

Consulta de enfermagem gerontológica associada à escala de adesão terapêutica

Consultation of gerontological nursing associated to the scale of therapeutic adherence

Tâmara Dias de Alencar¹ • Raísa Gonçalves Aquino² • Luiza Rodrigues Santos³ • Hanna Araújo Lobato⁴
George Luiz Alves Santos⁵ • Rosimere Ferreira Santana⁶ • Selma Petra Chaves Sá⁷

RESUMO

Este estudo objetivou identificar o grau de adesão ao tratamento de doenças autorreferidas segundo a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens versão português da Morisky Medications Adherence Scale - MMAS-8 e identificar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem em um grupo para terceira idade, a partir da consulta de enfermagem gerontológica. Estudo de abordagem quantitativa, do tipo descritivo, observacional e longitudinal, de amostra por conveniência, abrangendo 31 participantes. Os resultados totalizaram 48,39% (n= 15) de média adesão no MMAS-8, e 35,48% (n= 11) de alta adesão. Destacaram-se oito diagnósticos de enfermagem mais frequentes, distribuído nos domínios Segurança/Proteção (3), Promoção da Saúde (1), Nutrição (1), Atividade e Repouso (2), Percepção/cognição (1) e seguidos pelas intervenções correlatas. Conclui-se que o instrumento de consulta de enfermagem gerontológica fundido com outros instrumentos de avaliação de saúde e comportamento permitiu uma pluralidade de informações fundamentais, as quais orientaram a tomada de decisão diagnóstica e de intervenção de enfermagem.

Palavras-chave: Consulta de Enfermagem; Adesão à Medicação; Diagnósticos de Enfermagem; Questionário.

ABSTRACT

This study aimed to identify the degree of adherence to the treatment of self-reported diseases according to the Morisky Medications Adherence Scale - MMAS-8 and to identify the main nursing diagnoses and interventions in a group for the elderly, From the gerontological nursing consultation. A quantitative, descriptive, observational and longitudinal study of a sample of convenience, covering 31 participants. The results were 48.39% (n = 15) of medium adhesion in MMAS-8, and 35.48% (n = 11) of high adhesion. Eight of the most frequent nursing diagnoses were distributed in the areas of Safety / Protection (3), Health Promotion (1), Nutrition (1), Activity and Rest (2), Perception / cognition (1) and followed by related interventions. It was concluded that the gerontological nursing consultation instrument merged with other health and behavior assessment instruments allowed a plurality of fundamental information, which guided the decision-making process and nursing intervention.

Keywords: Office Nursing; Medication Adherence; Nursing Diagnosis; Questionnaires

NOTA

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica Geral em caráter de residência pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, alencartd@gmail.com

²Enfermeira. Especialista em Gerontologia. Pós graduanda em enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica em caráter de residência pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, raisa.aquino@hotmail.com

³Enfermeira. Pós graduanda em enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica em caráter de residência pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, luiza_rodrigues@id.uff.br

⁴Enfermeira. Especialista em Enfermagem Gerontológica pela Universidade Federal Fluminense, hanna_lobato@yahoo.com.br.

⁵Enfermeiro, Especialista em Enfermagem Gerontológica, Mestre em Ciências do Cuidado em Saúde pela Universidade Federal Fluminense, Professor Auxiliar da Universidade Estácio de Sá, georgealvesrad@hotmail.com.

⁶Enfermeira, Especialista em Psicogeriatria, Professora Pós-doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Universidade Federal Fluminense, rosifesa@enf.uff.br

⁷Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, spetra@ig.com.br

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional cresce exponencialmente no Brasil e no mundo ⁽¹⁾. Esta população, além de ser a que mais cresce, está entre a de maior prevalência em doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) e de alto custo em saúde. Tais doenças tem sido a principal causa de morbimortalidade. Comumente, sua evolução é lenta, com efeitos em longo prazo e imprevisíveis ⁽²⁾, e destaca-se a hipertensão arterial sistêmica, responsável em média por 40% das mortes por acidente vascular cerebral ⁽³⁾.

Ressalta-se a importância da adesão ao tratamento dessas doenças crônicas, pois a baixa aderência ou o abandono ao tratamento contribuem para o aumento do risco de complicações da doença, de reinternações hospitalares e do gasto público ⁽⁴⁻⁵⁾.

A adesão terapêutica trata-se de um processo multifatorial. Considera-se a frequência, empenho e determinação em relação ao plano de cuidados ⁽⁶⁾, ou ainda, pela tomada das medicações prescritas atentando para os horários, doses e duração do tratamento, que compreende mudanças necessárias no estilo de vida ^(7,8,9).

Desta forma, idosos que apresentam DCNTs necessitam de um regime terapêutico complexo, que justifica a importância do tema adesão, e torna imprescindível a abordagem sistematizada e fundamentada durante a consulta de enfermagem gerontológica.

O enfermeiro tem a responsabilidade de desenvolver e fortalecer a adesão nos pacientes, a partir da elaboração de intervenções que favoreçam a construção de comportamentos saudáveis por meio das práticas educativas e da promoção da saúde ⁽¹⁰⁾.

A Consulta de Enfermagem é respaldada em lei, sendo privativa ao enfermeiro e utiliza método científico para constatar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas que favoreçam a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade ⁽¹⁰⁾. E esta é composta pelas seguintes fases: 1ª Histórico de Enfermagem, 2ª Diagnóstico de Enfermagem, 3ª Planejamento/Prescrição de Enfermagem, 4ª Intervenção/Implementação de Enfermagem e 5ª Avaliação/Evolução de Enfermagem ⁽¹⁰⁾.

Tendo em vista os aspectos relevantes da consulta de enfermagem ao idoso, elaborou-se o seguinte objetivo: Identificar o grau de adesão ao tratamento de doenças autorreferidas segundo a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky (oito itens versão português) da Morisky Medications Adherence Scale - MMAS-8 e Identificar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem em um grupo para terceira idade.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de abordagem quantitativa, do tipo descri-

vo, observacional e longitudinal. A amostra foi por conveniência, selecionaram-se idosos participantes de um Programa para Idosos Independentes, uma Universidade Aberta da Terceira Idade, denominada Universidade Federal Fluminense (UFF) - Espaço Avançado – UFFESPA, localizada em Niterói, RJ. Este Programa caracteriza-se por desenvolver atividades de extensão interdisciplinar e atua no ensino, pesquisa e extensão. Além disso, promove diversas atividades em oficinas, visitas culturais, cursos e conferência nas áreas social, educacional, artística, cultural, de lazer e de saúde.

O período de coleta de dados ocorreu de agosto a dezembro de 2014, duas vezes por semana, no turno diurno.

Os critérios de inclusão foram: faixa etária acima de 60 anos; encaminhados pela assistente social por necessitar de orientações de saúde; terem concluído no mesmo ano do estudo os testes de Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e Escala de Atividade Instrumental de Vida Diária - Lawton (AIVD); e serem capazes de se locomover independentemente até o UFFESPA. Foram elegíveis 34 idosos.

Critérios de Exclusão: idosos que não compareceram as consultas subsequentes e que não conseguiram completar os formulários de coleta de dados. Ao final, 31 idosos concluíram as etapas do estudo.

Os Instrumentos de coleta de dados utilizados foram 4, mencionados abaixo:

- Consulta de Enfermagem em Gerontologia (Figura 1) ⁽¹¹⁾ composto por: Histórico de enfermagem com dados de identificação, história pregressa, história familiar, história da doença atual, e os itens referentes aos Diagnósticos de enfermagem, baseados nos 12 domínios do NANDA-I ⁽¹²⁾. Cabe ressaltar que os instrumentos de avaliação da adesão e os de avaliação da capacidade funcional do idoso foram inseridos em cada domínio NANDA-I pertinente, para facilitar o raciocínio diagnóstico.

- Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens versão português da Morisky Medications Adherence Scale - MMAS-8 - aborda o método de autorrelato mais atual e sua sensibilidade tem sido maior ao comparar à mesma escala de quatro itens ⁽¹³⁾. Contém oito perguntas com respostas fechadas, categorizadas em sim/não, que avaliam os comportamentos específicos quanto à tomada de medicação, podendo ser classificados em comportamentos não intencionais: esquecer-se de tomar os medicamentos; ou comportamentos intencionais: parar de tomar o medicamento porque se sente melhor, ou pior. O grau de adesão terapêutica determina-se de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (8 pontos), média adesão (6 e 7 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos) ⁽¹³⁾. Tem como vantagens: questionário curto; baixo custo; aplicável em

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM GERONTOLOGIA

| | | | |
|---|--|--|--|
| 1- Histórico de enfermagem | | Data : ____/____/____ | |
| 1.1 – Dados de identificação | | | |
| Nome: _____ | | Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ | |
| Endereço: _____ | | Bairro: _____ UF: _____ Cidade: _____ | |
| Sexo: () Masculino () Feminino | | Telefone Res: _____ Telefone Cel.: _____ Pessoa p/ contato: _____ | |
| Mora com : _____ | | Cuidador : _____ Profissão : _____ Ocupação: _____ | |
| Estado civil: () Casado () Solteiro () Viúvo () Separado | | | |
| Fonte de renda : () Aposentado () Pensionista () Empregado () Sem renda | | | |
| Escolaridade: Número de anos de estudo? _____ | | () Analfabeto () Fund. Completo () Fund. Incompleto | |
| () Médio Completo () Médio Incompleto () Superior Completo () Superior Incompleto | | | |
| Queixas (motivo): ----- | | | |
| Domínio 1 – Promoção da saúde | | | |
| <i>História Progressiva</i> | | | |
| () HAS () Cardiopatas () Hepatite () DM () Dislipidemia () Tuberculose () AVE () Obesidade () Trauma () DPOC | | | |
| () Doenças Psiquiátricas () Alergia _____ () Cirurgias _____ | | | |
| () Hospitalizações _____ Última Internação: ____/____/____ Causa: _____ | | | |
| <i>História Familiar</i> | | | |
| () IAM () AVE () Síndromes Demenciais () HAS () Cardiopatas () DM () Outros _____ | | | |
| Tratamento ambulatorial : () Cardiologista () Clínica Médico () Neurologista () Nutricionista () Fisioterapia () Fonodólogo () Geriatria | | | |
| () Outros: _____ Medicamentos: mais de 5 () _____ | | | |
| Tem consciência do estado de saúde? () Sim () Não | | Se esforça para manter o bem estar? () Sim () Não | |
| Tem adesão ao regime terapêutico? () Sim () Não | | A família segue o regime terapêutico? () Sim () Não | |
| Escala de Morisky (MMAS-8): _____ | | | |
| () Tabagismo _____ cigarros/dia Parou? () Sim () Não () Etilismo () Outras Drogas. Quais ? _____ | | | |
| Domínio 2 – Nutrição | | | |
| Dieta especial: () Sim () Não Qual ? _____ | | Restrição dietética: () Sim () Não () carboidratos () hipossódica () lipolípica | |
| Dificuldade de deglutir / disfagia: () Sim () Não | | Ingesta de líquidos: () 1 L () 1,5 L () 2 L () 2,5 ou mais | |
| Falta de apetite () Sim () Não | | Perda de peso: () Sim () Não Quantos ? _____ | |
| Quantas refeições diárias: 3 a 6 () 7 a 8 () | | Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Circ. Abdominal: _____ | |
| Domínio 3 – Eliminação e Troca | | | |
| <i>Hábitos Intestinais:</i> Frequência: () diário () 3 em 3 dias () mais de 5 dias | | | |
| () Constipação (fezes duras e secas) () Uso de laxantes _____ () Percepção de constipação () Abd. distendido () Massas palpáveis | | | |
| () Diarréia () Ostomia () Abd. normotenso () Incontinência () Percussão timpânica () Abd flácido () Peristalse presente | | | |
| () Fígado aumentado () Abd. tenso | | | |
| <i>Hábitos Urinários:</i> Frequência: () 3 ou menos () 4 a 6x ao dia () mais de 7 () Espontânea () Urina límpida () Disúria () Enurese noturna | | | |
| () Urina turva () Nictúria () Retenção () Oligúria () Anúria () Poliúria () Hematúria () Odor | | | |
| () Incontinência: () Funcional () Por esforço () Urgência Outras observações : _____ | | | |
| Domínio 4 – Atividade e Repouso | | | |
| Quantas horas dorme por noite? () abaixo de 3h () 4h () 5 a 6h () acima de 8h () Dorme apenas com medicação Qual ? _____ | | | |
| () Insônia _____ () Repouso pela manhã () Repouso pela tarde Sente-se cansado ao acordar? () Insatisfação com o sono? () | | | |
| () Hemiparesia () Hemiplegia () Prejuízos músculo esqueléticas () Prejuízos neuromuscular () Amplitude limitada de movimento | | | |
| () Mudanças na marcha Deambula com Auxílio: () Não () Sim: uso de bengala () andador () prótese () | | | |
| Ausculta Pulmonar: () Normal () Estertores () Sibilos Dispnéia: () Sim () Não Ausculta cardíaca: () B3 () B4 () Sopro | | | |
| Ritmo cardíaco: () Regular () Irregular Perfusão periférica: () Normais () Sinais TVP () Insuficiência arterial Edema: () | | | |
| Tornozelos () Tibia () Joelhos () Coxas Sinais vitais: PA: _____ Pulso: _____ Freq. Resp.: _____ Temp.: _____ | | | |
| Índice de AVDs de KATZ: _____ | | Índice de AIVDs de LAWTON: _____ | |
| Domínio 5 – Percepção /Cognição | | | |
| Mini Exame do Estado Mental (MEEM): _____ Estado Mental : () Alerta () Confuso () Orientado () Agressividade () Queixa de perda de memória | | | |
| Fala: () Normal () Arrastada () Murmurada () Agnosia Habilidade para comunicar-se: () Sim () Não | | | |
| Habilidade para compreender-se: () Sim () Não | | | |
| Audição: () Dentro dos limites () Prejudicada | | Visão: () Dentro dos limites () Prejudicada | |
| Domínio 6 – Auto percepção | | | |
| EDG : _____ Percepção de si mesmo: () Positiva () Negativa Autoestima: () Baixa: { [] < 6 m. [] > 6 m. } () Alta | | | |
| Imagem corporal: () Positiva () Negativa Comportamento de não reconhecer o próprio corpo: () Sim () Não | | | |
| () Isolamento social () Isolamento físico () Isolamento afetivo | | | |

| | | |
|---|--|--|
| <p>Domínio 7 – Relacionamento de Papel Relacionamento com a família: () conflituoso () crises situacionais (saúde, separação) () incapacidade de suprir as necessidades emocionais () negação de problemas Relacionamento com o cuidador: () Estresse e tensão do cuidador Relacionamento com amigos: () frequente outros espaços: igreja () _____ Conflito no papel Pai/Mãe: () Relato de preocupação em relação a mudança no papel pai/filho</p> | | |
| <p>Domínio 8 – Sexualidade () Padrão sexual alterado () Disfunção sexual Freqüência sexual: _____ / () semana () mês Parceiro único: () Sim () Não Uso de preservativo: () Sim () Não</p> | | |
| <p>Domínio 9 – Enfrentamento / Tolerância ao estresse Mudança ambiental recente? _____ () Estresse pós-trauma Ansiedade: _____ () Leve () Moderada () Grave () Ansiedade em relação à morte () Antecipação de sofrimento () Morte de pessoa significativa () Medo _____ () Sentimento de pesar () Manutenção da conexão com o falecido () Sentimento de impotência () Relato de falta de controle () Relato de frustração Negação: () Recusa assistência a saúde () Minimiza sintomas () Desloca a fonte dos sintomas () Ao falar sobre acontecimentos angustiantes faz gestos de mandar embora () Tristeza crônica > de 6 meses () Tristeza recorrente () Relatos de sentimentos negativos () Dificuldade de adaptação () Relato de incapacidade física social</p> | | |
| <p>Domínio 10 – Princípios de vida Crença religiosa: () Sim () Não Bem estar espiritual: () Sim () Não Barreiras para praticar a religião: () transporte () doença</p> | | |
| <p>Domínio 11 – Segurança / Proteção Quedas recentes? () Não () Sim _____ Residência: () Tapetes () Escada () Ausência de barra de proteção () Ausência de piso Antiderrapante Vacinação / Imunização: () Completa () Incompleta Qual? _____ Dentição prejudicada: () Uso de próteses () Ausência de dentes () Halitose Cavidade oral: () Inteira () Com lesões () Higiene insatisfatória Mucosas: () Desidratadas () Hipocoradas () Hiperemia () Língua saburrosa () Paladar diminuído () Diminuição da salivação Pele: () Turgor Diminuído () Mudança na pigmentação (skin tears) () Rompimento da pele () Proeminências ósseas Feridas: () Úlcera de pressão () Úlcera venosa () Dificuldade de cicatrização de feridas () Cicatrização de feridas preservado () Plano suicida () armazenamento de remédios, arma e distribuir suas posses () Abuso e maus-tratos doméstico</p> | | |
| <p>Domínio 12 – Conforto Dor: () Não () Sim: () Aguda < 6 meses () Crônica > 6 meses Localização: () MMII () MMSS () Lombar Outros _____ Intensidade: Leve Moderada Incômoda Intensa Insuportável [] 0 [] 1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 [] 8 [] 9 [] 10 Tipo: [] Queimação [] Pontada [] Constrictiva (aperto) [] Contínua [] Repentina [] Lentamente [] Cíclica (periódica)</p> <p style="text-align: center;">Assinatura: _____</p> | | |

FIGURA 1 – Instrumento de Consulta de Enfermagem Gerontológica, Niterói, Rio de Janeiro, 2009 ⁽¹¹⁾

Fonte: Criada pela Dr. Ana Carla Cavalcanti e adaptado pela Dr. Rosimere Ferreira Santana.

vários cenários; e possibilita a identificação de fatores relacionados à adesão. As desvantagens postas relacionam-se à sensibilidade e acurácia ⁽⁷⁻⁸⁾.

- **Diagnósticos e Resultados de Enfermagem** - esses instrumentos identificam os diagnósticos a partir do instrumento da Consulta de Enfermagem em Gerontologia, de acordo com os fatores relacionados e características definidoras da NANDA-I (segunda fase do processo de enfermagem). Selecionou-se para análise e discussão somente os diagnósticos com frequência acima de 5%, destacaram-se oito diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Os resultados esperados (terceira fase do processo de enfermagem) e a avaliação de enfermagem (quinta fase do processo de enfermagem) adotam os resultados sugeridos e ou adicionais baseados na NOC ⁽¹⁴⁾ e, relacionados aos Diagnósticos de enfermagem, seguido pelos indicadores (1, 2, 3, 4 e 5).

- **Intervenções de Enfermagem** - trata-se de um instrumento utilizado para selecionar as intervenções (quarta fase do processo de enfermagem), de acordo com a NIC ⁽¹⁵⁾ e que se adequem/conectem aos diagnósticos e aos resultados de enfermagem identificados a partir do instrumento da Consulta de Enfermagem Gerontológica.

Para análise dos dados, utilizou-se o programa Excel 2010, a fim de incluir os dados referentes às variáveis: idade; sexo; escolaridade; pressão arterial; acompanhamento médico; medicamentos utilizados; doenças autorreferidas; resultado da Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens, do teste do MEEM, e das escalas de EDG e AIVD; diagnósticos; resultados iniciais; intervenções, e resultados obtidos na avaliação.

Quanto aos aspectos éticos, ressalta-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer nº 250.132/13. Aos participantes, foi informado de forma oral e escrita o caráter voluntário quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a confidencialidade e anonimato dos dados, observando a Resolução nº 466/12 ⁽¹⁶⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização da amostra obteve média de idade de 71,29 anos, sendo a mínima de 60 anos e a máxima de 83 anos, maioria do sexo feminino com 93,55% (n= 29). A respeito da escolaridade, 38,71% (n= 12) alcançaram

até nove anos de estudos; 35,48% (n= 11) até 13 anos e 25,81% (n= 8) até 18 anos de estudos.

Referente à história clínica, constatou-se: Pressão Arterial dos 61,29% (n= 19) foi de 110-139/ 70-89mmHg, o qual caracteriza baixo risco cardiovascular global ⁽¹⁶⁾; 61,29% (n= 19) eram acompanhados por até duas especialidades médicas distintas, assim 38,71% (n= 12) faziam uso de até dois medicamentos e 35,48% (n= 11) utilizavam mais de cinco medicamentos. Com isso, pondera-se que a polifarmácia pode aumentar o risco de desenvolver reações adversas, pode dissimular síndromes geriátricas ou gerar quadros de confusão, incontinência e quedas ⁽¹⁷⁾. Quanto às doenças autorreferidas, destacaram-se: Hipertensão Arterial Sistêmica 74,19% (n= 23), Dislipidemias 51,61% (n= 16) e outras com menor frequência.

Relativamente à MMAS-8: 48,39% (n= 15) dos entrevistados alcançaram de 6 a 7 pontos resultando em média adesão, enquanto 35,48% (n= 11) alcançaram alta adesão com 8 pontos e 16,13 (n= 5) foram considerados não aderentes, pois obtiveram menos de 6 pontos na escala. Esses dados corroboram com outros estudos ⁽¹⁹⁻²⁰⁾, e salienta-se que a não aderência ao tratamento da hipertensão, por exemplo, pode causar falhas no controle da pressão arterial.

Com a ferramenta da MMAS-8, foi possível identificar as barreiras para adesão, sendo possível identificar comportamentos não intencionais, como se esquecer de tomar os medicamentos, ou comportamentos intencionais, como parar de tomar o medicamento porque se sente melhor, ou pior ^(9,20) e assim direcionar a intervenção de enfermagem, a fim de estimular a adesão ao tratamento.

Neste estudo, os participantes foram caracterizados com média adesão, desta forma, foi necessária reforçar a educação em saúde, a importância da tomada das medicações prescritas em conjunto com uma mudança no estilo de vida com o intento de estabilizar os sintomas da doença.

A avaliação da adesão terapêutica associado às escalas de avaliação multidimensional do idoso permitiu uma avaliação ampla, e quando associado ao processo de trabalho e a linguagem própria da enfermagem, assegura um cuidado integral.

Assim, referente à funcionalidade global dos idosos: a função cognitiva foi avaliada por meio do MEEM, no qual 77,42% (n= 24) dos participantes atingiram entre 26 a 30 pontos, considerado normal; O EDG visa analisar o humor e a inclinação à depressão, o qual 87,10%(n=27) obteve de 0 a 4 pontos, dentro da normalidade; A autonomia dos participantes foi examinada a partir do AIVD e 61,29% (n= 19) receberam pontuação máxima de 21 pontos, sendo classificados como independentes.

Concernente aos principais diagnósticos de enfermagem identificados durante a consulta de enfermagem, constatou-se 22 categorias diagnósticas distintas, com

média de 4,87 [mínimo de 2 e máximo de 8] diagnósticos para cada idoso. Os domínios mais recorrentes, a saber, Segurança/Proteção, Promoção da Saúde, Nutrição, Atividade e Repouso, Percepção/cognição.

Os diagnósticos mais frequentes são: Risco de quedas 100% (n= 31), definido como o risco de aumentar a suscetibilidade às quedas que podem causar dano físico ⁽¹²⁾. Risco de integridade da pele prejudicada 90,32% (n= 28), estabelecido por risco de alterações na epiderme e/ou na derme ⁽¹²⁾. Autocontrole ineficaz da saúde 58,06% (n= 18), que refere-se à adesão ineficaz ao tratamento medicamentoso, sendo um dos temas principais deste estudo, pode ser definido como o padrão de regulação e integração à vida diária de um regime terapêutico para o tratamento de doenças e suas sequelas, insatisfatório para alcançar as metas específicas de saúde ⁽¹²⁾. Dentição prejudicada 54,84% (n= 17) diz respeito a uma alteração nos padrões de desenvolvimento/erupção dentário ou da integridade fundamental dos dentes ⁽¹²⁾. Nutrição desequilibrada, que mais do que as necessidades corporais 32,26% (n= 10), refere-se a situação na qual o indivíduo ingere quantidades de nutrientes superiores as necessidades metabólicas ⁽¹²⁾. Mobilidade física prejudicada 25,81% (n= 8), que conceitua-se como limitação no movimento físico corporal, seja independente ou voluntário, de uma ou mais extremidades ⁽¹¹⁾. Padrão de sono prejudicado 19,35% (n= 6), que define-se por interrupções durante um tempo limitando a quantidade e a qualidade do sono devido a fatores externos ⁽¹²⁾. Memória prejudicada 16,13% (n= 5), determinado por incapacidade para lembrar-se ou recordar-se de algumas informações ou habilidade comportamentais ⁽¹²⁾.

As intervenções correspondentes foram: Prevenção contra Quedas – prescrições sugeridas: providenciar corrimãos e barras de apoio para as mãos e superfícies antiderrapantes e orientação quanto ao uso de calçados adequados ⁽¹⁵⁾. Supervisão da Pele – prescrições sugeridas: usar hidratantes, protetor solar e supervisionar a pele quanto à vermelhidão e cisalhamento ⁽¹⁵⁾. Estabelecimentos de Metas Mútuas – atividades, determinar o reconhecimento do problema pelo próprio idoso; auxiliá-lo a estabelecer metas e prazos realistas ⁽¹⁵⁾. Manutenção da Saúde Oral – prescrições sugeridas: reforçar os bons hábitos de higiene bucal como escovar os dentes com escova de cerdas macias após as refeições, usar fio dental diariamente, usar enxaguatórios orais sem álcool ⁽¹⁵⁾. Controle da Nutrição - Assistência para Reduzir o Peso - atividades, estimular mudanças nos hábitos de vida como alternativas para redução do sal (temperos e condimentos); inserir alimentos ricos em fibra, aumentar a ingestão hídrica e reduzir o consumo de açúcar; incentivar a participação do idoso em, pelo menos, uma atividade de gasto de energia três vezes por semana ⁽¹⁵⁾. Promoção

do Exercício: Treino para Fortalecimento – prescrições sugeridas: auxiliar no desenvolver de um programa de fortalecimento muscular compatível com os limites musculoesqueléticos e as suas metas em conjunto com o profissional de educação física do programa UFFESPA ⁽¹⁵⁾. Melhora do Sono – prescrições sugeridas: estabelecer uma rotina para hora de dormir facilitando a transição da vigília para o sono; evitar alimentos e bebidas na hora de dormir que interfiram no sono e ajustar os horários de administração de medicamentos em apoio ao ciclo de sono/vigília ⁽¹⁵⁾. Treinamento da Memória – prescrições sugeridas: encorajar a participar de grupos para treinamento de memória oferecidos pelo UFFESPA (Oficina de Memória) ⁽¹⁵⁾.

Sendo assim, faz-se vital uma abordagem integral na avaliação da saúde do idoso, pois esta possui diversas interfaces que precisam ser consideradas durante o processo diagnóstico da consulta de enfermagem e o estabelecimento de metas e intervenções.

CONCLUSÃO

A utilização da escala de adesão possibilitou identificar os comportamentos que dificultavam a adesão ao tratamento, e assim foi possível realizar as orientações necessárias.

O instrumento de consulta de enfermagem gerontológica fundido com outros instrumentos de avaliação de saúde e comportamento permitiu uma pluralidade de informações fundamentais na visualização dos problemas prioritários, as quais orientaram a tomada de decisão diagnóstica e de intervenção de enfermagem.

Pondera-se a necessidade de aprofundamento nesta temática, visto que existem poucos trabalhos publicados na área da enfermagem relacionando a consulta de enfermagem com a adesão medicamentosa.

Diante do exposto, evidencia-se a necessidade de prosseguir com o estudo, levando em conta um maior período de avaliação com a finalidade de analisar as intervenções posteriores, além de estudar uma população maior a fim de alcançar uma melhor consistência.

REFERÊNCIAS

1. Fundo de População das Nações Unidas. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011. New York: UNFPA; 2011.
2. Veras RP. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2011 [acesso em Ago. 2015]; 14 (4): 779-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v14n4/a17v14n4.pdf>.
3. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
4. Bicharat B, Hafi L, Baron-Epel O, Armaly Z, Bowirrat A. Pharmacist counseling to cardiac patients in Israel prior to discharge from hospital contribute to increasing patient's medication adherence closing gaps and improving outcomes. J. Transl. Med. [Internet]. 2012 [acesso em 22 Mai. 2015]; 10 (34): 1-9, 2012. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3310721/>.
5. Carvalho MAN, Santos ISB, Ramos SBP, Coelho LF, et al. Qualidade de vida de pacientes hipertensos e comparação entre dois instrumentos de medida de QVRS. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2012 [acesso em 22 Mai. 2015]; 98 (5): 442-451. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v98n5/aop03112.pdf>.
6. Santos ZMSA, Marques ACT, Carvalho YP. Fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso. Rev. Bras. Promoç. Saúde [Internet]. 2013 [acesso em 18 mai. 2015]; 26 (2): 298-306. Disponível em: http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.2_artigo18.pdf.
7. Ben AJ, Neumann CR, Sotero SM. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire parágrafo avaliar adesão a medicamentos. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 [acesso em 30 Mai. 2015]; 46 (2): 279-289. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>.
8. Voils CI, Hoyle RH, Thorped CT, Maciejewskia ML, Yancy Jr WS. Improving the measurement of self-reported medication Nonadherence. J Clin Epidemiol. [Internet]. 2011 [acesso em 22 Mai. 2015]; 64 (3): 250-254. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634915/pdf/nihms-462496.pdf>.
9. Teixeira PA, Santana PPC, Góes FGB, Spezani RS, Andrade M. Evidências científicas da enfermagem acerca das condições da criança em terapia retroviral: uma revisão integrativa. Enferm. Atual. 2015; 73: 42-49.
10. COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Código de Ética e Legislação. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. COREN, Rio de Janeiro, 2013.
11. Carvalho, VV. Sistema de consulta de enfermagem gerontológica (sceg): desenvolvimento de um software – protótipo. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense; 2009.
12. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 606
13. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Jr. DP. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. Arq. Bras. Cardiol. [Internet]. 2012 [acesso em 13 Mai. 2015]; 99 (1): 649-658. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n1/aop05012.pdf>.
14. Moorthead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Classificação dos resultados de enfermagem NOC. 4 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
15. Dochterman JMC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem NIC. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
16. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012 [acesso em 13 Mai. 2015]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
18. Fernandes MGM et al. Risco de quedas evidenciado por idosos atendidos num ambulatório de geriatria. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia: v. 16, n. 2, 2014 [Acesso em 01 nov. 2014]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v16/n2/pdf/v16n2a04.pdf>.
19. Campolina AG, Dini PS, Ciconelli RM. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro: v. 16, n. 6, 2011 [Acesso em 22 out. 2013]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/29.pdf>.
20. Krousel-Wood M et al. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in hypertensive seniors. American Journal of Managed Care, New Jersey: v. 15, n. 1, 2009 [Acesso em 30 out. 2013]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2728593/pdf/nihms-68741.pdf>.