according to recommendations, and seeking consultations periodically (7). The treatment compliance condition may be considered appropriate when the requirements and or professional recommendations are followed by at least 80% of its total (4).

In developed countries, pharmacological compliance of the elderly accounts for only 50% of those treated; this reflects the increase in hospitalizations, admissions to clinics, decreased quality of life and increased morbidity and mortality in this age group (8).

Pharmacological compliance can be influenced by several factors: it is believed that the number of medications that the elderly use corresponds to lower compliance with treatment; however, it is also believed that greater age corresponds to better compliance to treatment and that young adults are more difficult to accept chronic conditions (9). It is believed that increased age corresponds with increased fear of dying, which makes people more adherent to therapy (10).

Socioeconomic factors such as social class, form and place in acquiring medicines and inappropriate prescriptions are also responsible for much of the non-compliance in the elderly. These situations combined with the difficulties of access to public services and all the factors described above can directly influence the quality of life related to health and in compliance with pharmacotherapy (11).

Non-compliance is a multidimensional problem, where different factors are and can be considered a global problem by reducing the expected results in relation to treatment of chronic diseases (12).

The causes of non-compliance are multifactorial and can be divided into intentional and unintentional causes: an intentional cause is an active process where the patient chooses to deviate from the treatment; this is motivated by decision-making. An unintentional cause is a passive process where the patient can be neglected or forgotten (13).

Over time, and with aging and the great transformations of this phase, there are implications of changes in behavior and habits in the elderly, making them more resistant to treatments prescribed by the doctor and look for parallel solutions to their point of view in an attempt to solve their health problems (14).

Considering the high number of prescriptions of continuous use drugs and the free distribution in health services, the study of these aspects becomes of high relevance for the design of more effective strategies in order to improve compliance to treatment (12).

In view of this, the objective of this study was to identify predictive factors of compliance to drug therapy in elderly patients treated with continuous use medicines

Methods

A cross-sectional, descriptive and analytical study was conducted. The survey was conducted from February to April 2015 at the University of the Third Age, and it was attended by about 500 elderly. Data were also collected in the "Senior Club" space maintained by the city of Sorocaba, which has approximately 2,500 associate elderly who frequent the site weekly and enjoy various activities offered on site.

People that were included in the study included those aged over 60 years who made regular use of any medication for at least 3 months. We excluded those who

received attention from caregivers, or those unable to take the drug themselves. Also, we excluded those with professional training in health services.

Initially, a pilot questionnaire was applied in order to identify possible flaws in questions or approaches. The pilot test was applied to 10 elderly people, and after evaluation by the researchers, there was the need to change the format of some questions, which were included in the final version of the questionnaire.

The elderly were addressed individually or together during the activities in the two areas of collection, being invited to participate. At this time, the participants were given the terms of informed consent; after reading, participants signed the terms of the consent form if they accepted to participate.

A survey was applied with questions with personal data, socioeconomic data (1) and clinical data related to the continuous use of prescription drugs in order to identify the medicines used and the predictive factors for compliance. To determine compliance to treatment, the Morisky and Green test was applied. Compliance was when there was one or none 'yes' answers in the Morisky and Green test. Elderly with two, three or four 'yes' answers were characterized as non-compliant (15). For the socioeconomic character issues, we used the methodology of "Brazil criteria" (16).

To determine the sample size in proportion to compliance / non-compliance as the basis of the population, 50% were labeled adherent with a 5% significance level with an average error of 6%(17).

Statistical analysis was conducted using the BioStat software, and the results were considered significant when the p value <0.05 . The variables were analyzed using descriptive tables with chi-square analysis for compliance / non-compliance association. The confidence interval was 95%.

The project was submitted to the Research Ethics Committee of the University of Sorocaba. Participants were informed about the research objectives, data collection strategies and assurances regarding the confidentiality, anonymity and interruptible participation at any time.

Results

320 seniors were selected, and twenty refused to participate. Twelve were excluded (7 health professionals and 5 served by caregivers). Thus, the study

included 288 elderly persons. The mean age was 68.2 years (± 6.72). The results show that 197 (68.4%) of the elderly, according to the Morisky & Green test (15), proved to be compliant to treatment, and 91 elderly (32%) were classified as noncompliant. The chart below shows the main factors related to non-compliance to treatment.

Figure 1 - Non-compliance reasons in the elderly according to the Morisky & Green test (%).

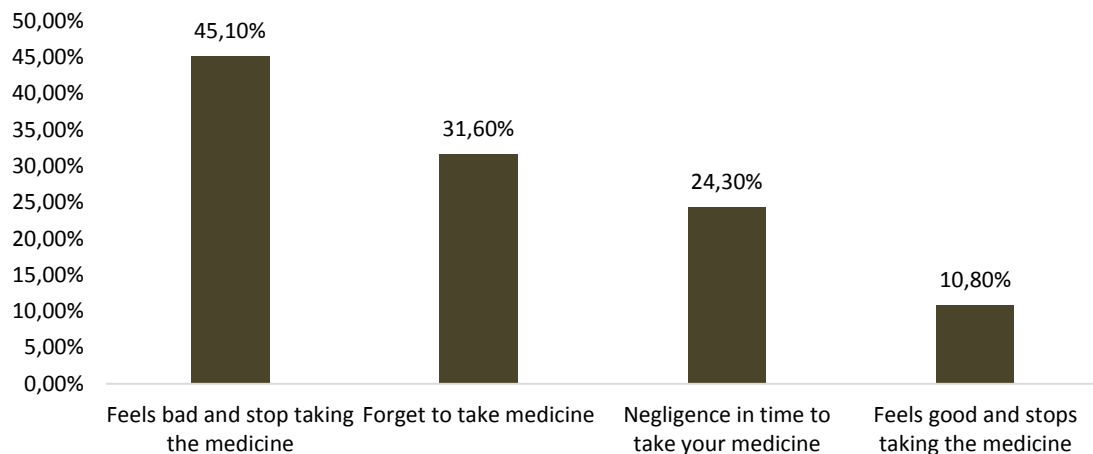


Table 1 correlates the socioeconomic factors with compliance to treatment. There was a sample with a predominance of women, under 70 years, living in the company of a spouse / wife, parent or caregiver. Note the large level of education of the respondents, with about $\frac{3}{4}$ with high school and / or higher. The vast majority did not exercise remunerated activity. Most elderly respondents belonged to classes A and B, with medical care and access to medicines by private health system.

The socio-economic indicators, which were related to the compliance to treatment, were related to economic issues. Our data showed that the elderly classes C, D and E showed a compliance percentage of almost 75%, with a 1.6 times higher chance ($p = 0.029$) to comply to treatment than the elderly classes A and B. In the same sense, elderly who acquired their medicine in the Public Health System showed 82% compliance to treatment, which was much higher ($p = 0.005$) than the 63.7% compliance of those who reported buying drugs for their treatment. Note that the enrollment rates did not have a relationship with compliance to drug treatment.

Table 1 - Distribution of elderly participants according to descriptive analysis of the association between compliance to treatment with the profile of the population and socioeconomic factors, Sorocaba, SP, Brazil, in 2015.

		N	(%)	Com pliant	(%) comp liant	Non- comp liant	p	OR †	CI ‡ Lower	CI Upper
Gender	Female	235	(81,6)	158	(67,2)	77				
	Male	53	(18,4)	39	(73,5)	14	0,185	0,73	(0,37	1,43)
Age (years)	60 to 69	180	(62,5)	122	(67,7)	58				
	70 to 79	86	(29,8)	61	(70,9)	25	0,302	0,86	(0,49	1,51)
	80 or more	22	(7,6)	14	(63,6)	8	0,348	1,20	(0,47	3,02)
Marital status	Married	152	(52,7)	103	(67,7)	49				
	Divorced / Single / Widower	136	(47,2)	94	(69,1)	42	0,403	0,93	(0,57	1,54)
With whom the elderly live	Someone	227	(78,8)	152	(66,9)	75				
	Alone	61	(21,1)	45	(73,7)	16	0,155	0,72	(0,38	1,35)
Level of education	Elementary	76	(26,3)	54	(71,1)	22				
	High School and University	212	(73,6)	143	(67,4)	69	0,281	1,18	(0,66	2,10)
Have paid activity	No	233	(80,9)	161	(69,1)	72				
	Yes	55	(19,1)	36	(65,4)	19	0,301	1,18	(0,63	2,19)
Economic Class	C, D and E	115	(39,9)	86	(74,7)	29				
	A e B	173	(60,0)	111	(64,1)	62	0,029	1,65	(0,98	2,79)
Source of the medicine	Public Health System	56	(19,4)	46	(82,1)	10				
	Purchasded Part Public Health System and part purchased	168	(58,3)	107	(63,6)	61	0,005	2,62	(1,23	5,56)
		65	(22,5)	45	(69,2)	20	0,505	2,04	(0,86	4,84)
Place where the elderly is attended	Public Health System	99	(34,3)	71	(71,7)	28				
	Private System	234	(81,2)	162	(69,2)	72	0,326	1,12	(0,67	1,89)

† (OD) Odds Ratio ‡ Confidence Interval

The results in Table 2 show that patients with chronic diseases such as dyslipidemia and hypertension showed a percentage of compliance (72.2% and

78.6%) that is much higher ($p = 0.042$ and 0.013) than non-carriers of these diseases. Regarding the time of chronic disease, the elderly that had chronic diseases for more than three years had a higher compliance to treatment (70%) than those with up to 3 years of diagnosis of a chronic disease. The compliance was significantly higher ($p = 0.02$) for those who reported using memory for the correct use of the drug.

Self-perception of how much the drugs help them in their life approach 90%, and most respondents are handled by one or two doctors who seek appointments every 3 months.

Table 2 - Distribution of elderly participants according to descriptive analysis of the association between compliance to treatment with the health factors, Sorocaba, SP, Brazil, in 2015.

		N	(%)	N	(%)	Com pliant	(%) com pliant	Non- com pliant	p	OR †
		N	(%)							
Self-medication										
	Yes	93	(32,3)	63	(67,7)	30				
	No	195	(67,7)	134	(68,7)	61	0,434	1,04	(0,61	1,77)
Hypertension										
	Yes	173	(60,1)	125	(72,2)	48				
	No	115	(39,9)	72	(62,6)	43	0,042	1,55	(0,94	2,57)
Diabetes										
	Yes	78	(27,1)	52	(66,6)	26				
	No	210	(72,9)	145	(69,1)	65	0,350	0,89	(0,51	1,56)
Cardiopathy										
	Yes	48	(16,6)	32	(66,6)	16				
	No	240	(83,3)	165	(68,7)	75	0,388	0,90	(0,47	1,75)
Dyslipidemia										
	Yes	75	(26,1)	59	(78,6)	16				
	No	213	(73,9)	138	(64,7)	75	0,013	2,00	(1,07	3,72)
Chronic disease time										
	More than 3 years	254	(88,1)	178	(70,1)	76				
	Up to 3 years	34	(11,8)	19	(55,8)	15	0,047	1,84	(0,89	3,83)
Medicines used / day										
	1 to 3	184	(63,8)	125	(67,9)	59				
	4 to 8	86	(29,8)	61	(70,9)	25	0,310	0,86	(0,49	1,51)
	More than 9	17	(5,9)	10	(58,8)	7	0,220	1,48	(0,53	4,09)
Physicians who prescribe medicines										
	1 or 2	199	(69,1)	133	(66,8)	66				
	3 or more	85	(29,5)	62	(72,9)	23	0,155	0,74	(0,42	1,31)
How to remember to take medicine										
	Memory	226	(78,4)	161	(71,2)	65				
	Notes	45	(15,6)	28	(62,2)	17	0,115	1,50	(0,77	2,93)
	Someone remind	22	(7,6)	11	(50,0)	11	0,020	2,47	(1,02	5,99)
Medical appointment frequency										
	2 to 3 moths	119	(41,3)	82	(68,9)	37				
	6 months	106	(36,8)	78	(73,5)	28	0,220	0,79	(0,44	1,42)
	When necessary	65	(22,5)	39	(60,0)	26	0,112	1,47	(0,78	2,77)
How do you consider your health										
	Great/good	229	(79,5)	161	(70,3)	68				
	Regular/bad	59	(20,4)	36	(61,0)	23	0,086	1,51	(0,83	2,74)

† (OD) Odds Ratio ‡ Confidence Interval

Discussion

The prevalence of complying individuals to the drug treatment identified in this study was 68%, which is higher than the studies that show that in developed countries the average compliance to drug treatment is around 50% (8). Nuñez and cols. (5) conducted a study in Malaga, Spain also using the Morisky & Green test, and compliance was 51.7%. In the study by Eid et al. (2013), the compliance was 28% (18). In other studies, the average compliance among the elderly is up to 80% (19). This difference can be explained according to the type of methodology and ways of interpreting the results to identify the compliance / non-compliance. Wide compliance data from the present study can be explained by the level of education and high socioeconomic factors, i.e., 64% of social classes A and B, 69% are treated in private practices and agreements and 69% do not exercise.

The gender and age variables show no relation to compliance. Sgnaolin and Figueiredo (10) argue that greater age corresponds to higher compliance. Other authors have also reported that young adults have greater difficulty accepting chronic disease conditions, causing the compliance to be reduced in this age group (9). In a systematic review of 2011, the authors show that older people use more drugs, and the impact of compliance may not always be confirmed (20). Other researchers (19, 21) who conducted similar studies found no association to have the compliance and the number of drugs used, which is similar to this study.

With regard to family life, our results show that a minority of the elderly respondents live alone (21%) compared to those followed (78%). There was no relationship between family life and compliance to treatment. Other studies, such as Marchi et al. (2013) (22), found the same results, that is, they found no relationship between compliance and family life. Although the results show no relationship between conviviality and compliance, other authors suggest that the presence of family members can help (23).

In the study of Sirey and cols. (2013) (19), the most frequent non-compliant behavior was "forget to take your medicine" (33%). Marchi et al. (2013) (22) obtained a result of 32.1% of the elderly that were also noncompliant because of "failure to take." These results are very close to the present study; although it is not the most

common behavior, forgetting is an important factor in the compliance process to the drug by the elderly.

Almost half of elderly respondents (45.1%) show treatment dropout profiles due to adverse effects of drugs, i.e., "feeling ill and abandoning the treatment." It is important to remember that the "feel bad" is not always related to the drug and may also be missing.

Despite that the educational levels of respondents are high, the school attendance did not correspond with compliance in this study; this is similar to the study of Rajpura et al.(13).

However, Gellad et al (2011) (20) and Sirey et al. (2013) (19) showed that there was a direct relationship between compliance and school attendance. This diversity may be related to the high level of education in this study with 73% of secondary and higher education.

The lower social classes (C, D and E) in our study had the highest compliance compared to classes A and B. In a similar way, people who reported taking their medications in the Public Health System also showed more compliance. Other authors follow in the same line, reporting that economic conditions are inversely correlated with compliance to treatment (11).

Table 2 shows that elderly people who reported being hypertensive and dyslipidemic were more adherent compared to those without the disease. These results lead us to believe that the signs and symptoms that immediately cause hypertension in the absence of drugs makes the elderly to not forget to take the medication, making treatment more effective. Similarly, the immediate risk of cardiovascular problems caused by dyslipidemia leads the elderly to engage in greater care in the use of the drug. Other studies have come to similar conclusions (5, 10).

Rajpura et al. (2014) report that hypertension translates into higher levels of compliance, confirming the findings of this study. In the same vein, the authors report that fear of hypertensive complications, the desire to control blood pressure and faith in the doctor are the main reasons documented for the compliance to treatment (13). In other chronic diseases, Gellad et al. (2011) showed that compliance to treatment was not associated with diabetes (20).

Another fact refers to chronic disease diagnosis time. This time showed interference in the compliance process, showing that patients with diagnoses of chronic diseases for more than 3 years are more compliant compared to newly diagnosed cases. The results of Magnabosco et al. (2015) also showed that statistically significant compliance to the treatment of those diagnosed with hypertension for more than 3 years is expected; this justifies better acceptance by the elderly over time as a treatment (12).

Although there are many ways to remember to take medications, most seniors reported memory as their primary method, and they had higher compliance to using something or someone to remind them. Unlike the results from Yap et al. (2015), the mental factors that directly affect the compliance to the drug first include low cognitive function, then "memory", and third depression (24). Again, we can attribute these differences to the characteristics of the population and the location chosen for the study. We used a sample of elderly that were worried to remain active and were looking for new social and cultural activities.

For the vulnerable group of non-compliant people, health professionals should increase health education measures for older people and their family, tracing strategies that enable participation and involvement in the treatment of these people, improving the compliance process (6).

A limitation that should be considered in this study is the use of the Morisky & Green test. In recent publications, this test has been shown to have various interpretations. Although there is no consensus on the method of assessing compliance, which may have a gold standard; even so, this method is considered as one of the instruments used to measure compliance by researchers (25).

Despite the limitations presented in the study, in elderly people with high education levels and satisfactory socioeconomic factors, we conclude that there are few predictive factors used to ensure better drug compliance in this population.

The profile of the adherent population are people aged between 60 to 69 years with chronic diseases such as hypertension and dyslipidemia, those who have a medical diagnosis of the disease for more than three years and those who use memory to remember to take medications.

Regarding socioeconomic factors, we can say that the economy class C, D and E are more adherent to drug treatment as well as those who use public services to purchase their medications.

The results of this study should help health professionals to recognize the non-compliant elderly, facilitating on correct drug utilization in order to obtain the desired pharmacological effect.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Bibliography

1. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. [Internet]. <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=355220&search=%7C%7Cinfr%EFicos:-dados-gerais-do-munic%EDpio&lang>. 2015 [cited Acesso em 20 Nov. de 2014].
2. Dias JA, Arreguy-Sena C, Pinto PF, Souza LCd. Ser idoso e o processo do envelhecimento: saúde percebida. *Escola Anna Nery*. 2011;15:372-9.
3. Rocha CH, Oliveira APSd, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACAd, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13:703-10.
4. Almeida HOd, Versiani ER, Dias AdR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Revista Brasileira de Ciências e Saúde*. 2007;18(3):57-67.
5. Núñez Montenegro AJ, Montiel Luque A, Martín Auriolles E, Torres Verdú B, Lara Moreno C, González Correa JA. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Atención Primaria*. 2014;46(05):238-45.
6. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15:3507-15.

7. WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO [Internet].
http://www.who.int/chp/knowledge/publication/adherence_full_report.pdf. 2003 [cited Acesso em 15 de fev de 2016.].
8. Santos WAd, Piteira ARS, Fernandes LFGB, Leite BdS, Cavaleiro AJBG, Valente GSC. Aging and therapeutic adherence as care focus on education in nursing international student exchange. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2015;2(9):875-86.
9. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. 2012;99:636-41.
10. Sgnaolin V, Figueiredo AEPL. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2012;34:109-16.
11. Oliveira MPFd, Novaes MRCG. Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília-DF, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2012;65:737-44.
12. Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EMd, Felipe EA, Freitas D, Marchi-Alves LM. Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2015;23:20-7.
13. Rajpura J, Nayak r. Medication Adherence in a Sample of Elderly Sussering from Hypertension: Evaluating the Influence of Illness Perceptions, Treatment Beliefs, and Illness Burden. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 2014;20:58-65.
14. Marques EIW, Petuco VM, Gonçalves CBC. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo-RS. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*. 2010;7(2):267-79.
15. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. 1986;24(1):67-74.

16. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA [Internet]. <http://www.abep.org/criterio-brasil>. 2015 [cited Acesso em 02 de fev. 2015].
17. Charan J, Biswas T. How to calculate sample size for different study designs in medical research? Indian journal of psychological medicine. 2013;35(2):121-6.
18. Eid PL, Nogueira SM, Veiga EV, Cesarino JE, Alves LM, archi. Adesão ao tratamento anti hipertensivo: análise pelo teste de Morisky Green. Revista Eletronica de Enfermagem. 2013;15(2):362-7.
19. Sirey JA, Weinberger MI, Greenfield A, Bruce ML. Medication Beliefs and Self-Reported Adherence Among Community-Dwelling Older Adults. Clinical therapeutics. 2013;35(2):153-60.
20. Gellad WF, Grenard JL, Marcum ZA. A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity. The American journal of geriatric pharmacotherapy. 2011;9(1):11-23.
21. Stoehr G, Lu S-Y, Lavery L, Vander Bilt J, Saxton JA, Chang C-CH, et al. Factors Associated With Adherence to Medication Regimens by Older Primary Care Patients: The Steel Valley Seniors Survey. The American journal of geriatric pharmacotherapy. 2008;6(5):255-63.
22. Marchi KC, Chagas MHN, Tumas V, Miasso AI, Crippa JAdS, Tirapelli CR. Adesão à medicação em pacientes com doença de Parkinson atendidos em ambulatório especializado. Ciência & Saúde Coletiva. 2013;18:855-62.
23. Cruz LPd, Miranda PM, Vedana KGG, Miasso AI. Medication therapy: adherence, knowledge and difficulties of elderly people from bipolar disorder. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2011;19:944-52.
24. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics.
25. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Revista de Saúde Pública. 2012;46:279-89.

7 CONCLUSÕES

Apesar das limitações apresentadas no estudo, com a presença de idosos com níveis de escolaridade elevados, e fatores socioeconômicos satisfatórios, podemos concluir este estudo que poucos são os fatores preditivos encontrados para se avaliar a adesão farmacológica nesta população.

O perfil da população aderente são os idosos com doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e as dislipidemias, os que tem o diagnóstico medico da doença há um tempo maior que 3 anos, e aqueles que utilizam da memória para lembrar de tomar os medicamentos.

Em relação aos fatores socioeconômicos podemos afirmar que as classes econômicas mais baixas são as mais aderentes ao tratamento medicamentoso, assim como aqueles que utilizam dos serviços públicos para aquisição de seus medicamentos.

8 REFERÊNCIAS

- ACURCIO, F.A.; SILVA, A.L.; RIBEIRO, A.Q.; ROCHA, N.P.; SILVEIRA, M.R.; KLEIN, C.H.; ROZENFELD, S. Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo SP, v.55, n.4, p. 468 - 474, mar., 2009.
- ALMEIDA, H.O.; VERSIANI, E.R.; DIAS, A.R.; NOVAES, M.R.C.G.; TRINDADE E.M.V. Adesão a tratamentos entre idosos. **Revista Brasileira de Ciências e Saúde**. Brasília, DF, v.18, n.3, p. 57 – 67, jan., 2007.
- ABEP-ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. Critério de Classificação Econômica Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir 01/01/2015. Acesso em 02 de fev. 2015. Disponível em: <http://www.abep.org/>.
- BARBOSA, B.R.G.; FERRIOLLI, E.; MORIQUITI, J.C.; NOGUEIRA, C.B.; NOBRE, F.; UETA, J.; LIMA, N.K. Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, SP, v.99, n.1, p.636 – 64, jul., 2012.
- BEN, A.J.; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. Teste de Morisky Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**. Porto Alegre, RS, v.46, n.2, p.279 - 289, jan., 2012.
- BEZERRA, A.S.M.; LOPES, J.L.; BARROS, A.L.B.L. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v.67 n.4, p.550 – 555, Jul., 2014.
- BONFIM, M.R.; HANSEN, A.; TURI, B.C.; ZANINI, G.S.; OLIVEIRA, A.S.B.; AMARAL, S.L.; MONTEIRO, H.L. Adherence to statin treatment and associated factors in female users from the unified health system. **Revista da Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo**. São Paulo, SP, v.3, n.48, p.477- 483, abr., 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis. Acesso em 04 de nov. 2015. Disponível: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/doencas-cronicas-nao-transmissiveis>.
- BRITO, L.G.; BOAVENTURA, J.E.M. Adesão terapêutica e uso racional de medicamentos na terceira idade: um relato de experiência da oficina de medicamentos realizada na universidade aberta à terceira idade. **Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, SC, v.9, n.4, p.66 - 72, set., 2012.
- CAVALARI, E.; NOGUEIRA, M.S.; FAVA, S.M.C.L.; CESARINO, C.B.; MARTIN, J.F.V. Adesão ao tratamento: Estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista de enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, RJ, v.20, n.1, p.67-72, jan., 2012.

CINTRA, F.A.; GUARLENTTO, M.E.; MIYASAKI L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v.15, n.3, p.3507 – 3515, nov., 2010.

CONSELHO ESTADUAL DO IDOSO. Secretaria de Desenvolvimento Social, Conselho Estadual do Idoso, São Paulo. Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social SEDS. **Relatório final da Conferência Estadual do Idoso de São Paulo. Protagonismo e Empoderamento da Pessoa Idosa: Por um Brasil de todas as Idades**. Acesso em 20 de nov. de 2015. Disponível: <http://www.conselhoidoso.sp.gov.br/>

CRUZ, L.P.; MIRANDA, P.M.; VEDANA, K.G.G.; MIASSO, A.I. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos em transtorno bipolar. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.4, n.19, p.1- 9, ago., 2011.

DIAS, J.A.; ARREGUY-SENA, C.; PINTO, P.F.; SOUZA, L.C. Ser idoso e o processo de envelhecimento: saúde percebida. **Escola Anna Néri Revista de Enfermagem**. Rio Janeiro, RJ, v.2, n.15, p.372-379, jun., 2011.

DOSSE, C.; CESARINO, C.B.; MARTIN, J.F.V.; CASTEDO, M.C.A. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.17, n.2, p. 201 – 206, mar., 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Diretoria de Pesquisas DPE- Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Acesso em: 20 nov. de 2015. Disponível: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=355220&search=%7C%7Cinfogr%E1ficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio&lang>.

INOUE, K.; PEDRAZZANI, E.S.; PAVARINI, S.C.I.; TOYODA, C.Y. Perceived quality of elderly patients with dementia and family caregivers: evaluation and correlation. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.17, n.2, p.187 - 193, mar., 2009.

JANNUZZI, F.F.; CINTRA, F.A.; RODRIGUES, R.C.M.; SÃO-JOÃO, T.M.; GALLANI, M.C.B.J. Adesão medicamentosa e qualidade de vida em idosos com retinopatia diabética. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.6, n.22, p.902-910, dez., 2014.

JUNIOR, A.A.S.; LINDNER, S.; HELENA, E.T.S. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, SP, v. 59, n.6, p.614 - 62, nov., 2013.

JÚNIOR, D.P.L.; AMARAL, R.T.; VEIGA, E.V.; CÁRNIO, E.C.; NOGUEIRA, M.S.; PELÁ, I.R. Pharmacotherapy in the elderly: a review about the multidisciplinary team approach in systemic arterial hypertension control. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.3, n.14, p.435-441, jun., 2006.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Revista Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v.8, n.4, p.775 – 782, jul., 2003.

LEVIN, J., FOX, J.A., FORDE, D.R., **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 11ª Edição, São Paulo, Editora Pearson Education do Brasil, 2012.

LIEBER, N.S.R.; TEIXEIRA, J.J.V.; FARHAT, F.C.L.G.; RIBEIRO, E.; CROZATTI, M.T.L.; OLIVEIRA, G.S.A. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, RJ, v.18, n.6, p.1499 – 1507, nov., 2002.

MAGNABOSCO, P.; TERAOKA, E.C.; OLIVEIRA, E.M.; FELIPE, E.A.; FREITAS, D.; ALVES, L.M.M. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, SP, v.23, n.1, p. 20 – 27, jan., 2015.

MALTA, M.; CARDOSO, L.O.; BASTOS, F.I.; MAGNANINI, M.M.F.; SILVA, C.M.F.P. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.44, n.3, p.559-565, mar., 2010.

MARCHI, K.C.; CHAGAS, M.H.N.; TUMAS, V.; MIASSO, A.I.; CRIPPA, J.A.S.; TIRAPELLI, C.R. Adherence to medication among patients with parkinson's disease treated specialized outpatient unit. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, RJ, v.18, n.3, p.855 - 862, mar., 2013.

MARQUES, E.I.W.; PETUCO, V.M.; GONÇALVES, C.B.C. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo-RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**. Passo Fundo, RS, v.7, n.2, p.267-279, ago., 2010.

MONTENEGRO, A.J.N.; LUQUE, A.M.; AURIOLLES, E.M.; VERDU, B.T.; MORENO, C.L.; CORREA, J.A.G. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años com prescripcion por principio activo. **Revista Atencion Primária**. Espanha, v.46, n.5, p.238 – 245, mai., 2014.

NERI, A.L. **Envelhecer num país de jovens: Significados de velho e velhice segundo Brasileiros não idosos**. Campinas. SP. Editora da UNICAMP, 1991.

OLIVEIRA, A.D.; MORISKY, D.E.; COSTA, F.A.; PACHECO, S.T.; NEVES, S.F.; LYRA, D.P. Otimização da adesão terapêutica pós alta hospitalar de pacientes com DCV: Ensaio clínico randomizado- estudo piloto. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, SP, v.103, n.6, p.502-512, mai., 2014.

OLIVEIRA, M.P.F.; NOVAES, M.R.C.G. Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência, Brasília- DF, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, DF, v.5, n.65, p.737-744, out., 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Nações Unidas no Brasil. **Alerta para vulnerabilidade as doenças crônicas nos países mais pobres**. Acesso em 04 de

nov. 2015. Disponível: <http://www.onu.org.br/oms-alerta-sobre-a-vulnerabilidade-a-doencas-cronicas-de-paises-mais-pobres-em-reuniao-de-alto-nivel>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan Americana em Saúde.

Unidade Técnica Doenças Transmissíveis e Não

Transmissíveis. Acesso em: 04 de nov. de 2014. Disponível: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=901&Itemid=539.

RAJPURA, J.; NAYAK, R. Medication Adherence in a Sample of Elderly Sussering from Hypertension: Evaluating the Influence of Illness Perceptions, Treatment Beliefs, and Illness Burden. **Journal of Managed Care Pharmacy.** v.20, n.1, p. 58-65, Jan., 2014.

REMONDI, F.A.; CABRERA, M.A.S.; SOUZA, R.K.T. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, RJ, v.30, n.1, p.126 – 136, Jan., 2014.

ROCHA, C.H.; OLIVEIRA, A.P.S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F.T.; SCHROETER, G.; SOUZA, A.C.A.; DECARLI, G.A.; MORRONE, F.B.; WERLANG, M.C. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Revista Ciências & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, RJ, v.13, n.1, p.703 - 710, abr., 2008.

RUFINO, D.B.R.; DRUMMOND, R.A.T.; MORAES, W.L.D. Adherence to treatment: study among people whit hypertension registered on a Basic Health Unit. Journal of the Health Sciences Institute/ **Revista do Instituto de Ciências da Saúde.** São Paulo, SP, v.30, n.4, p.336 – 342, out., 2012.

SANTOS, W.A.; PITEIRA, A.R.S.; FERNANDES, L.F.G.B.; LEITE, B.S.; CAVALEIRO, A.J.B.G.; VALENTE, G.S.C. Aging and therapeutic adherence as care focus on education in nursing international student exchange. **Journal of Nursing UFPE on line.** Recife, PE, v.2, n.9, p.875-886, fev., 2015.

SGNAOLIN, V.; FIGUEIREDO, A.E.P.L. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes em hemodiálise. **Jornal Brasileiro de Nefrologia.** São Paulo, SP, v.34, n.2, p.109 – 116, abr., 2012.

SILVA, A.P.; BORGES, B.V.S.; NETO, J.C.G.L.; AVELINO, F.V.S.D.; DAMASCENO, M.M.C.; FREITAS, R.W.J.F. Adesão ao tratamento com antidiabético orais na atenção básica de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.** v.3, n.16, p.425-433, jun., 2015.

SILVA, K.O.; MASCARENHAS, G.D.M.; SOUZA, S.S.; SILVA, P.A.; FARIA, L.A. Perfil da adesão a terapêutica medicamentosa por pacientes geriátricos participantes de um grupo de convivência na cidade de Vitória da Conquista, BA. **Revista InterScientia.** João Pessoa, v.2, n.2, p.77-95, ago., 2014.

SOUZA, D.M.P.; SILVA, D.L.; FONTENELE, R.P.; ARAUJO, P.M.; CARVALHO, A.L.M. Métodos indiretos para mensurar a adesão ao tratamento medicamentoso na hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura. **Boletim Informativo Geum.** Teresina, PI, v.4, n.1, p. 50-64, jan., 2014.

TAVARES, N.V.L.; BERTOLDI, A.D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L.A.; FRANÇA, G.U.A.; MENGUE, S.S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, SP, v. 47, n.6, p.1092 – 1101, dez., 2013.

VERAS, R.; RISMAN, A.; MENDONÇA, G.A.S.; JUNIOR, K.R.C.; ALVES, M.I.C.; TEIXEIRA, M.T.B.; MONTEIRO, M.F.G.; AZAMBUJA, T. **Terceira Idade: Um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. 3º edição, Rio de Janeiro, RJ, Relume & Dumará, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION–WHO. **Adherence to long term therapies, Evidence for action**. Acesso em: 05 de fev. 2014. Disponível em:http://www.who.int/chp/knowledge/publication/adherence_full_report.pdf.2003.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA E REGISTRO DE DADOS**1. Informações sobre o paciente:**

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: **Nascimento** ____/____/____

Estado Civil

() Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Outro _____

Reside sozinho () sim () não

Se não reside sozinho, com quem reside:

() esposo ou esposa () filho(s) () cuidador () amigo/amiga

Tem Filhos () sim () não

Sua escolaridade:

() Nenhuma

() Saber ler e escrever

() Ensino Fundamental(Primário) () Completo () Incompleto

() Ensino Médio(Ginasial) () Completo () Incompleto

() Ensino Superior(Faculdade) () Completo () Incompleto

Tem formação profissional na área de saúde (Enfermeiro, Farmacêutico, Médico, Dentista, etc)

() sim () não

Exerce Atividade Remunerada

() sim () não

2. Hábitos do paciente:

Automedica-se: () Sim () Não

Pratica atividade física: () Sim () Não

Doença crônica: () Não () Sim

() Hipertensão arterial () Diabetes () Cardiopatia ()
Outros _____

Há quanto tempo você tem o diagnóstico dessa doença (se for mais de uma, a mais antiga, ou seja, a que apareceu primeiro):

() há um ano

() entre um e três anos

() entre três e cinco anos

() mais de cinco anos

Uso de medicamentos: () Sim () Não

Quantos medicamentos utilizam por dia?

() 1– 3 () 4 – 8 () 9 - 15

Nome do medicamento	Frequência Quantas vezes ao dia	Há quanto tempo usa esse medicamento em meses

Quanto esse(s) medicamentos te ajudam:

() me ajudam muito, sem eles minha saúde seria muito prejudicada

() me ajudam pouco, sem eles minha saúde sofreria pouca alteração

() tomo porque o médico manda, se não, não tomaria

() não vejo vantagem. Os efeitos colaterais são maiores que os efeitos benéficos

Quantos médicos receitaram esses medicamentos para você:

() 1 () 2 () 3 () mais 3 () tomo por conta própria

Quando tem um medicamento novo, você tira suas dúvidas em relação ao uso e a indicação com:

() Médico () Farmacêutico () Bula () Internet () Fica com a dúvida

Quanto à organização para tomar os medicamentos:

() você tem tudo guardado na memória

() possui um lembrete ou aviso que te ajuda a lembrar

() alguém da família cuida disso para você

() alguém que não é da família é responsável por essa tarefa

Como você consegue seus medicamentos:

() Compro com meus recursos

() Compro com recursos de familiares (filhos e parentes)

() Não compro. Retiro em serviços públicos (Posto de Saúde, etc)

Quando você compra ou retira em serviços públicos, como isso é feito:

() você mesmo compra ou retira

() você adquire tudo por telefone e os produtos são entregues na sua casa

() Seus filhos providenciam a aquisição

() Conta com seu (sua) companheiro (a) para a aquisição

Com que frequências você se consulta com o médico:

() a cada 2 meses () a cada 3 meses () a cada 6 meses

() só quando tenho algum problema

3. Auto-percepção da saúde:

Como considera a tua saúde: () Ótima () Boa () Regular () Péssima

Se sua saúde é ótima, boa ou regular, a que você atribui isso:

() sempre fui saudável () os medicamentos me ajudam () hábitos saudáveis

Quando precisa fazer uma consulta médica, você vai ao:

() SUS () Consultório particular

4. Teste de Morisky Green:

Você, alguma vez, se esquece de tomar o seu medicamento?

() Sim () Não

Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?

() Sim () Não

Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o seu medicamento?

() Sim () Não

Quando você se sente mal com o medicamento, às vezes deixa de tomá-lo?

() Sim () Não

7. Quando a medicação indicada pelo médico está produzindo efeitos colaterais, você:

() procura a farmácia onde adquiriu o medicamento para orientações

() suspende o uso e entra imediatamente em contato com o médico

() suspende o uso e espera a data de retorno com o médico

() não suspende o uso, pois acredita que esse efeito vai passar

() suspende o uso e troca de médico, pois passa a não acreditar mais na capacidade técnica do profissional.

8. Como você faz para não esquecer de tomar o remédio:

() eu nunca esqueço

() eu sempre tomo no mesmo horário (controlo com o relógio)

() eu sempre associo a um evento (almoço, jantar, novela, jornal)

() alguém me lembra

9. Para você:

() a medicação é o ponto mais importante do cuidado com a saúde

() a medicação é parte importante do cuidado com a saúde

() a medicação é uma mal necessário no cuidado com a saúde

() a medicação é uma parte desagradável no cuidado com a saúde

10. Você tem dificuldades para:

() Abrir ou fechar a embalagem () Ler o que está escrito na embalagem

() Lembrar de tomar o medicamento () Conseguir o medicamento

() Tomar tantos medicamento () Não tenho dificuldades

11. Critério Brasil 2015

VARIÁVEIS	QUANTIDADES
BANHEIRO	
EMPREGADA DOMÉSTICA	
AUTOMÓVEIS	
MICROCOMPUTADOR	
LAVA LOUÇA	
GELADEIRA	
FREEZER	
LAVA ROUPA	
DVD	
MICROONDAS	
MOTOCICLETA	
SECADORA DE ROUPA	

AGUA ENCANADA () SIM () NÃO
RUA PAVIMENTADA () SIM () NÃO

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a responder um questionário, como voluntário(a), que avaliará o perfil farmacológico que utiliza e os fatores que levam a não adesão ao uso do medicamento de uso contínuo nos idosos, no caso de você concordar com a participação favor assinar ao final do documento. A participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição. A etapa da qual o Sr(a) participará será responder o questionário em anexo.

O Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço do pesquisador(a), podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

NOME DA PESQUISA: Fatores preditivos de adesão ao tratamento farmacológico de uso contínuo em idosos

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: Leandro Aparecido Souza

ENDEREÇO: Rua Benedicto Monteiro, 211 Wanel Ville 4 CEP 18055-859

TELEFONE: (15) 33421136

PESQUISADORES PARTICIPANTES: Prof. Dr. Fernando Del Fiol

OBJETIVOS: Identificar os fatores preditivos de adesão à terapia farmacológica em pacientes idosos sob tratamento com medicamentos de uso contínuo.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Se concordar em participar da pesquisa, o Sr.(a) participará respondendo um questionário que visa identificar o perfil farmacológico utilizado e os fatores preditivos de adesão ao tratamento medicamentoso de uso contínuo nos idosos.

RISCOS E DESCONFORTOS: Não há riscos ou desconforto na participação desta pesquisa, pois os participantes irão apenas responder o questionário, sempre respeitando e protegendo a privacidade dos participantes.

BENEFÍCIOS: Como benefício deste estudo, irão contribuir para a pesquisa científica.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá custo para os participantes. Nenhuma remuneração em espécie será pago aos participantes da pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: Os resultados oriundos deste estudo ficarão à disposição da Universidade de Sorocaba, e caso sejam divulgados em revista científica preservaremos informações sobre a localidade e o nome dos participantes.

Assinatura do Pesquisador Responsável:

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG: _____

CPF: _____, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pelo pesquisador(a) Leandro Aparecido de Souza, telefone 991193588, dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa intitulada em Fatores preditivos de adesão ao tratamento farmacológico em idosos, orientado pelo Prof. Dr. Fernando de Sá Del Fiol, telefone 2101-1000, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

LOCAL E DATA:

Sorocaba, 20 de novembro de 2014.

NOME E ASSINATURA DO SUJEITO OU RESPONSÁVEL:

(Nome por extenso)

(assinatura)

ANEXO A – STROBE STATEMENT – CHECK LIST OF ITEMS THAT SHOULD BE INCLUDED IN REPORTS OF CROSS-SECTIONAL STUDIES

STROBE Statement - Checklist of items that should be included in reports of ***cross-sectional studies***

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at

Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time

period

Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses
Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

ANEXO B – TESTE DE MORISKY & GREEN

	sim	não
Quando sente-se mal, deixo de tomar o medicamento?		
Esquece de tomar o medicamento?		
Você é descuidado no horário da administração do medicamento?		
Quando sente-se bem, deixo de tomar?		

Bem, A.J., Neumann, C.R., Mengue, S.S. Teste de Morisky & Green. Revista Saúde Coletiva, p. 279 – 289, 2012.

ANEXO C – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: FATORES PREDITIVOS DE ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM IDOSOS		2. Número de Participantes da Pesquisa: 500	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Leandro Aparecido de Souza			
6. CPF: 301.496.088-88	7. Endereço (Rua, n.º): BENEDICTO MONTEIRO 211 JARDIM WANEL VILLE IV SOROCABA SAO PAULO 18055859		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (15) 3342-1136	10. Outro Telefone:	11. Email: leandro_enf@ig.com.br
12. Cargo: <i>Enfermeiro</i>			
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo. Data: <u>24</u> / <u>11</u> / <u>14</u> <i>[Assinatura]</i> Assinatura			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
13. Nome: Universidade de Sorocaba - UNISO	14. CNPJ: <i>71.487.094/0001-13</i>		15. Unidade/Órgão:
16. Telefone: (15) 1101-4055	17. Outro Telefone: <i>(15) 2101-7000</i>		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Responsável: <i>José Martins Oliveira Jr</i> CPF: <u>042.836.018-10</u> Cargo/Função: <i>Pró-Reitor Acadêmico</i> Data: <u>24</u> / <u>11</u> / <u>14</u> <i>[Assinatura]</i> Assinatura			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica. Prof. José Martins de Oliveira Junior, Ph.D. Pró-Reitor Acadêmico Universidade de Sorocaba RG: 9.104.573-3			

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE DE SOROCABA.

UNIVERSIDADE DE
SOROCABA - UNISO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES PREDITIVOS DE ADEÇÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO EM IDOSOS

Pesquisador: Leandro Aparecido de Souza

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39082414.7.0000.5500

Instituição Proponente: Universidade de Sorocaba - UNISO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 958.875

Data da Relatoria: 11/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Uniso. Resumo do Projeto: O processo do envelhecimento é dinâmico e progressivo, momento em que ocorrem alterações morfológicas e psicológicas que levam a vulnerabilidade e às doenças. Para o controle e tratamento dessas doenças, a intervenção farmacológica ainda é uma das principais estratégias para seu controle. Desta forma, a adesão à terapêutica medicamentosa é fundamental para efetividade do tratamento. O objetivo deste estudo será

identificar os fatores preditivos de adesão à terapia farmacológica em pacientes idosos sob tratamento com medicamentos de uso contínuo. Será um estudo de natureza transversal, descritivo e analítico, por meio da aplicação de um questionário aos idosos que frequentam o Clube dos Idosos de Sorocaba e Universidade da Terceira Idade. O instrumento de avaliação será composto por questões direcionadas a identificar a adesão ao

tratamento farmacológico, tomando como base a metodologia de Morisky. Serão incluídos idosos com idade maior a 60 anos e que estejam fazendo uso de algum medicamento há pelo menos 3 meses. A análise estatística será através do software BioStat, as variáveis serão analisadas através de tabelas descritivas em análises univariada e multivariada.

Endereço: Rodovia Raposo Tavares, km 92,5

Bairro: Vila Artura

CEP: 18.023-000

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)2101-7101

Fax: (15)2101-7073

E-mail: cep@uniso.br

UNIVERSIDADE DE
SOROCABA - UNISO



Continuação do Parecer: 958.875

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores preditivos de adesão à terapia farmacológica em pacientes idosos sob tratamento com medicamentos de uso contínuo.

Objetivo Secundário:

Identificar a frequência de uso dos principais medicamentos de uso contínuo; Traçar um perfil do idoso aderente e não aderente à terapia medicamentosa de uso contínuo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Ocorrerão riscos mínimos, pois os idosos serão submetidos à responderem um questionário com perguntas simples, que versarão sobre o uso de medicamentos

Benefícios:

Os profissionais da saúde e ou familiares poderão identificar os reais fatores de não adesão ao tratamento medicamentoso, e assim trabalhar para a diminuição de não adesão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador atendeu as solicitações do CEP e o projeto encontra-se em condições de ser realizado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados.

Recomendações:

O projeto está de acordo com as normas do CEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu as solicitações do CEP e o projeto encontra-se em condições de ser realizado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rodovia Raposo Tavares, km 92,5

Bairro: Vila Artura

CEP: 18.023-000

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)2101-7101

Fax: (15)2101-7073

E-mail: cep@uniso.br

UNIVERSIDADE DE
SOROCABA - UNISO



Continuação do Parecer: 958.875

SOROCABA, 22 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
ana laura schliemann
(Coordenador)

Endereço: Rodovia Raposo Tavares, km 92,5

Bairro: Vila Artura

CEP: 18.023-000

UF: SP

Município: SOROCABA

Telefone: (15)2101-7101

Fax: (15)2101-7073

E-mail: cep@uniso.br

**ANEXO E – AUTORIZAÇÃO DO CLUBE DO IDOSO DE SOROCABA,
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA.**



Universidade de Sorocaba

Sorocaba, 06 de novembro de 2014

Ilma Sra.
Presidente da Secretaria de Desenvolvimento Social
Dra. Edith Maria G. Di Giorgi

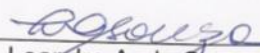
Venho por meio deste solicitar a utilização do espaço do Clube do Idoso de Sorocaba, vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social do município, nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2015 para realizar uma pesquisa de campo com os idosos que ali frequentam à fim de concluir meu trabalho. Avisarei com antecedência e melhor horário o dia de minha visita, e não terá prejuízos em relação às atividades desenvolvidas.

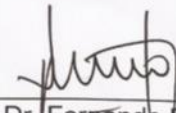
Eu aluno do Programa de Pós Graduação da Universidade de Sorocaba, Mestrado em Ciências Farmacêuticas, conheci o espaço durante algumas atividades desenvolvidas e verifiquei uma grande população de pessoas com idade a partir de 60 anos que irão contribuir significativamente para a conclusão deste, sendo o objetivo identificar os fatores preditivos à adesão dos medicamentos de uso contínuos em idosos, bem como verificar o perfil dos medicamentos utilizados.

Esta instituição tem uma estrutura muito favorável para realização de meu trabalho, pois encontrarei pessoas saudáveis, procurando uma melhor qualidade de vida e que estão em uso de algum medicamento de uso contínuo, favorecendo então minha pesquisa. Este trabalho será acompanhado e orientado pelo Prof. Dr. Fernando Del Fiol, e ficamos responsáveis em apresentar à instituição os resultados após o término da pesquisa.

Agradeço pela colaboração e aguardo resposta, para que possa encaminhar o projeto ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade.

Atenciosamente,


Leandro A. de Souza
Pesquisador


Prof. Dr. Fernando Del Fiol
Orientador

De acordo
Fech

**ANEXO F – AUTORIZAÇÃO DA UNIVERSIDADE DA TERCEIRA IDADE –
UNIVERSIDADE DE SOROCABA**



Universidade de Sorocaba

Sorocaba, 06 de novembro 2014

Ilmo Sr. Coordenador da Universidade da Terceira Idade,

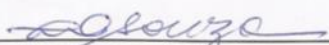
Venho por meio desta solicitar a utilização do espaço da Universidade da Terceira Idade, vinculada à Universidade de Sorocaba, no mês de Janeiro e Fevereiro de 2015 para realizar uma pesquisa de campo com os idosos que ali frequentam à fim de concluir meu trabalho. Eu aluno do Programa de Pós Graduação da Universidade de Sorocaba, mestrado em Ciências Farmacêuticas, conheci este espaço durante algumas atividades desenvolvidas e verifiquei uma grande população de pessoas com idade à partir de 60 anos que irão contribuir significativamente para a conclusão deste, sendo o objetivo Identificar os fatores preditivos à adesão dos medicamentos de uso contínuo em idosos, bem como verificar o perfil dos medicamentos utilizados.

Esta instituição tem uma estrutura muito favorável para realização de meu trabalho, pois encontrarei pessoas saudáveis, procurando uma melhor qualidade de vida e que estão em uso de algum medicamento de uso contínuo, favorecendo então minha pesquisa. Este trabalho será acompanhado e orientado pelo Prof. Dr. Fernando Del Fiol, e ficamos responsáveis em apresentar à instituição os resultados após o término da pesquisa.

Agradeço pela colaboração e aguardo resposta para inicio da pesquisa.

Atenciosamente,




Leandro A. de Souza
Pesquisador

ANEXO G – ORIENTAÇÕES PARA APRESENTAÇÃO DE DISSERTAÇÕES DO PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS DA UNIVERSIDADE DE SOROCABA.



UNISO

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Reconhecido pela Portaria MEC Nº 1.077, de 31 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União em 3 de setembro de 2012, Seção 1, p. 12.

Orientações para apresentação de dissertações do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba

As dissertações de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba (PPGCF-Uniso) poderão ser apresentadas em dois formatos: o tradicional ou em formato de artigo(s) científico(s). Os trabalhos de investigação que possam resultar em patentes poderão ser apresentados na forma convencional, a critério do grupo de pesquisadores envolvidos, reservadas as particularidades exigidas em relação ao sigilo.

O formato tradicional segue o padrão descrito nas normas do “Manual para normalização de trabalhos acadêmicos” da Universidade de Sorocaba.

As dissertações entregues no formato de artigo científico têm como exigência a publicação ou, no mínimo, a submissão prévia de pelo menos um artigo em revista científica com classificação mínima Qualis/Capes B2 (de acordo com a categorização da WebQualis mais recente, na data do envio/publicação) e podem ser inseridos no idioma e na formatação estabelecida pelo(s) respectivo(s) periódico(s). Os demais artigos podem não ter sido submetidos ainda.

A dissertação no formato de artigo(s) científico(s) deverá possuir os elementos apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Elementos para a construção da dissertação no formato de artigo(s) científico(s).

Elementos pré-textuais	1. Folha de rosto
	2. Errata (Opcional)
	3. Folha de aprovação
	4. Dedicatória (Opcional)
	5. Agradecimentos (Opcional)
	6. Epígrafe (Opcional)
	7. Resumo na língua vernácula
	8. Resumo em inglês (Abstract)
	9. Lista de abreviaturas e siglas; lista de tabelas e lista de símbolos (opcionais). Estas listas não devem conter as informações apresentadas nos artigos científicos.
	10. Sumário



UNISO

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacéuticas

Reconhecido pela Portaria MEC Nº 1.077, de 31 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União em 3 de setembro de 2012, Seção 1, p. 12.

<i>Elementos textuais</i>	<i>11. Introdução ou apresentação:</i> trata-se da parte inicial do texto com formulação clara e simples do tema investigado, constando a delimitação do assunto tratado, sua relevância e justificativa.
	<i>12. Revisão de literatura:</i> quando a revisão de literatura for concebida como artigo de revisão, este item deverá ser incluído no item resultado(s).
	<i>13. Objetivos:</i> geral e específico
	<i>14. Material e Métodos (opcional).</i> Quando parte dos resultados não for apresentada no formato de artigo, este item deverá ser incluído após os objetivos específicos. Quando o autor quiser apresentar o(s) método(s) de forma mais detalhada do que no artigo, este item pode também ser apresentado em separado.
	<i>15. Resultados (pode ser apresentado no formato de artigos):</i> deve(m) ser inserida(s) a(s) cópia(s) de artigo(s) derivado(s) da dissertação, previamente publicados, submetidos ou não para publicação em revistas científicas. Sugere-se que cada artigo seja antecedido de uma breve apresentação seguida dos elementos de identificação do artigo (autores, título, revista de publicação, volume, páginas). Os artigos anexados poderão ser apresentados nos formatos exigidos pelas revistas, as quais os artigos foram publicados e/ou submetidos. Parte dos resultados pode ser apresentada em separado dos artigos, quando conveniente.
	<i>16. Discussão (opcional):</i> O autor pode ampliar a discussão dos resultados, quando conveniente.
	<i>17. Conclusão ou Considerações finais:</i> esta parte deverá conter a conclusão do trabalho ou as considerações do autor sobre os resultados alcançados frente aos objetivos propostos.
<i>Elementos pós-textuais</i>	<i>18. Referências:</i> Devem seguir as normas do "Manual para normalização de trabalhos acadêmicos" da Universidade de Sorocaba. Não devem ser inseridas as referências apresentadas nos artigos.
	<i>19. Apêndices (Opcional)</i>
	<i>20. Anexos (Opcional)</i>

**UNISO**

Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas

Reconhecido pela Portaria MEC Nº 1.077, de 31 de agosto de 2012, publicada no Diário Oficial da União em 3 de setembro de 2012, Seção 1, p. 12.

Encaminhamentos posteriores à defesa da dissertação:

1. A incorporação de correções e alterações sugeridas pela banca no artigo científico deve ser definida pelo orientador e informada ao mestrando;
2. O orientador continua sendo o responsável por aprovar a versão final do trabalho;
3. O trabalho final deve ser entregue na Secretaria da Pós-Graduação, impresso e acompanhado do arquivo digital em pdf (CD);
4. O arquivo digital (em pdf) deve conter o trabalho completo em único arquivo (incluindo capa, elementos pré-textuais, ficha catalográfica e folha de aprovação assinada por todos os membros da banca e demais seções).
4. Um dos exemplares impressos será encaminhado imediatamente à biblioteca, exceto quando for objeto de patente. Neste caso, os procedimentos devem ser discutidos previamente com a coordenação do programa;
5. Dissertações no formato de artigos podem não ser divulgadas imediatamente no site do programa, caso solicitado pelo orientador. Neste caso, apenas o resumo e o abstract serão divulgados no site, junto com a seguinte informação: *Trabalho completo contendo artigos científicos. Aguardando a publicação dos resultados.*
6. A princípio, a versão eletrônica da dissertação contendo artigos poderá ser retida por até 12 meses. A partir deste prazo, o trabalho completo será divulgado na página do programa. Havendo necessidade de prorrogação dos 12 meses, o orientador deve discutir com a coordenação os encaminhamentos.
7. Os docentes devem informar à Secretaria do Programa (com cópia para a coordenação do programa), sempre que um artigo derivado de dissertação for publicado, acompanhado da referência no formato ABNT. Neste caso, será incluída no site a referência e um hiperlink para acesso do artigo, logo abaixo do resumo.

ANEXO H – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO PARA GERIATRICS & GERONTOLOGY INTERNATIONAL.

29/07/2016

ScholarOne Manuscripts



Geriatrics & Gerontology International

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to
Geriatrics & Gerontology International

Manuscript ID
GGI-0464-2016

Title
DRUG TREATMENT IN THE ELDERLY: PREDICTIVE FACTORS

Authors
Souza, Leandro
Bergamaschi, Cristiane
Nogueira, Eliete
Del Fiol, Fernando

Date Submitted
29-Jul-2016

Author Dashboard

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2016. All Rights Reserved.
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

@ScholarOneNews | System Requirements | Privacy Statement | Terms of Use

