



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO EM
AGREGADOS FAMILIARES DE PESSOAS COM 80 OU
MAIS ANOS DE IDADE**

MANAGEMENT OF THE DRUG REGIMEN IN FAMILY AGGREGATES OF
PEOPLE WITH 80 YEARS OR OLDER

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem
Avançada

António Joaquim da Rocha Festa

Instituto de Ciências da Saúde

Junho, 2017



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**GESTÃO DO REGIME MEDICAMENTOSO EM
AGREGADOS FAMILIARES DE PESSOAS COM 80 OU
MAIS ANOS DE IDADE**

MANAGEMENT OF THE DRUG REGIMEN IN FAMILY AGGREGATES OF
PEOPLE WITH 80 YEARS OR OLDER

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, na Especialidade de Enfermagem
Avançada

António Joaquim da Rocha Festa

Sob a orientação de: Professora Doutora Margarida Vieira

Instituto de Ciências da Saúde

Junho, 2017

*Aos meus Pais em especial
e a todos os idosos em geral*

AGRADECIMENTOS

À **Professora Doutora Margarida Vieira**, com o contributo por excelência do seu saber, no percurso académico e orientação, bem como pela confiança que sempre depositou em mim.

À **Universidade Católica Portuguesa** e em específico a todos os envolvidos no curso de doutoramento em enfermagem, pelas suas capacidades profissionais de acompanhamento académico, permitindo um percurso de qualidade.

Ao apoio incondicional da **Professora Doutora Maria Rui Sousa**, **Professora Doutora Teresa Martins** e **Professora Doutora Henriqueta Figueiredo**.

A todos os colegas e à equipa em geral da **USF Faria Guimarães**.

A **todos aqueles que fazem parte da minha vida pessoal e familiar**, que me acompanham com afetos, com amor e com a força natural que me transmitem e me apoiam, nas tomadas de decisão.

E como não poderia deixar de ser, a **todos os Idosos que participaram neste estudo**, pela disponibilidade e partilha dos seus saberes, em contexto do espaço pessoal de suas vidas, permitindo o enriquecimento profissional e pessoal.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
APGAR	Adaptability, Partnertship, Growth, Affection e Resolve
ARSN	Administração Regional de Saúde do Norte
CE	Conselho Europeu
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção-Geral da Saúde
DL	Decreto-Lei
DSP	Departamento de Saúde Pública
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
EUA	Estados Unidos da América
FIG.	Figura
ICN	International Council of Nurses
INE	Instituto Nacional de Estatística
INSA	Instituto Nacional de Saúde
I.P.	Instituição Pública
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento
MMSE	Mini Mental State Examination
N	Número
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NOC	Nursing Outcomes Classification
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
P	Significância
PH	Potencial Hidrogeniónico

p.	Página
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SAM	Serviço de Apoio Médico
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidade de Saúde Pública
WHO	World Health Organization
AVC	Acidente Vascular Cerebral

RESUMO

A população idosa em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos, aumentando também quem vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas. No processo natural do envelhecimento ocorrem mudanças frequentes que interferem com a autonomia e a independência, que influenciam a manutenção e gestão da saúde. Com o aumento da idade aumentam também as doenças crónicas e por sua vez aumenta o número de fármacos prescritos. Uma gestão ineficaz do regime medicamentoso tem consequências, muitas vezes graves, no estado de saúde das pessoas. Há fatores conhecidos que influenciam o êxito da eficácia da gestão do regime medicamentoso, como as estratégias adotadas no cumprimento das prescrições, o estado físico e mental e as pessoas envolvidas no processo de aprendizagem.

Com este estudo pretendeu-se conhecer as estratégias adotadas em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade na gestão do seu regime medicamentoso, com um estudo tipo Observacional Transversal. A recolha de dados realizou-se através da entrevista, no contexto domiciliar com aplicação de um formulário, constituído por escalas utilizadas e validadas na população portuguesa.

Os sessenta participantes incluídos no estudo tinham, em média, 85,2 anos e 58,3% eram do sexo feminino, na maioria casados, com baixo nível de instrução e da classe média. Verificou-se que 78% eram independentes nas atividades de vida diária, 63,3% moderadamente dependentes nas atividades instrumentais de vida diária e 26,7% apresentavam défice cognitivo. A maioria (68,3%) tinha uma Auto perceção do estado de saúde como “razoável”. Verificou-se que o grupo terapêutico de fármacos mais utilizados eram os Antihipertensores, Antidislipídicos Anticoagulantes e Benzodiazepinas. Grande parte (45,0%) estavam polimedicados e em média tomavam 6 fármacos diferentes por dia que implicavam a toma média de 7,5 comprimidos por dia, prescritos e em 35,0% dos casos por 2 a 3 prescritores, havendo dois casos com mais de 5 prescritores. Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa nas seguintes associações de variáveis: estado cognitivo com a autonomia e com as estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso, adesão terapêutica e razões que levam a não tomar a medicação, dificuldades na toma da medicação e o APGAR familiar.

Conclui-se que a gestão do regime medicamentoso está associada a algumas características das pessoas e a sua ineficácia associada a barreiras que devem ser

identificadas pelos profissionais que os acompanham. Sugere-se um acompanhamento personalizado que inclua a supervisão permanente da adesão e gestão dos regimes medicamentosos em pessoas de idade mais avançada que vivem sozinhas.

Palavras chave: Idoso, gestão, regime, medicamentoso.

ABSTRAT

Portugal has seen a rise in its aging population in recent years, increasing also the elderly population living alone or in the sole company of other elderly people.

In the natural process of aging, frequent changes occur that interfere with autonomy and independence, which influence the maintenance and management of health. With increasing age, chronic diseases also increase and in turn increase the number of drugs prescribed. Inefficient management of the drug regimen has often serious consequences on people's health. There are known factors that influence the success of drug management effectiveness, such as adherence strategies, physical and mental status, and people involved in the learning process.

The purpose of this study was to understand the strategies adopted in the household of people aged 80 years or above in the management of their drug regimen, with a cross sectional observational study. The data collection was done through the interview in the home context, with application of a form, consisting of scales used and validated in the Portuguese population.

The sixty participants included in the study had a mean of 85.2 years and 58.3% were female, mostly married, low-educated and middle-class. It was found that 78% were independent in day-to-day activities, 63.3% were moderately dependent on instrumental activities of daily living and 26.7% had cognitive deficits. Most (68.3%) had a self-perceived health status as "reasonable". It was found that the most used therapeutic group of drugs were the Antihypertensives, Antidyslipidemics, Anticoagulants and Benzodiazepines. A large proportion (45.0%) were polymedicated and on average took 6 different drugs per day, which involved the average intake of 7.5 tablets per day, prescribed in 35.0% of the cases by 2 to 3 prescribers and 2 cases had more than 5 prescribers. There was a statistically significant correlation in the following associations of variables: cognitive status with autonomy and with the strategies adopted in the management of the drug regimen, therapeutic adherence and reasons that lead to not taking the medication, difficulties in taking the medication and the family APGAR.

It is concluded that the management of the drug regimen is associated with some characteristics of the people and its inefficacy associated with barriers that must be identified by the professionals that accompany them. A personalized follow-up is

suggested, including permanent supervision of adherence and management of drug regimens in older people living alone.

Key words: Elderly, management, regimen, drug therapy.

ÍNDICE GERAL

1 - INTRODUÇÃO.....	1
2 - O ENVELHECIMENTO HUMANO.....	5
2.1 - Envelhecimento demográfico.....	5
2.2 - Envelhecimento e saúde.....	9
2.2.1 - Morbilidade e Mortalidade	11
2.2.2 - Autocuidado	15
3 – O IDOSO E O REGIME MEDICAMENTOSO	21
3.1 – O consumo de medicação.....	21
3.2 – Gestão do regime medicamentoso.....	26
4 - FINALIDADE DO ESTUDO.....	39
5 - MATERIAIS E MÉTODOS	41
5.1 – Tipo de estudo.....	41
5.2 – População e amostra	41
5.3 – Recolha de dados	42
5.4 – Variáveis.....	43
5.5 – Instrumentos de medida	46
5.6 – Aspetos éticos	51
6 - RESULTADOS	53
6.1 – Caraterização da população.....	53
6.2 – Estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso	68
6.3 – Fatores que dificultam a gestão do regime medicamentoso	70
7 - DISCUSSÃO.....	77
8 – CONCLUSÕES	93
9 - BIBLIOGRAFIA.....	97
ANEXOS.....	111

ANEXO I – Operacionalização dos Critérios de Beers para Portugal

ANEXO II – Formulário

ANEXO III – Pedido ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES Porto Oriental

ANEXO IV – Pedido à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, IP

ANEXO V – Compromisso do envio do relatório final e apresentação da investigação a Administração Regional de Saúde do Norte, IP e Conselho Clínico e de Saúde do ACES Porto Oriental

ANEXO VI - Pedido e autorizações dos autores das escalas, para utilização no estudo

ANEXO VII – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmides, etárias, Portugal, 2009, 2014 e 2060 (projeções, cenário central)	7
Figura 2 - Pirâmides etárias, Norte, 2009, 2014 e 2060 (projeções, cenário central).....	8
Figura 3 - Pirâmides etárias da ARS Norte e dos ACES Porto (Estimativas 2013).....	9
Figura 4 - Consumo de medicamentos por grupo de idade, Portugal (2006)	22
Figura 5 - Modelo multifatorial da gestão do regime medicamentoso	88

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por sexo	54
Gráfico 2 – Distribuição da amostra por faixa etária	55
Gráfico 3 - Distribuição da amostra por diagnósticos clínicos associados.....	57
Gráfico 4 – Distribuição da amostra se tem ou não prestador de cuidados	58
Gráfico 5 – Distribuição da amostra por apresentar déficit cognitivo ou não	60
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o grupo terapêutico dos fármacos utilizados	66
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo fatores dificultadores na toma da medicação.....	71

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra por género e estado civil.....	55
Tabela 2 - Distribuição da amostra por género e nível de instrução.....	56
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a coabitação	56
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a condição socioeconómica da família (Graffar).....	58
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a perceção da funcionalidade da família (APGAR Familiar).....	59
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a dependência nas atividades instrumentais de vida diária (Índice de Lawton)	61
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a dependência nas atividades de vida diária (Índice de Barthel)	61
Tabela 8 - Distribuição da amostra por dias de incapacidade de realizar as atividades de vida diária, nos últimos 6 meses	61
Tabela 9 - Distribuição da amostra por dias de internamento hospitalar nos últimos 6 meses devido a problemas físicos	62
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a perceção da condição do estado de saúde em geral	63
Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo as vezes que recorreu ao seu médico de família nos últimos 6 meses	63
Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo as vezes que recorreu ao seu enfermeiro de família nos últimos 6 meses	64
Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo a instituição onde recorre quando está doente.....	64
Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo o número de prescritores dos fármacos	67
Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo quem informou sobre o regime medicamentoso	68
Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo a forma como distingue a medicação	69
Tabela 17 - Associação da média e desvios padrões da MAT segundo barreiras à adesão	73

1 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é hoje uma realidade que envolve vários desafios, pelo que é necessário conhecer as circunstâncias deste envelhecimento e identificar as áreas de atenção que justifiquem a atuação da enfermagem.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva com significativa importância no desenvolvimento económico dos países (DGS, 2004).

Na atualidade a uma grande percentagem de pessoas idosas, devido a doenças crónicas que lhe estão associadas, são prescritos regimes terapêuticos, deparando-se com a necessidade de uma gestão autónoma diária, na adoção de estratégias associadas ao tratamento e controle de doenças.

Os processos de transição vivenciados nas mudanças da saúde e da doença, aumentam a vulnerabilidade e riscos dos indivíduos, podendo afetar a sua saúde (Meleis et al., 2000).

As equipas de saúde familiar que acompanham os idosos na sua vigilância da saúde, deparam-se com diferentes realidades de gestão de saúde/doença, que são identificados regularmente, devido a comportamentos de procura de saúde demonstrados. No entanto, apesar das reais necessidades poderem ser facilmente percebidas, outras podem ser sentidas e não expressas.

A informação transmitida ao utente no contexto da consulta médica, no que diz respeito ao regime medicamentoso, seja num processo inicial da prescrição ou de uma revisão terapêutica, é feito em regra na unidade de saúde, salvo em doentes dependentes com acompanhamento domiciliário de enfermagem e/ou médico.

A forma como os profissionais comunicam e interagem com os utentes, é um determinante importante nos comportamentos de adesão. Utentes satisfeitos e confiantes na sua equipa de saúde, aderem mais facilmente aos regimes terapêuticos prescritos (Almeida et al., 2007).

Para a pessoa iniciar um processo de gestão de um regime medicamentoso, esta deve em primeiro lugar manifestar a sua vontade e aceitação de o fazer. O conhecimento e capacidade da pessoa para gerir o regime medicamentoso prescrito, só pode ser avaliado eficazmente, quando este é supervisionado, na sua execução.

A autonomia da gestão do regime medicamentoso, no que diz respeito á tomada de decisão autónoma sem supervisão, é influenciada por vários fatores relacionados direta ou indiretamente com a pessoa. A adesão á medicação é um comportamento complexo que pode ser influenciado por fatores como as crenças e conhecimento da pessoa, nível socioeconómico, estados depressivos, a idade e estratégias utilizadas para se lembrarem de tomar a medicação (Ownby, et al., 2006).

A autogestão da pessoa, consiste na capacidade do indivíduo, em conjunto com a família, a comunidade e os profissionais de saúde, para gerir sintomas, tratamentos, mudanças de estilo de vida, com consequências psicossociais, culturais e espirituais, de condições de saúde (particularmente doenças crónicas) (Richard & Shea, 2011).

Com o aumento da idade aumenta as doenças crónicas e por sua vez os graus de dependência, principalmente nas atividades instrumentais de vida diária. A necessidade de prestador de cuidados está diretamente relacionada com os graus de dependência física e mental. As ações sociais, através de uma rede de serviços e equipamentos sociais de proximidade, bem como o apoio familiar, vão dando respostas às necessidades físicas, mentais e económicas, mantendo os idosos no seu domicílio (Morgado et al., 2009).

Vários estudos demonstram que o envelhecimento acarreta défices e perdas ao nível cognitivo e comportamental. Declínios em diferentes funções cognitivas, permitem confirmar a forte relação da idade com o funcionamento cognitivo (Nunes, 2009).

As habilidades cognitivas dos idosos evoluíram positivamente ao longo dos últimos 20 anos, no entanto os aumentos de diagnósticos de demência também evoluíram no mesmo período de tempo, devido ao aumento da esperança média de vida. Um contato mais precoce na idade adulta das tecnologias (telemóveis, televisões e computadores), bem como a melhoria do estado de saúde devido ao controle e vigilância regular da saúde, reduzindo assim os fatores de risco (Hipertensão, diabetes, dieta e tabagismo) contribuíram também, para reduzir o comprometimento cognitivo (Morgado et al., 2009).

As condições de vulnerabilidade dos idosos, aumenta o risco de uma gestão ineficaz dos regimes medicamentos prescritos. A realidade do que acontece com a gestão dos regimes terapêuticos prescritos em idosos muito idosos, que vivem apenas com outros idosos no seu domicílio, é uma área de atenção que na prática clínica, consideramos que deve ser estudada.

Assim este estudo tem como finalidade, dar respostas a várias questões relacionadas com a capacidade dos idosos na gestão do regime de medicamentos prescritos, em agregados familiares constituídos apenas por idosos muito idosos, nomeadamente na sua caracterização sociodemográfica, estratégias adotadas e fatores que dificultam a gestão do regime medicamentoso.

Este relatório é composto por sete capítulos entre a introdução e a conclusão. Iniciamos com uma revisão da literatura considerada relevante sobre o envelhecimento humano, particularmente sobre o envelhecimento demográfico e a sua repercussão na saúde, em particular na morbilidade, mortalidade e no autocuidado. Damos especial relevância à gestão do regime medicamentoso por parte das pessoas idosas, especificamente no que se refere ao consumo e gestão do regime medicamentoso.

Apresentamos de seguida a finalidade e objetivos do estudo. Seguidamente o percurso metodológico, identificando o tipo de estudo, a população e amostra estudada e as estratégias de recolha de dados. São identificadas as variáveis e os diferentes instrumentos utilizados na sua medida. Neste capítulo são ainda incluídos os aspetos éticos considerados.

No capítulo seguinte apresentam-se os resultados, primeiro os referentes à caracterização da amostra e depois agrupados pelas estratégias adotadas e fatores que dificultam a gestão do regime medicamentoso nesta população.

Segue-se a discussão e as conclusões, terminando com as referências bibliográficas e alguns anexos considerados relevantes para a compreensão do estudo.

2 - O ENVELHECIMENTO HUMANO

O mundo está em constante transformação e no que diz respeito á sua população, o padrão comum do saldo natural alterou-se, no sentido que a população idosa está a aumentar e a população jovem a diminuir. As sociedades têm que estar preparadas para este fenómeno do envelhecimento populacional, no sentido de dar resposta ás necessidades humanas de uma população envelhecida.

O processo de envelhecimento é uma realidade da natureza humana, e esta etapa do ciclo vital, deve ser vivida na sua plenitude. Muitos fatores contribuem para a diversidade de vivencias, nomeadamente sociais, económicos, físicos e mentais, que os idosos experienciam até ao final de suas vidas.

Segundo Chan (OMS, 2015), a idade avançada não implica obrigatoriamente a dependência. A perda de habilidades e capacidades está apenas vagamente relacionada com a idade cronológica. Os eventos ocorridos ao longo da vida contribuem assim para a diversidade das capacidades e necessidades de saúde e frequentemente são modificáveis.

Diagnósticos bem definidos das necessidades de populações vulneráveis, com respostas eficientes a seus respetivos problemas, permite que o envelhecimento se faça de uma forma natural e o mais saudável possível, contribuindo assim para melhorar a qualidade das sociedades.

2.1 - Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população mundial é hoje uma realidade transversal a todas as regiões do mundo. Segundo a ONU (2015), a população mundial atingiu 7,3 biliões. O mundo aumentou um bilião de pessoas desde 2003 e dois biliões desde 1990. Em 2015, 50,4% do mundo era do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Em 2015, 9,1% da população mundial tinha menos de 5 anos, 26,1% tinham menos de 15 anos, 12,3% tinham 60 anos ou mais e 1,7% tinham 80 ou mais anos de idade.

Em Portugal em 2015 a população residente, atingiu 10.358.076, sendo que 590.041 (5,7%) têm entre 65 e 69 anos, 491.917 (4,8%) têm entre 70 e 74 anos, 436.026 (4,2%)

têm entre 75 e 79 anos, 337.522 (3,3%) têm entre 80 e 84 anos e 267.490 (2,6%) têm 85 ou mais anos (INE, 2017).

Nos países da União Europeia em 2013, a Itália apresentava a maior proporção (21,4%) de idosos, enquanto a Irlanda detinha a menor proporção (12,6%). Portugal é o quarto país com maior proporção de idosos, apenas ultrapassado pela Grécia, pela Alemanha e pela Itália (INE, 2015).

Em Portugal, entre 2005 e 2010 a percentagem da população com 65 ou mais anos de idade, aumentou de 17,1% para 18,2%, registando-se também um índice de dependência da população idosa de 25,4 % para 27,2% (INE, 2012).

De acordo com as estimativas anuais da população residente 2012-2014 do INE, o Índice de Dependência nos idosos no Porto em 2014 (43,4) é superior ao da região norte (27,3) e de Portugal (31,1), bem como o Índice de Envelhecimento do Porto (217,3) em relação ao da região norte (132,2) e de Portugal (141,3) (USP – ACES Porto Oriental, 2016).

Em relação à população residente, verificamos que a percentagem de pessoas com 65 ou mais anos de idade no Porto (23,4%) é superior à da região norte (17,2%) e continente (19,2%) (INE, 2012).

A população com 85 e mais anos em Portugal, entre 1991 e 2007 aumentou de 1,0% para 1,7% do total da população. As projeções elaboradas pelo INE preveem que em 2040 as populações 85 e mais anos serão, prospectivamente de 3,8% do total de residentes (INE, 2012).

Cerca de 12% da população residente e de 60% da população idosa vive só (400 964) ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas (804 577), refletindo um fenómeno cuja dimensão aumentou 28%, ao longo da última década (INE, 2012).

As famílias unipessoais de pessoas com 65 ou mais anos de idade, tem vindo a aumentar, verificando-se uma incidência de proporções mais elevada, em Lisboa (15,0%) e no Porto (13,2%), devido ao resultado das tendências das populações de se transferirem dos centros urbanos, para a sua periferia e conseqüentemente o envelhecimento e isolamento das populações que permanecem no centro urbano (INE, 2013).

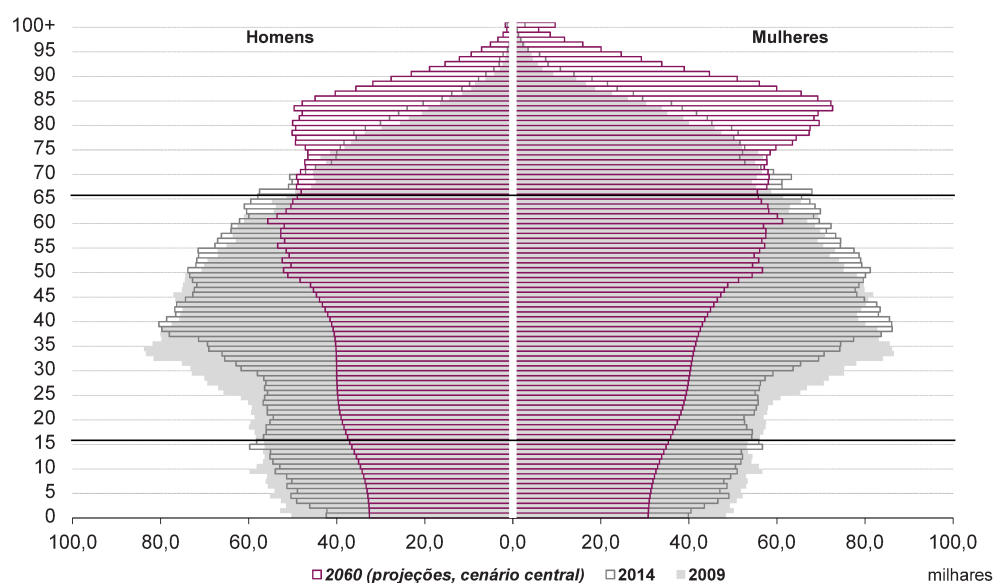
Em Portugal o fenómeno do envelhecimento tem vindo a aumentar e entre a população idosa, a mais idosa, com 80 ou mais anos de idade tem aumentado significativamente.

As alterações demográficas, relacionadas com a baixa natalidade e aumento da proporção de idosos, interferem nas condições sociais, económicas e culturais obrigando a redefinições de políticas, para dar resposta á vulnerabilidade da população idosa.

O saldo natural tem em Portugal tem vindo a diminuir. Em 2007, verificou-se pela primeira vez, nas últimas décadas, valores negativos, ou seja, um número de óbitos superior ao de nascimentos. A partir de 2009 o saldo natural manteve-se negativo, tendo-se agravado particularmente em 2012 (INE, 2013).

A evolução demográfica em Portugal revela um aumento da faixa etária dos idosos e uma diminuição da população jovem. De acordo com de projeções, mais recentes, da população residente, o índice de envelhecimento aumentou de 119 para 141 por cada 100 jovens e a idade média de 42 para 43 (INE,2015).

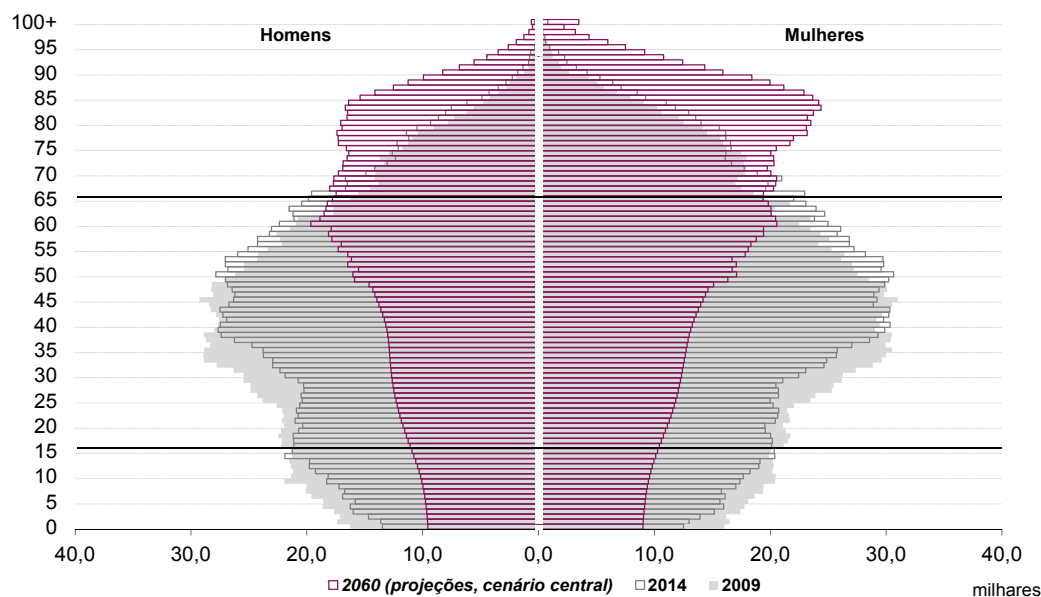
Figura 1 - Pirâmides, etárias, Portugal, 2009, 2014 e 2060 (projeções, cenário central)



Fonte: INE, 2015

Na região Norte, entre 2009 e 2014, o índice de envelhecimento aumentou de 104 para 132 podendo atingir os 366 idosos por cada 100 jovens até 2060 (INE, 2015).

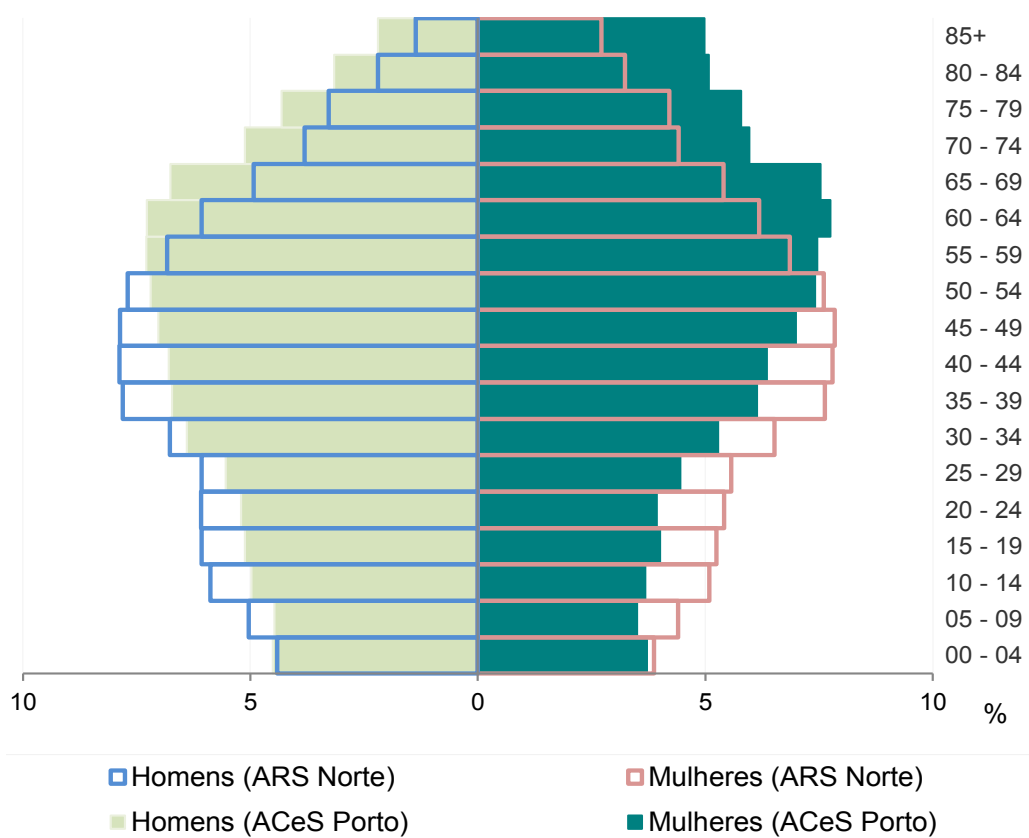
Figura 2 - Pirâmides etárias, Norte, 2009, 2014 e 2060 (projeções, cenário central)



Fonte: INE, 2015

Nos ACES do Porto, também se verifica uma evolução acentuada do envelhecimento populacional e segundo último censo (2001 e 2011) a população decresceu 9,7%, enquanto que a população da Região Norte se manteve praticamente inalterada em relação ao Continente em que se observou um ligeiro crescimento (1,8%). O índice de envelhecimento (210,2) é superior ao da região norte (118,9) e do Continente (134,0).

Figura 3 - Pirâmides etárias da ARS Norte e dos ACES Porto (Estimativas 2013)



Fonte: Observatórios Regionais de Saúde (dados: INE, IP)

O processo de envelhecimento demográfico, associado às mudanças de estrutura, nomeadamente o crescimento de famílias unipessoais idosas, comportamentos sociais e familiares, determinam necessidades em saúde (DGS, 2004).

2.2 - Envelhecimento e saúde

O envelhecimento é um processo que ocorre ao longo de toda a vida, desde o nascimento até à morte e que se vai acentuando e manifestando, numa etapa do ciclo vital da pessoa, a que se chama de idoso. Vários autores, numa perspetiva multidimensional, entendem o envelhecimento nas dimensões do cronológico, biológico, mental ou psicológico e social.

A Idade **cronológica**, correspondendo ao número de anos que a pessoa viveu, a **biológica** refere-se às alterações biológicas que ocorrem com o indivíduo ao longo da sua vida, a **mental**, refere-se a mudanças na capacidade cognitiva do indivíduo ao longo

do tempo e a Idade **social**, diz respeito à forma como a sociedade delimita essa fase da vida, os hábitos e papéis sociais, em função de fatores políticos, sociais, econômicos, culturais e demográficos que moldam uma determinada sociedade num momento histórico específico (Achenbaum, 2005; Sokolovsky, 2009; Birren & Renner, 1977, citado por Agogo et al., 2014).

Socialmente a idade da pessoa a partir da qual é considerada idosa, está relacionada com o nível socioeconómico de cada nação, ou seja, em países em desenvolvimento é considerada a partir dos 60 anos, nos países desenvolvidos a partir dos 65 anos (WHO, 2002).

O processo de envelhecimento da pessoa deve-se ao facto de a regeneração celular não ser irreversível e estar associado á morbidade a que tiveram expostos ao longo da vida. As alterações orgânicas que ocorrem devido a mudanças em alguns órgãos vitais, alterações do metabolismo basal e envelhecimento celular, provoca regularmente, incapacidades (Sequeira, 2010).

A vigilância regular da saúde, associada a hábitos de vida saudável, reduz os riscos de desenvolverem incapacidades.

Vários estudos revelam que ao processo de envelhecimento, lhe está associado perdas das capacidades cognitivas e comportamentais. A cognição diz respeito a um conjunto de desempenhos e comportamentos em tarefas observáveis do ponto de vista quantitativo e qualitativo, resultantes da atividade cerebral (Dixon & Nilsson, 2004 citado por Nunes, 2009).

Na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada em Madrid (2002), sob o tema “Sociedade para Todas as Idades”, no Plano Internacional de Ação do Envelhecimento, foi considerado como prioritário, a implementação de ações de promoção de saúde, apoio social e bem-estar, ao longo do processo de desenvolvimento do idoso, criação de contextos propícios e favoráveis a um envelhecimento seguro, com políticas orientadas para a família e envolvendo a comunidade. Foram também propostas políticas para melhorar o nível económico, social e cultural, através do incentivo e reconhecimento da participação ativa na sociedade e participação nos processos de decisão política a todos os níveis, garantindo o acesso ao conhecimento, educação e capacitação, especialmente em termos da sociedade de informação para fomentar a saúde e o bem-estar dos idosos (Carneiro et al., 2012).

Em Portugal a população idosa tem sido considerada como um grupo vulnerável, de atenção prioritária nas políticas sociais e de saúde, quer seja a nível central ou local. Com as alterações demográficas ocorridas nos últimos anos, em que diminuiu a população jovem e aumentou a população idosa, vários projetos são implementados, para dar resposta a necessidades sociais e de saúde, realizados tanto por instituições publicas como por organizações não governamentais ou de solidariedade social.

De acordo com a Circular Normativa nº 13 de 2 de Julho de 2004, da Direção Geral de Saúde. *O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visando a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exige uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro.*

O Plano de Desenvolvimento Social – Porto 2014 – 2017, estabeleceu como um dos seus eixos estratégicos a intervenção em grupos e territórios vulneráveis, nomeadamente na dinamização e uma política de ação social promotora de qualidade de vida da população idosa, na resposta a problemas isolamento social, discriminação, qualificação dos cuidados básicos, apoio à família e à promoção da acessibilidade inclusiva (Serôdio, Serra & Lima, 2014).

2.2.1 - Morbilidade e Mortalidade

No processo natural do ciclo de vida de uma pessoa, espera-se que esta morra quando está idosa. A esperança média de vida tem vindo a aumentar, ao longo dos anos e esta é tanto mais eficaz, quanto mais o êxito da comunidade científica, na resolução das doenças, com que se depara a vida humana, bem como as políticas sociais e de saúde implementadas. Viver mais e com mais qualidade, depende do empenhamento de todos os envolvidos no processo, ou seja, a pessoas com os seus papéis e comportamentos que desempenham na sociedade.

Idealmente espera-se que a principal causa de morte nos idosos, seja a morte natural, ou seja, a falência dos órgãos devido á idade avançada e não causada por uma doença ou acidente inesperado. No entanto as principais causas de morte nos idosos são devido a doenças que lhe estão associadas, nomeadamente as doenças crónicas.

Os estudos revelam que as doenças crónicas estão associadas à exposição de fatores de

risco, ao longo da vida, com consequências manifestadas, em regra, na idade adulta ou idade adulta avançada. Os hábitos de vida saudável minimizam os riscos de vir a desenvolver doenças crónicas, e os programas de promoção da saúde e prevenção da doença, são o motor para a sua adoção e devem ser prioritários nas políticas de saúde.

As doenças crónicas têm vindo a aumentar a nível mundial e para além da preocupação epidemiológica, também é uma preocupação económica e social, no sentido que, estas doenças são muitas vezes acompanhadas por incapacidades funcionais ao longo da vida, tendo um impacto direto nas famílias e na comunidade. As doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias, são as doenças crónicas com maior prevalência a nível mundial (WHO, 2011).

Portugal em 2014 teve como principal causa de morte (30,6%) as doenças do aparelho circulatório, no concelho do Porto foram os tumores malignos (28,6%) e logo de seguida as doenças do aparelho circulatório (26,4%). Em relação aos indicadores de morbilidade na área geográfica do Porto, onde decorreu o nosso estudo, no ano de 2013 e no primeiro semestre de 2014, verificou-se em primeiro lugar os AVC e no registo de doenças crónicas do primeiro semestre de 2014, a Hipertensão sem complicações (INE, 2016).

Em Portugal, em relação à morbilidade hospitalar no ano de 2012, nas pessoas com 80 ou mais anos de idade, as doenças com mais prevalência são as doenças do aparelho circulatório, aparelho respiratório e as neoplasias. Em relação às causas de morte nas pessoas com 75 e mais anos de idade, aparece-nos em primeiro lugar as doenças do aparelho circulatório, seguido dos tumores e em terceiro as doenças do aparelho respiratório (DGS, 2014).

As doenças cardiovasculares ocupam assim um lugar de destaque e nomeadamente a doença cerebrovascular, com a expressão mais relevante no AVC e na doença isquémica cardíaca, englobando diferentes formas de apresentação clínica, incluindo o enfarte agudo do miocárdio. Os principais fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, são o sedentarismo, hipertensão, tabagismo, *stress*, obesidade, diabetes e dislipidemia.

Nas doenças oncológicas e segundo o Registo Oncológico Nacional (2010), o valor mais elevado de incidência foi na faixa etária dos 75 e 79 anos de idade e os cancros mais frequentes foram o colorretal, próstata, mama e pulmão. No sexo masculino o cancro da próstata foi o mais frequente, seguido do colorretal e o terceiro mais frequente o do pulmão. Na mulher o mais frequente foi o da mama, seguido do colorretal e o mais

frequente foi o da tiroide e do estômago.

Nas doenças do aparelho respiratório, destacam-se como as mais frequentes a pneumonia, a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e a fibrose pulmonar, como as principais causas de morte das doenças do aparelho respiratório (DGS, 2016).

Segundo os resultados do Inquérito às Condições de Vida e Rendimento (ICOR) de 2013, realizado em Portugal, 75% da população com idade ≥ 65 anos, referiu ter alguma doença crónica ou problema de saúde prolongado, tendo sido mais elevado nas mulheres (77%) em relação aos homens (71%). As limitações na realização das atividades, devido a problemas de saúde, foram referidas por 59% que apresentavam alguma limitação e 28% referiram restrições severas.

O aumento da esperança média de vida á nascença, tem vindo a aumentar e mantém-se superior na mulher. Os anos a mais de vida, são muitas vezes acompanhados por doenças crónicas ou problemas de saúde prolongados, com as incapacidades funcionais que lhe estão associados, significando assim uma diminuição da qualidade de vida.

Segundo o INE (2016) e de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde de 2014, das 2,1 milhões de pessoas com 65 ou mais anos, referiram as seguintes dificuldades pessoais:

- 21,8% referiram ter pelo menos uma dificuldade na realização dos cuidados pessoais;
- 16,3% em tomar banho ou duche sem ajuda;
- 14,5% em deitar-se e levantar-se da cama ou em sentar-se e levantar-se de uma cadeira sem ajuda;
- 13,7% em vestir-se ou despir-se sem ajuda;
- 7,3% em utilizar a sanita sem ajuda;
- 3,8% em lavar as mãos e a cara sem ajuda;
- 3,1% não conseguiam alimentar-se sozinhas/os;
- 47,6% referiu ter pelo menos uma dificuldade na realização de atividades domésticas sem ajuda;
- 12,4% em preparar refeições sem ajuda;
- 11,3% em gerir o dinheiro e tarefas administrativas sem ajuda;
- 10,2% em preparar e tomar a medicação a horas sem ajuda;
- 8,3% em usar o telefone sem ajuda;
- 23,3% ir às compras sem ajuda;
- 19,7% em realizar tarefas domésticas ligeiras;

- 43,2% na realização de tarefas domésticas pesadas ocasionais.

Segundo a WHO (2002), o conceito de autonomia refere-se à capacidade percebida para lidar e tomar decisões na situação do dia-a-dia de acordo com as próprias regras e preferências e a independência é a capacidade para realizar funções e viver na comunidade no dia-a-dia sem depender da ajuda, ou apenas de pequena ajuda de outra pessoa.

A autonomia e a independência não estão apenas relacionadas com os problemas de capacidade física, mas também da capacidade cognitiva. A execução adequada das atividades básicas de vida, principalmente as instrumentais, depende de um bom funcionamento das funções cognitivas.

No envelhecimento, a transição do estado normal para declínios cognitivos, são muitas vezes o princípio do desenvolvimento de demências. No entanto as pessoas com declínios cognitivos leves, nomeadamente com problemas de memória, não cumprem os critérios suficientes para serem diagnosticadas com demência (Peterson et al., 2001).

Segundo o Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013), 22% das pessoas entrevistadas apresentaram perturbação psiquiátrica nos 12 meses anteriores ao estudo. Portugal é o segundo país da Europa, com mais elevada prevalência de doenças psiquiátricas, só ultrapassado pela Irlanda e com um padrão muito diferente dos restantes países do sul da Europa.

Em Portugal o aumento do registo de utentes com perturbações mentais tem vindo a aumentar nos Cuidados de Saúde Primário, podendo justificar uma maior acessibilidade aos serviços ou um aumento das necessidades de ajuda associado a problemas mentais, nomeadamente perturbações depressivas e de ansiedade. A prevalência mais alta dos problemas de saúde registados são as perturbações depressiva, perturbações de ansiedade e as demências (DGS, 2015).

Numa grande parte dos idosos as alterações cognitivas devido ao envelhecimento normal, não têm implicações nas atividades diárias, quando associadas à readaptação do idoso relativamente aos seus conhecimentos gerais, facilitando a resolução de problemas, realização autónoma das tarefas e manutenção do ambiente e rotinas familiares (Park, 1999, citado por Sequeira, 2010).

2.2.2 - Autocuidado

A satisfação das necessidades humanas básicas, para o equilíbrio do bem-estar físico e mental, em função da realização das atividades diárias, realizadas pelo próprio, podem apresentar diferentes graus de autonomia. Nem sempre a autonomia percebida pelo próprio na execução da função, corresponde à realidade do grau de independência na capacidade funcional, ou seja, a consciencialização de que a pessoa necessita de ajuda, mas não a procura ou não é devidamente diagnosticada, coloca em risco o êxito e eficiência na sua execução.

Os idosos pelos problemas de saúde, nomeadamente as doenças crónicas, que muitas vezes lhes estão associados, apresentam défices na capacidade de execução das funções pessoais, das tarefas do seu quotidiano. A tomada de decisão autónoma para a realização de múltiplas tarefas, é influenciada por vários fatores, nomeadamente físicos, mentais, familiares e sociais.

A necessidade de gerir as condições crónicas de saúde, leva a múltiplos comportamentos, relacionados com a manutenção da saúde. O gerir com eficácia as condições crónicas de saúde, leva a ganhos significativos de qualidade de vida para os indivíduos e famílias.

As políticas de intervenção a nível da prevenção primária e secundária, na promoção de estilos de vida saudáveis, evitando os riscos de desenvolverem problemas de saúde, a sua deteção o mais precoce possível, permitem minimizar ou evitar as suas consequências, ou seja, a morbilidade e mortalidade. A intervenção a nível da prevenção terciária, tem um papel primordial, na gestão da doença crónica e problemas de saúde, através da reabilitação, potencializando a capacidade funcional dos indivíduos, a sua reintegração social, reduzindo os custos sociais e económicos, na população onde estão inseridos.

A quantidade e qualidade de programas e projetos, que visam a intervenção na doença crónica, diferem de país para país e de região para região dentro do mesmo país. Em alguns contextos, a falta de recursos humanos, físicos e financeiros são os principais fatores restritivos, no entanto, em outras realidades, os recursos estão disponíveis, mas são usados indevidamente, de forma parcial e insuficiente. Alguns fatores influenciam positivamente os processos de obtenção dos resultados, nomeadamente, a acessibilidade a ferramentas que permitam os melhores cuidados baseados na evidencia, sistemas de informação clínica eficazes, que permitam o registo e continuidade dos cuidados,

criação de equipas multidisciplinares de saúde e o apoio na autogestão do doente (WHO, 2005).

Muitos autores dedicaram grande parte dos seus estudos, relacionados com a capacidades dos indivíduos e famílias, gerirem no seu dia-a-dia, os problemas de saúde e incapacidades funcionais. Existem muitos conceitos de autocuidado, muitos deles relacionam-se entre si e grande parte deles, foram desenvolvidos à luz de teorias e modelos conceptuais.

Um dos conceitos mais citados de autocuidado, foi o desenvolvido por Dorothea de Orem, entre 1959 e 1985, na Teoria do Défice do Autocuidado de Enfermagem, incluído no modelo de enfermagem proposto pela mesma. Para a autora o autocuidado pode ser definido como o conjunto de atividades que na sua prática favorecem o aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que o iniciam e desenvolvem num determinado período de tempo, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal (Orem, 2001, citado por Queirós, 2014).

Segundo a *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), o autocuidado está definido como: *a habilidade para realizar as atividades de cuidado do próprio corpo e das funções corporais* (NANDA, 2013, p.74). De acordo com o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) o autocuidado está definido como sendo uma *Atividade realizada pelo próprio: Tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária* (ICN, 2011, p. 41).

Existem vários conceitos para o autocuidado. Em muitos estudos encontramos conceitos que são sinónimos e se relacionam entre si, nomeadamente o autocuidado com a autogestão, automonitorização, gestão de sintomas e autoeficácia. Estes conceitos são referenciados por vários estudos, principalmente de enfermagem, com o objetivo comum de identificarem como a pessoa gere a sua saúde e/ou doença (Richard & Shea, 2011; Galvão & Janeiro, 2013).

Richard e Shea (2011), com base na revisão da literatura de conceitos relacionados com autocuidado, identificaram muitos pontos em comum que se sobrepunham aos vários conceitos de autocuidado, autogestão, automonitorização, gestão de sintomas e autoeficácia e o uso correto da sua aplicação reside na compreensão das suas diferenças, nas quais se encontraram as seguintes:

- **Autocuidado** – Capacidade de cuidar do próprio, no desempenho das atividades

necessárias para alcançar ou promover um ótimo estado de saúde.

- **Autogestão** – Capacidade do indivíduo, em conjunto com a família, comunidade e profissionais de saúde, para gerir sintomas, tratamentos e mudanças de estilo de vida e suas respectivas consequências psicossociais, culturais e espirituais de condições de saúde, principalmente doenças crônicas.
- **Automonitorização** – Sensibilização e medição de parâmetros fisiológicos específicos devido a determinada condição de saúde, que indicam que é necessário tomar determinadas medidas ou consultar um médico.
- **Gestão de sintomas** – Sensibilização e resposta a alterações ou sensações fisiológicas, funcionais ou cognitivas subjetivas.
- **Autoeficácia** – Nível de confiança na capacidade de realizar atividades de autocuidado.

Assim os conceitos relacionam-se entre si, da seguinte forma: o autocuidado é abrangente incluindo a autogestão, automonitorização e gestão de sintomas; a autogestão inclui a automonitorização e gestão de sintomas, tornando-se assim mais amplo, no sentido que gere os aspetos emocionais/psicossociais, funcionais e de conforto físico associados a uma doença; automonitorização, como atividades específicas que representam um aspeto da autogestão; a gestão de sintomas, como a realização de um elemento de automonitorização e autogestão e finalmente a autoeficácia será o antecedente/medidor ou moderador de autocuidado, autogestão (incluindo gestão de sintomas) e automonitorização (Richard & Shea, 2011).

Galvão e Janeiro (2014), no estudo da relação de conceitos, concluem que dos vários aspetos identificados e relacionados com autocuidado, autogestão, automonitorização e gestão dos sintomas, a autoconsciência é comum a todos eles, ou seja, a consciencialização dos sintomas impercetíveis, desenvolvida através da aprendizagem efetuada por pessoas com doença crónica e a identificação das necessidades, passa pela compreensão das semelhanças e diferenças de todos os conceitos.

Backman e Hentinen (1999), realizaram um estudo que permitiu desenvolver um modelo para esclarecer os conhecimentos existentes, sobre o autocuidado dos idosos nos seus domicílios. Este modelo conceptualiza a existência de quatro tipos de autocuidado, com diferentes condições de ação e diferentes significados:

- **Autocuidado responsável** – Realização das atividades com responsabilidade, por parte do idoso, tendo por base uma experiência positiva de envelhecimento e

orientação positiva para o futuro, numa atitude proactiva.

- **Autocuidado formalmente guiado** – Realização das atividades de uma forma rotineira e sem reflexão crítica sobre as instruções do desempenho, tendo por base a consciência e aceitação realista dos efeitos do envelhecimento e experiências anteriores de cuidar de outros.
- **Autocuidado independente** – Realização das atividades de forma independente, prevalecendo apenas a sua opinião, não aceitando a dos outros. Negam a perspectiva de envelhecer e subvalorizam a doença e sintomas.
- **Autocuidado abandonado** – Consiste na falta de responsabilidade e impotência na realização das atividades, numa atitude de desistência. Encara o envelhecimento com uma atitude negativa e com amargura.

Os comportamentos adotados pelos idosos, na realização das suas atividades diárias, quando percebidos, melhoram as estratégias adotadas pelos profissionais de saúde. Os ganhos em saúde, na parceria de cuidados, são tanto mais conseguidos, quanto mais a atitude positiva e o envolvimento da pessoa.

As evidências atuais demonstram que o envolvimento dos indivíduos e da família em comportamentos de autogestão, contribuem para melhores resultados em saúde. O modelo teórico de Autogestão do Indivíduo e da Família apresentado por Ryan e Sawin (2009), referem que a autogestão é um fenómeno dinâmico e complexo baseado em três dimensões: o contexto o processo e os resultados. Os autores referem que vários fatores na dimensão do contexto, influenciam o envolvimento do indivíduo e família com influência direta nos resultados. O aperfeiçoamento dos processos, resulta em resultados mais positivos. Os resultados podem ser proximais ou distais, ou seja, apesar da preocupação com a melhoria dos resultados individuais e da família, esta melhoria traduz-se em melhores resultados para os profissionais de saúde e sistemas. Os fatores do contexto podem ser de risco ou protetores, e estão relacionados com as seguintes condições:

- **Específicas** – complexidade da condição e complexidade do percurso do tratamento.
- **Ambiente físico e social** - acesso a cuidados de saúde, alteração do contexto da prestação de cuidados de saúde para outro, transportes, local da residência, trabalho, escola, cultura ou capital social.
- **Individual e familiar** - desenvolvimento e suas perspectivas, literacia, capacidade e processamento de informação.

A dimensão do processo de autogestão está relacionada com os seguintes aspetos:

- **Conhecimento e crenças** – As pessoas têm maior probabilidade de adoção de comportamentos de saúde recomendados, se tiverem informação e crenças de saúde consistentes com o comportamento (autoeficácia específica do comportamento, expectativa de resultados e congruência do objetivo).
- **Autorregulação e habilidades** – Desenvolvimento de habilidades de autorregulação para mudança de comportamentos (definição de metas, autocontrole, pensamento reflexivo, tomada de decisão, planeamento e ação, autoavaliação e controle emocional).
- **Facilitação social** - Influência positiva e apoio no envolvimento em comportamentos preventivos de saúde (influência, suporte e colaboração).

Em relação à dimensão dos resultados, estes podem ser proximais ou distais, ou seja, os resultados proximais estão relacionados com o verdadeiro envolvimento dos comportamentos de autogestão, especificamente para uma condição, risco ou transição, para além da gestão de sintomas e terapias farmacológicas. Os custos associados ao uso de serviços de cuidados de saúde, é um resultado proximal. Os resultados distais estão relacionados, em parte, com a realização bem-sucedida dos resultados proximais, divididos em três categorias principais: qualidade de vida ou bem-estar percebido e custos diretos e indiretos com a saúde (Ryan & Sawin, 2009).

O autocuidado como conceito central da enfermagem, requer uma atenção primordial, na atividade diagnóstica regular da prática clínica e na investigação, permitindo a produção de conhecimento, relacionado com os processos de vida das pessoas. Os ganhos de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nesta área de intervenção, repercutem-se a nível pessoal, familiar, económico e social.

O envelhecimento saudável vai mais além da ausência da doença e para a grande maioria dos idosos as habilidades e manutenção das capacidades funcionais é bem mais importante. Os maiores custos sociais, não são os gastos com a promoção das habilidades funcionais dos idosos, mas sim os benefícios que poderiam ser perdidos, se não fosse implementado os respetivos investimentos e adaptações necessárias (OMS, 2015).

3 – O IDOSO E O REGIME MEDICAMENTOSO

Devido às doenças crônicas que se desenvolvem nas vidas dos idosos, estão-lhe associadas uma multiplicidade de fármacos e regimes medicamentosos. A complexidade do processo da gestão da medicação, aumentam o risco de ocorrerem erros, com consequências, às vezes graves, para a saúde dos idosos.

Vários estudos demonstram que na faixa etária dos idosos, o fenómeno da polimedicação e a gestão ineficaz de regimes terapêuticos é uma realidade. São várias as variáveis que estão envolvidas no consumo dos fármacos e respetivos regimes prescritos, bem como as diferentes formas de o gerir.

A farmacoterapia (farmacocinética e farmacodinâmica), reações adversas e interações medicamentosas, uso de medicamentos potencialmente inapropriados, polimedicação, gestão e adesão a regimes medicamentosos, são algumas das áreas, que têm merecido a atenção, reflexão e investigação, na faixa etária dos idosos, no que diz respeito ao consumo de medicação.

Para que ocorra o êxito na utilização eficaz dos fármacos prescritos, têm que estar envolvidos os prescritores, consumidores e os autores das políticas económicas e de saúde em vigor.

3.1 – O consumo de medicação

O consumo da medicação é hoje uma realidade inquestionável, quando se pretende eliminar ou controlar processos patológicos.

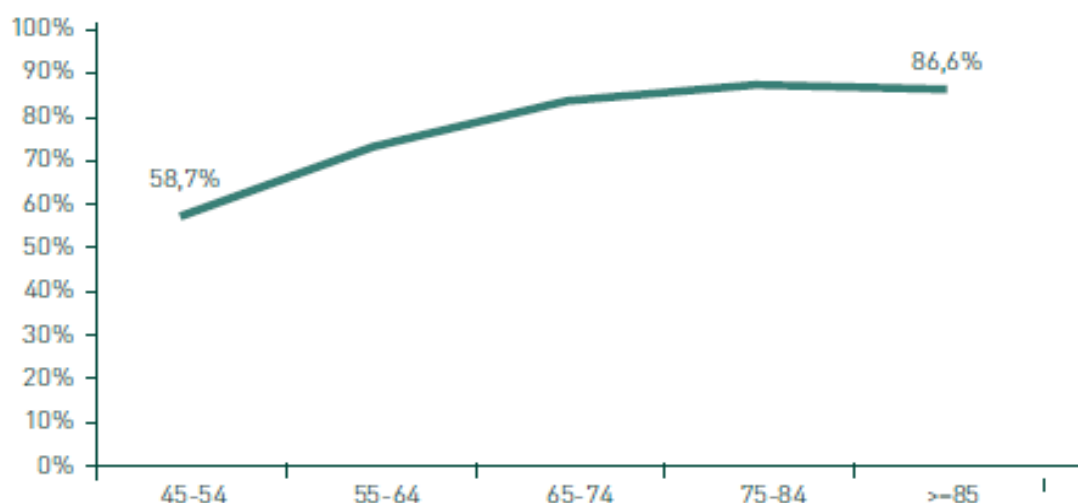
O Estatuto do Medicamento, transpõe do Decreto-Lei 76/2006 de 30 de agosto, a definição europeia de medicamento que consta na Diretiva 2001/83/CE, de 6 de Novembro, alterada pela Diretiva 2004/27/CE, de 31 de Março, para o contexto nacional, definida da seguinte forma: *Um medicamento é toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas”.*

A incidência das doenças crónicas é crescente e aumenta com a idade, tendo um impacto significativo na duração e na qualidade de vida dos doentes. As doenças crónicas estão entre as principais causas de morte, doença e incapacidade nas sociedades ocidentais (DGS, 2006).

O aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, nos idosos, leva à necessidade do consumo de vários fármacos. Nem sempre o consumo dos fármacos está diretamente ligado aos diagnósticos que lhes estão associados. A automedicação e a utilização de prescritores não médicos são fatores concorrentes, para o uso de determinados grupos terapêuticos.

Verifica-se assim que à medida que aumenta a idade, aumenta a probabilidade do aumento do consumo de fármacos, e segundo os dados estatísticos esta tendência confirma-se, Figura 4.

Figura 4 - Consumo de medicamentos por grupo de idade, Portugal (2006)



Fonte: INSA/INE – 4ª INS

A polimedicação nos idosos é uma realidade que está diretamente ligada à multiplicidades de doenças crónicas. Em regra, vários autores consideram como polimedicação, a utilização de 4 a 5 e mais fármacos diferentes, num regime medicamentoso.

Dwyer, et al. (2010), num estudo realizado nos EUA, com 13507 idosos residentes em lares, verificaram uma prevalência de 40% de polimedicação. Também de acordo com

Scott, et al. (2012), 60% da população idosa americana, utiliza 5 ou mais fármacos e 20% mais de 10 fármacos.

Num estudo realizado na Noruega em 2008, onde foram incluídas as prescrições de todos os médicos do país, dispensadas pelas farmácias, para um total de 11.491.065 prescrições de 24.540 prescritores para 445.900 idosos com 70 ou mais anos de idade, a residirem no domicílio, verificou-se que o número médio de prescrições dispensadas a cada indivíduo foi de 18, o número médio de diferentes fármacos prescritos foi de 7, um em cada cinco recebeu mais de 10 tipos de grupos terapêuticos diferentes, 5% dos idosos tinham 67 ou mais prescrições processadas num ano e o número médio de prescritores para cada indivíduo foi de 2 (Nyborg et al., 2012).

Henriques (2011), verificou que num total 341 pessoas, com 61 ou mais anos de idade, a residirem numa região de Lisboa, em média tinham 5,61 medicamentos prescritos (DP = 3,13; Min=0 e Max =18) e 72,1% tomavam 4 ou mais tipos de medicamentos. Também de acordo com Santis (2009), num estudo realizado com 148 participantes, com 65 ou mais anos de idade, dos medicados, 86 (60,2%) consumiam 5 ou mais fármacos por dia, concentrando-se o consumo (44%) entre os 5 e os 8 fármacos por dia. Sousa et al. (2011) realizaram um estudo num centro de dia com 51 participantes, com 60 ou mais anos de idade, polimedicados, e verificaram que 63% dos participantes tinham prescrito quatro ou cinco fármacos, tendo os restantes um número superior.

Cima et al. (2011), num estudo realizado no norte de Portugal, identificaram uma prevalência de uso de medicação crónica de 58,1%. O consumo crónico de fármacos foi mais prevalente nas mulheres, nos idosos, nos analfabetos, nos viúvos e nos membros de famílias unitárias, nos reformados/pensionistas e nas donas de casa. Os tipos de fármacos mais utilizados foram os medicamentos do grupo cardiovascular, sistema nervoso, metabolismo e músculo-esquelético. Na população estudada, 19,7% eram consumidores de 5 ou mais medicamentos.

A polimedicação e o tipo de fármacos utilizados pelos idosos é uma realidade que preocupa as entidades públicas portuguesas. A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS), na operacionalização do processo de contratualização, nos cuidados de saúde primários, no conjunto de indicadores de contratualização, estão incluídos os seguintes indicadores relacionados com o consumo de medicação pelos idosos:

- Proporção de utentes com idade igual ou superior a 75 anos, com prescrição crónica inferior a cinco fármacos.

- Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise.
- Proporção de utentes com idade igual ou superior a 65 anos, sem nenhuma prescrição de *trimetazidina* no último ano.

No primeiro Indicador está assim implícito a preocupação com a polimedicação nos idosos, no segundo e terceiro caso de indicadores, tem a ver com o histórico do número elevado de prescrições destes fármacos nos idosos.

A farmacoterapia no idoso engloba várias variáveis, que aumenta a complexidade, diretamente relacionadas com as mudanças fisiológicas do envelhecimento, com as multiplicidades de doenças, vários medicamentos, vários prescritores e várias formas de apresentação dos fármacos, influenciando todo o processo de uso do fármaco, ou seja, desde a sua administração até à sua excreção (Farmacocinética) e a seus mecanismos de ação e resposta (Farmacodinâmica) (Boparai, M. & Korc-Grodzicki, 2011).

As alterações fisiológicas que decorrem do envelhecimento, estão relacionadas com a composição corporal (diminuição da água e massa corporal total, massa gorda total, diminuição da albumina sérica e aumento da α 1-Glicoproteína Ácida), alterações cardiovasculares (diminuição da sensibilidade do miocárdio à estimulação β – adrenérgica, diminuição da atividade dos Barorreceptores, diminuição do débito cardíaco e aumento da resistência periférica total), alterações do sistema nervoso central e endócrino (diminuição do peso e volume do cérebro, alterações da cognição, atrofia da glândula da Tireoide, aumento da Incidência de Diabetes *Mellitus* e doenças da tireoide), alterações gastrointestinais (aumento do PH gástrico, diminuição do fluxo sanguíneo e atraso no esvaziamento gástrico, diminuição da velocidade do transito intestinal) e alterações renais (diminuição da taxa de filtração glomerular, diminuição do fluxo sanguíneo renal, aumento da fração de filtração, diminuição da secreção tubular e diminuição da massa renal). Todas estas alterações repercutem-se a nível de alterações da farmacocinética na resposta aos fármacos, nomeadamente na absorção gastrointestinal, distribuição, metabolismo hepático e excreção renal (Starner, et al., 2009, citado por Mosca, C. e Correia, P., 2013). O aumento do risco de interações e reações adversas no uso de fármacos, está relacionado com as alterações fisiológicas do envelhecimento e suas consequências na farmacocinética e farmacodinâmica. As alterações a nível da eliminação renal e o metabolismo hepático, podem contribuir para o aumento das interações medicamentosas. Uma diminuição do metabolismo dos

fármacos nos idosos pode ser deletéria, bem como a diminuição da filtração glomerular, com conseqüente redução da excreção renal do fármaco, pode levar à toxicidade. Uma pequena alteração nas concentrações sanguíneas dos fármacos, pode levar ao aumento da sensibilidade do efeito da medicação, manifestando-se em reações adversas na pessoa idosa. Teoricamente, usando a análise combinatória, estima-se que os doentes que utilizam mais de cinco medicações, têm 50% de probabilidade de ocorrer uma interação medicamentosa e quem utiliza sete ou mais medicações a probabilidade aumenta para 100%. Quando estas probabilidades de risco foram verificadas em doentes reais, os resultados foram muito semelhantes (Delafuente, 2003).

A falta de conhecimento entre profissionais, da medicação que os idosos estão a utilizar, devido à multiplicidade de prescritores, é uma realidade que ocorre, devido a estes serem muitas vezes acompanhados por diferentes especialidades médicas, para além do médico de família, bem como a utilização de medicação não prescrita por profissionais médicos, recorrendo a aconselhamento de outras pessoas e a automedicação. Os sistemas de informação têm vindo a evoluir, no sentido apresentarem o máximo de informação relacionada com a informação dos utilizadores dos serviços de saúde. A plataforma de dados da saúde, área do cidadão do portal do SNS, permite aceder entre muitos dados à medicação que foi prescrita, no entanto o cidadão tem-se que inscrever e a informação das instituições privadas, não está contemplada.

O uso de medicamentos inapropriado nos idosos tem sido avaliado em vários estudos, e um dos instrumentos de avaliação mais frequentemente utilizado é o do Critérios de Beers, ou também conhecido como a lista de Beers, ou seja, uma lista de medicamentos considerados inapropriados e/ou pouco seguros utilizados pelos idosos (Anexo I).

Soares, et al. (2008), analisaram os fármacos e grupos de fármacos dos Critérios de Beers, comercializados em Portugal e a sua operacionalização permitiu a criação de um instrumento que pode auxiliar o médico na prescrição da medicação dos idosos, aumentando a sua segurança (Anexo I). Parente (2011), num estudo realizado com 142 idosos com 65 ou mais anos de idade, aplicando os Critérios de Beers em lares de idosos e farmácias comunitárias, verificou que do total de 142 idosos, 53,5% estavam a tomar pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado e os princípios ativos mais utilizados e potencialmente inapropriados foram o Diazepam, a Fluoxetina, a Amiodarona e a Ticlopidina. As Benzodiazepinas de longa duração de ação, foram a classe farmacológica mais usada. A percentagem de idosos que toma medicação potencialmente inapropriada é superior nos lares. Periquito et al. (2014), num estudo

realizado em lares de terceira idade, em que participaram 126 indivíduos com 65 ou mais anos de idade, que utilizavam 5 ou mais medicamentos, da análise da medicação verificaram que 16,27% dos medicamentos eram potencialmente inadequados. Ferreira (2010), num estudo realizado nos centros de saúde em Portugal, em que se analisaram as prescrições de medicamentos que integravam os dados clínicos de 1011 utentes com 65 ou mais anos de idade, verificaram que 25% apresentavam polimedicação, os fármacos mais utilizados foram os do grupo do sistema cardiovascular, sistema nervoso, trato alimentar e sistema músculo-esquelético. Dos medicamentos analisados aproximadamente 25% dos utentes tinha prescrito pelo menos, um medicamento potencialmente inapropriado e do total dos medicamentos, 6% eram inapropriados, segundo o Critérios de Beers operacionalizado para Portugal. Santis (2009) num estudo realizado numa USF, com um total de 143 utentes que frequentavam a consulta médica, da análise da medicação prescrita, verificou uma prevalência de 58,1% de utilização de 5 ou mais fármacos. Dos grupos terapêuticos mais utilizados, 37,2% eram do grupo das Benzodiazepinas e 18,9% Anti-inflamatórios não esteroides. Dos polimedicados 40% utilizavam pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado e do total da amostra, 27,7% utilizavam um medicamento potencialmente inapropriado, na sua prescrição crónica.

Em Portugal, pela análise do consumo de medicamentos, por distribuição dos encargos do SNS, segundo os grupos farmacoterapêutico, aparece em primeiro lugar os do aparelho cardiovascular e de seguida os do sistema nervoso central (Infarmed, 2014).

O regime medicamentoso nos idosos é uma área prioritária de atenção na saúde, nomeadamente na utilização dos medicamentos prescritos, nos riscos da polimedicação e uso de medicamentos potencialmente inapropriados, com consequências a nível da saúde individual e coletiva, das famílias e socioeconómicas.

3.2 – Gestão do regime medicamentoso

A Gestão do Regime Terapêutico é um dos focos de atenção de enfermagem que requer uma intervenção eficaz nos processos de saúde/doença do indivíduo, quando a estes lhe são prescritos regimes terapêuticos, como por exemplo a medicação.

A enfermagem tem um papel preponderante na eficácia da gestão dos regimes terapêuticos, inserida na educação para a saúde, na promoção do conhecimento,

monotorização das estratégias adotadas pelo indivíduo/família, nas suas competências e capacidades de gestão das atividades de vida diária.

Vários estudos demonstram que existem grupos vulneráveis para uma gestão ineficaz do regime terapêutico, como é o caso das pessoas idosas, em que associados às doenças crónicas, são prescritos regimes medicamentosos, que requererem processos de aprendizagem, mais ou menos complexos, em função das características dos regimes prescritos.

Considerando que a *Gestão do Regime Terapêutico* é um tipo de adesão (ICN, 2003), a sua eficácia é o ponto de partida para comportamentos de adesão adequados, no entanto podemos considerar que indivíduos com capacidades para uma gestão do regime terapêutico eficaz, podem ter comportamentos de não adesão.

Os doentes portadores de patologia crónica são os que menos aderem à terapêutica. Estima-se que, nos países desenvolvidos, que dos doentes com patologias crónicas, apenas 50% aderem aos regimes terapêuticos prescritos pelos profissionais de saúde, interferindo na economia, no bem-estar e na qualidade de vida da sociedade (Dias et al., 2011).

Para uma gestão eficaz do regime terapêutico é importante que o indivíduo obtenha informações necessárias de forma que possa compreender de que modo pode fazer as suas escolhas informadas sobre os seus cuidados (Cheesman, 2006).

A *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE), desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), com as várias atualizações de versões, desde a Versão Alfa (1995) até à Versão 2 (2015), tem como objetivo uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros (ICN, 2015).

O programa informático de Suporte de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), utilizado no exercício dos registo de enfermagem em Portugal, amplamente implementado principalmente nos Cuidados de Saúde Primários, utiliza a linguagem da CIPE da Versão β 2, onde se verifica que, na atividade diagnóstica de enfermagem, relacionada com o foco de atenção “*Gestão do Regime terapêutico*” está associado o *Status* que permite qualificar o diagnóstico, baseado principalmente no conhecimento e aprendizagem, relacionado com a doença (Fisiopatologia e sinais e sintomas) e com os regimes terapêuticos prescritos (Alimentação, exercício físico e medicação), tanto do indivíduo como do prestador de cuidados no caso de dependência (ICN, 2003).

Verificamos assim, que para obter um diagnóstico de *Gestão do Regime Terapêutico Eficaz*, previamente terão que ser trabalhados outros focos de atenção, como o *Conhecimento*: “Conteúdo específico de pensamento baseado na sabedoria adquirido na informação ou aptidões aprendidas, conhecimento e reconhecimento de informação “, *Aprendizagem*: processo de adquirir conhecimentos ou competências por meio do estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência e *Autocuidado*: :“Tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida” (ICN, 2009). O indivíduo terá assim que adquirir o conhecimento para uma gestão eficaz do regime caso não seja dependente no autocuidado, em que neste caso outro terá que fazer essa mesma gestão.

Com a vasta experiência da utilização das aplicações de sistemas de informação, por profissionais médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, nomeadamente do SAM (Sistema de Apoio ao Médico) e do SAPE (sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), os SPMS (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde) implementaram um novo sistema de informação evolutivo, denominado de SClínico. A sua implementação teve como estratégia definida pelo Ministério da Saúde, a uniformização dos procedimentos dos registos clínicos para garantir a normalização da informação. O acesso à informação clínica do utente e a utilização da partilha de dados, permite a nível nacional, a recolha de informação, melhorando a eficácia e eficiência no papel e desempenho dos profissionais de saúde na assistência e acompanhamento do utente na equipa multidisciplinar (SPMS, 2017).

Atualmente e segundo a padronização do perfil de enfermagem no SClínico, para documentar a atividade diagnóstica, encontramos associado ao foco de atenção *Gestão do Regime Terapêutico*, a avaliação diagnóstica da *Capacidade para gerir o regime medicamentoso*, com os qualificadores:

- *Providenciar/adquirir o medicamento;*
- *Ajustar horário e dose do medicamento;*
- *Preparar o medicamento.*

Avaliação diagnóstica do *Conhecimento do regime medicamentoso*, com os seguintes qualificadores:

- *Descreve via de administração do medicamento;*
- *Descreve o efeito pretendido com o medicamento;*
- *Descreve efeitos secundários do medicamento;*

- *Descreve o armazenamento do medicamento.*

Caso o resultado da avaliação diagnóstica seja *sem conhecimento e/ou sem capacidade para gerir o regime medicamentoso*, este permite documentar a avaliação diagnóstica do *Potencial para melhorar a capacidade e/ou o Conhecimento*.

Outro dos focos relacionados com o regime medicamentoso é o *Comportamento de Adesão* com a associação da avaliação diagnóstica da adesão ao regime medicamentoso. A esta avaliação diagnóstica está associada a aplicação da escala da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

O suporte de documentação, permite assim aos profissionais de enfermagem, registarem a atividade diagnóstica relacionada com a Gestão e adesão do Regime medicamentoso, bem como implementar um plano de cuidados.

Para cumprir um programa de tratamento da doença, o indivíduo deverá executar as atividades inerentes á manutenção da saúde e prevenção da doença (ICN, 2003). O gerir o regime implica um planeamento (ICN, 2009), em que o indivíduo adota estratégias planeadas na realização da gestão do seu regime terapêutico.

A NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association-International) tem como objetivo desenvolver uma classificação que padronize diagnósticos para ser usado por profissionais de enfermagem. Ao fazermos uma comparação do diagnóstico de *Capacidade para Gerir o Regime Positiva* (ICN, 2015) com os diagnósticos da NANDA-I encontramos *Controle Eficaz do Regime Terapêutico: Indivíduo*, que define como um “padrão de regulação e integração à vida diária de um programa de tratamento de doença e de suas sequelas que é satisfatório para atingir objetivos específicos de saúde” (Johnson, et al., 2003).

Segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), os resultados esperados em relação ao diagnóstico de *Controle Eficaz do Regime Terapêutico: Indivíduo*, são os seguintes:

- *Comportamento de aceitação;*
- *Comportamento de adesão;*
- *Conhecimento: Regime terapêutico;*
- *Controle de riscos;*
- *Participação: decisões sobre cuidados de saúde;*
- *Participação familiar no cuidado profissional.*

Verificamos assim que em relação à interpretação das duas classificações, que a gestão do regime terapêutico implica o conhecimento relacionado com um programa de tratamento, em que o indivíduo terá que ter um comportamento de adesão/aceitação.

Da revisão da literatura verificamos que a *Gestão do regime Terapêutico* está associado ao conceito de *Autogestão (Self-management)*. A autogestão está relacionada a capacidade de o indivíduo controlar o conjunto de consequências da(s) doença(s) crónica(s), nomeadamente sinais e sintomas, tratamentos, alterações psicossociais, culturais e espirituais em conjunto com a comunidade, família e profissionais de saúde (Whitehead & whitehead, 2009, citado por Richard & Shea, 2011). Autogestão tem sido definida como a capacidade do indivíduo em controlar, sintomas, alterações físicas e psicossociais inerentes de uma doença de longo prazo (Coster & Norman, 2009).

Vários estudos têm evidenciado que uma gestão autónoma e eficaz associada a doença crónica tem um impacto positivo no estado de saúde física, psicológica e social. A vigilância de sinais e sintomas bem como a consciência das respostas subjetivas de mudanças ou sensações, são componentes da gestão do regime terapêutico, uma vez que regimes como alimentação, exercício físico e medicação, estão associadas alterações, em que uma *Gestão do Regime Terapêutico Eficaz*, melhora o seu estado de saúde.

O controlo de sinais e sintomas associados, por exemplo, ao uso de medicação, implica um conhecimento dos efeitos da mesma. Muitas das vezes a toma de determinada medicação depende de resultados de avaliações, por exemplo, da glicemia, no caso dos diabéticos insulínodépendentes. Uma gestão ineficaz do regime terapêutico provoca riscos acrescidos ao estado de saúde, muitas das vezes graves, com a necessidade de cuidados hospitalares.

Autogestão é um fenómeno multidimensional, complexo que pode ser conceptualizado como afetando indivíduos ou famílias em todo o seu ciclo vital. As capacidades e necessidades individuais, afetam o sucesso ou fracasso do indivíduo ou família (Ryan, Kathleen & Sawin, 2009).

Verificamos pelo estudo da literatura que existem vários conceitos associados à *Gestão do Regime Terapêutico*. A taxonomia da CIPE, permite a uniformização e padronização de conceitos, adotada na maior parte das realidades do exercício profissional de enfermagem em Portugal. Os diagnósticos da NANDA-I, revela a similaridade em relação aos diagnósticos da CIPE, no que diz respeito à *Gestão do Regime Terapêutico*.

Fazendo parte integrante do autocuidado, a Gestão do Regime Terapêutico, engloba um foco de atenção primordial, o conhecimento, para a realização das atividades de vida diária, como os regimes terapêuticos prescritos e sua manutenção, através da monitorização e gestão do estado de saúde.

Como ponto de partida para comportamentos de adesão e para uma gestão do regime terapêutico eficaz, a autoeficácia do indivíduo, envolve as capacidades e confiança para realizar as atividades diárias e o êxito da manutenção do estado de saúde (Richard & Shea, 2011).

Quando o indivíduo é dependente no autocuidado, inclusive na gestão do regime terapêutico, o prestador de cuidados, deverá assumir o papel de gestor do seu regime terapêutico.

Na revisão da literatura, e na pesquisa relacionada com expressões como *Self-management*, *Self-care*, *Compliance* e *Adherence*, verificou-se a relação e associação de conceitos com o de *Gestão do regime Terapêutico*". Fazendo parte integrante do autocuidado, a Gestão do Regime Terapêutico, engloba um foco de atenção primordial, o conhecimento, para a realização das atividades de vida diária, como os regimes terapêuticos prescritos e sua manutenção, através da monitorização e gestão do estado de saúde (Ryan & Sawin, 2009).

De acordo com Maclaughin et al. (2005), existem os seguintes fatores relacionados com a adesão ao regime medicamentoso:

- Sociodemográficos - Idade, biótipo, sexo, ocupação, nível educação, educação para saúde;
- Clínicos - Tipo de doença, gravidade e duração da doença, número de doenças associadas, frequência do uso dos serviços de saúde, satisfação dos doentes com os serviços de saúde, qualidade dos cuidados;
- Medicação - Regime de doses, tipo de medicamentos, número de medicamentos, tipo de embalagem, sistema de distribuição medicamentosa, uso de ajudas de adesão, regime terapêutico, reações adversas;
- Comportamentais - Interação doente profissional de saúde, conhecimento do doente, compreensão e crenças face à doença ou doenças e medicamentos, conhecimento e crenças do cuidador;
- Económicos - Classe social, tipo de assistência na saúde, custo da medicação e dos cuidados de saúde, rendimento do doente.

A relação e interação estabelecida entre os utentes e os profissionais de saúde, é um fator importantíssimo para comportamentos eficazes na gestão do regime medicamentoso. Por princípio o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, pelo que se espera que o comportamento mais adequado seja que os utentes sigam as respetivas recomendações. Vários estudos demonstram que a qualidade da relação médico/paciente e paciente/crenças de saúde, são fatores que influencia os comportamentos de adesão a regimes terapêuticos prescritos, pelo que os resultados positivos sugerem que se adote um modelo de decisão compartilhada e não paternalista (Vermeire et al., 2011).

O desenvolvimento de modelos e teorias da psicologia social e da psicologia da saúde, vieram contribuir para explicar comportamentos relacionados com a saúde, nomeadamente os comportamentos de adesão a terapêuticas instituídas. Vários modelos foram desenvolvidos para compreenderem as razões de determinados comportamentos e de que forma os comportamentos podem ser modificados ou ajustados a objetivos que se pretende alcançar.

O resultado dos estudos da psicologia, nomeadamente os da área cognitiva vieram permitir, que para além da capacidade de prever comportamentos em determinados contextos, também a capacidade de o poder modificar.

O modelo de Crenças da Saúde foi uma das teorias mais antigas, desenvolvida para explicar os comportamentos de saúde e de doença, inicialmente por Rosenstock (1996) e revisto posteriormente por Becker e colaboradores na década de 70 e 80. Este modelo procura explicar as características pessoais que são preditivas do comportamento e que resultam do conjunto das seguintes crenças:

- Suscetibilidade à doença;
- Gravidade da doença;
- Custos e benefícios envolvidos;
- Motivação para o comportamento;
- Disposição para agir.

A suscetibilidade e gravidade percebida traduzem o grau de ameaça e os benefícios e barreiras percebidas, determinam o curso da ação (Armitage & Conner, 2000).

A teoria da Ação Racional (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975) postula que as intenções comportamentais, que precedem o comportamento, são o resultado de informações obtidas ou crenças subjetivas, de que a probabilidade de executar um

comportamento particular conduzirá a um resultado específico, ou seja, as intenções comportamentais são determinadas pelas atitudes e normas subjetivas. O determinante principal do comportamento da pessoa é a intenção de praticar esse mesmo comportamento e se a intenção é determinada pelas crenças e atitudes, a eficácia das estratégias na mudança de comportamentos de saúde, depende da capacidade de mudar as atitudes e as normas subjetivas, com o objetivo de comportamentos de adesão saudáveis (Madden, Ellen & Ajzen, 1992).

A teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1985) é uma evolução da teoria da Ação Racional, uma vez que vai para além da condição do controle volitivo, ou seja, inclui as crenças sobre a necessidade de oportunidades e recursos necessários para a realização de um determinado comportamento. Quanto mais recursos e oportunidades individuais acharem que possuem, maior deve ser o controle comportamental percebido sobre o comportamento (Madden, Ellen & Ajzen, 1992).

Como na teoria da ação racional, o fator principal na teoria do comportamento planeado é a intenção da pessoa de realizar um determinado comportamento. Uma intenção comportamental, só tem expressão, apenas se o comportamento em questão está sob controle volitivo, ou seja, se a pessoa pode decidir a vontade de executar ou não realizar o comportamento. Embora alguns comportamentos possam, de fato, satisfazer muito bem esse requisito, a maioria depende, pelo menos até certo ponto, de fatores não motivacionais como a disponibilidade de oportunidades e recursos necessários (Ajzen, 1991).

O modelo transteórico de mudança do comportamento, de Prochaska & DiClemente (1982), surgiu de uma análise comparativa de 18 principais sistemas de terapia que descreviam os processos envolvidos na mudança do comportamento e sua manutenção, onde foram identificados os seguintes estágios de mudança: contemplação, determinação, ação e manutenção. O modelo é aperfeiçoado mais tarde, por Prochaska, DiClemente & Norcross (1992), onde consideraram que o comportamento é um processo que ocorre por fases, passando pelos seguintes estágios de mudança: Pré-Contemplação (a pessoa não considera fazer qualquer tipo de mudança e não há intenção de mudar); Contemplação (a pessoa está ciente de que o problema existe e considera ou pensa na mudança); Preparação (a pessoa inicia pequenas mudanças no sentido do comportamento desejado); Ação (a pessoa empenha-se ativamente e envolve-se na mudança) e Manutenção (a pessoa empenha-se no sentido de manter a mudança ao longo do tempo). O conjunto sucessivo de estágios, não obriga que sejam lineares, ou

seja, pode-se verificar uma evolução contínua ou não, uma vez que as pessoas podem iniciar, abandonar, regredir ou reiniciar, em qualquer momento.

O *locus* de controle, formulado por Rotter (1966), refere-se às percepções da pessoa sobre a eficácia das suas ações no controle da sua saúde. A pessoa quando acredita que os acontecimentos resultam das suas ações, então tem o controle sobre elas (*locus* de controlo interno), ou então que as situações não se relacionam com as suas ações, não tendo controle sobre elas, sendo controladas por outros fatores (*locus* de controlo externo). Wallston et al., (1978), aplicaram este conceito à saúde e referiram três dimensões de controlo, que influenciam o comportamento das pessoas. Se a pessoa acredita que a sua saúde é determinada maioritariamente pelo seu controlo, maior é a probabilidade de praticar comportamentos de manutenção da saúde. Se acredita que a saúde não depende do seu comportamento, poderão ter comportamentos prejudiciais à sua saúde. A outra dimensão refere-se ao facto de a pessoa acreditar que a sua saúde depende dos profissionais de saúde ou outras pessoas, as quais são vistas como figuras de autoridade. Se por um lado, a figura de autoridade, nomeadamente os profissionais de saúde, contribui para comportamentos de adesão, também pode ocorrer comportamentos inadequados, por acreditarem que os profissionais de saúde podem curar, mesmo com estilos de vida não saudáveis.

O modelo de autorregulação desenvolvido por Leventhal et al. (1997), centra-se na relação entre as crenças individuais sobre a saúde/doença, na sua representação cognitiva (interpretação que dá à doença) e as respostas às ameaças da doença. Como um modelo de resolução de problemas, a ameaça à saúde e ou doença, leva a pessoa a adotar estratégias de *comping* de forma a atingir o seu estado de normalidade ou equilíbrio. A adesão ou não adesão, por exemplo à toma de medicação, está relacionada com a interpretação que a pessoa faz sobre o sentido da ação, relacionado com a doença e os sintomas. Por fim a pessoa avalia o resultado da sua ação, verificando se as estratégias adotadas, permitem que se adapte à sua nova condição, reduzindo a angústia e aumentando o bem-estar em relação ao controlo da doença. Nos processos de avaliação e nos comportamentos escolhidos, os aspetos socioculturais, sociodemográficos, psicológicos, de natureza situacional e percepção dos sintomas, interferem na tomada de decisão de adoção de determinados comportamentos.

O modelo da hipótese cognitiva da adesão, foi desenvolvido por Ley (1981 e 1989), citado por Ogden (1999) e tem por base a premissa de que, a adesão pode estar relacionada com vários fatores, nomeadamente a satisfação do doente em relação à

consulta, a compreensão da informação que lhe é dada e a memorização dessa informação. De acordo com o citado por Ogden (1999), os estudos realizados por Ley (1988) levaram a concluir que a satisfação dos doentes, resultava de vários fatores que decorriam durante a consulta, tais como, aspetos afetivos, comportamentais e de competência do próprio profissional. Outro fator importante, é a compreensão da informação que é transmitida, ou seja, a omissão de informação sobre a doença, etiologia, gravidade localização correta do órgão envolvido e tratamento, pode influenciar a satisfação e por sua vez comportamentos de não adesão. Em relação à memorização, existem vários fatores que podem contribuir para o esquecimento das informações dadas pelo médico. A capacidade de recordar as informações sobre o aconselhado na consulta, podem estar relacionadas com a ansiedade, nível intelectual, conhecimentos médicos e a forma como é feita (efeito de primazia), bem como o número de afirmações, aumenta o efeito de memorização do doente.

O modelo de adesão (*adherence*) desenvolvido por Stanton (1987), citado por Ogden (1999), introduziu a alteração do termo obediência (*compliance*), para o de adesão (*adherence*), afastando-se assim a visão da figura do profissional de saúde que emite conselhos e decide sobre um doente passivo. Semelhante ao modelo de hipótese cognitiva de Ley, a comunicação do profissional de saúde, aumenta o conhecimento, a satisfação e a adesão ao regime recomendado da pessoa, acrescenta um aspeto que o diferencia do anterior, que são os relacionados com o própria pessoa (Locus de controlo, crenças sobre a rotura do estilo de vida devido à adesão e o apoio social sentido) e a interação com o profissional de saúde, tendo como principio, partirem do pressuposto que os profissionais de saúde são objetivos, isentos da influencia das suas próprias crenças e os doentes é que são os portadores das crenças e do desconhecimento, que devem ser consideradas aquando da comunicação estabelecida pelo profissional de saúde.

Os modelos teóricos de mudança comportamental, vêm contribuir para uma melhor compreensão dos comportamentos adotados pelas pessoas na gestão e na adesão aos regimes medicamentosos, permitindo uma melhor eficácia nos planos de cuidados estabelecidos.

Na gestão da doença crónica e por sua vez dos regimes medicamentosos que lhe estão associados, cada vez mais é solicitada a responsabilidade do individuo e da família, uma vez que leva à melhoria dos resultados de saúde, ao aumento da qualidade de vida, reduz a necessidade dos serviços de saúde, contribuindo para a saúde em geral da

sociedade. Considerando o funcionamento da família como um sistema, uma alteração num dos membros da família, leva a alterações na família. As necessidades e capacidades de cada membro da família afetam o sucesso ou o fracasso individual ou da família em relação à autogestão. Desta forma a família pode ser conceptualizada como um sistema multidimensional e complexo, cuja funcionalidade, pode afetar os indivíduos, os subsistemas e famílias, em todos os estágios de desenvolvimento (Ryan & Shawin, 2010).

Numa metanálise realizada por DiMatteo (2004), descobriu-se que a adesão aos regimes médicos é 1,74 vezes maior em pacientes de famílias coesas e 1,53 vezes menor em pacientes de famílias em conflito.

Kenny et al. (2006), citado por Pereira et al. (2015), verificaram que a satisfação no relacionamento, influenciava positivamente os comportamentos de apoio e envolvimento ativo, discutindo abertamente com os outros a doença e adoção de estratégias de resolução de problemas em conjunto.

A família como unidade sistémica com funções sociais, dotada de energia, com capacidade auto-organizativa, é um espaço privilegiado e por excelência de suporte à vida e à saúde dos seus membros (Figueiredo, 2012).

Os profissionais de saúde devem ter em conta estas características da família, promovendo a proximidade com o ambiente familiar, abrangendo os aspetos cognitivos e comportamentais, associados à gestão da doença, bem como os aspetos emocionais, que interferem no modo como a pessoa e sua família se adapta a uma nova situação de saúde (Pereira et al., 2014).

Segundo Figueiredo (2012), o processo familiar como conceito central para a compreensão das interações que se vão desenvolvendo entre os membros da família e como uma área de atenção de enfermagem, circunscreve-se às seguintes subdefinições: comunicação familiar, *coping* familiar, interação de papéis familiares, relação dinâmica e crenças familiares.

Na gestão da doença crónica e nomeadamente a gestão do regime medicamentoso, a intervenção no âmbito destas subdefinições/dimensões operativas do processo familiar, podem contribuir na eficácia da gestão do regime terapêutico. Um padrão de comunicação familiar que permita a satisfação da expressão dos sentimentos dos membros da família, compreendida de forma clara entre seus membros, contribuirá para o êxito na gestão do regime medicamentoso. A capacidade na gestão de estratégias para

a resolução de problemas, permitem a manutenção do funcionamento familiar e a sua evolução positiva, adotando as suas próprias estratégias de *coping*. A interação de papéis, com impacto nas interações das funções e na estrutura familiar, no que diz respeito, a entradas de bens financeiros (papel de provedor), administração da economia doméstica (papel de gestão financeira), iniciativa de atividades lúdicas e atividades recreativas (papel recreativo) e manutenção do contacto com a restante família permitindo a consolidação dos laços familiares (papel de parente), poderá também contribuir para uma gestão mais eficaz da doença crónica, muitas vezes promotora de reorganização e adaptação destes mesmos papéis familiares. A relação dinâmica integra as categorias da influência e poder, alianças e uniões, coesão e adaptabilidade da família e perceção dos membros da funcionalidade da família. A perceção de cada membro sobre o apoio e preocupação da família relativamente às suas preocupações e sentimentos e a forma como manifestam a sua autonomia, influencia a capacidade na tomada de decisões, nomeadamente na gestão do regime medicamentoso. As crenças familiares influenciam a tomada de decisão relativamente à resolução de problemas e comportamentos de saúde, integram convicções e valores norteadores da ação individual e interação familiar (Figueiredo, 2012).

4 - FINALIDADE DO ESTUDO

A realidade atual coloca-nos o desafio de perceber de que forma estão a ser geridos os regimes medicamentosos prescritos, principalmente em grupos vulneráveis, como é o caso dos idosos muito idosos, na sua gestão diária da doença.

A revisão da literatura e a experiência profissional, leva-nos assim a questionar sobre que estratégias estão a ser adotadas pelas pessoas com 80 ou mais anos de idade na gestão do seu regime medicamentoso.

O nosso estudo pretende assim como objetivo geral, identificar as estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso, pelas pessoas que integram agregados familiares com 80 ou mais anos de idade, e especificamente a que se refere:

- Caracterização da população:
 - ✓ Sociodemográfica;
 - ✓ Diagnósticos clínicos associados;
 - ✓ Prestador de cuidados;
 - ✓ Características das famílias;
 - ✓ Capacidade cognitiva;
 - ✓ Capacidade funcional;
 - ✓ Auto perceção sobre a condição de saúde;
 - ✓ Comportamento de procura de saúde;
 - ✓ Grupos terapêuticos de fármacos utilizados.
- Estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso prescrito;
- Fatores que dificultam a gestão do regime medicamentoso.

5 - MATERIAIS E MÉTODOS

Nesta fase metodológica, em que se estabeleceu um plano geral para a investigação, no sentido de responder às questões de investigação, é apresentada a escolha do desenho da investigação, definição da população e amostra, descrição das variáveis, os instrumentos de avaliação empregues e os procedimentos considerados na investigação.

5.1 – Tipo de estudo

A escolha do tipo de estudo, teve como base de consideração, a prática profissional do investigador, na área dos cuidados de saúde primários, optando-se por um estudo epidemiológico, considerado como uma ciência comum aplicada nesta área, com atividades de estudo relacionadas com a descrição, observação, enumeração e/ou relação entre as variáveis, contribuindo para a promoção e proteção da saúde pública.

Para dar resposta aos objetivos do estudo e uma vez que se pretende observar a realidade relacionada com as estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso, num período de tempo, optou-se por realizar um estudo **quantitativo**, do **tipo observacional e transversal**.

5.2 – População e amostra

A população do estudo onde se constitui a amostra, é constituída por os agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade, que residem no Porto, inscritas numa unidade de saúde do ACES Grande Porto VI – Porto Oriental. A população residente neste ACES, apresenta uma elevada percentagem de idosos (66,8%) que vivem sós ou com outros idosos (33,0%). Identifica-se assim o valor percentual dos idosos com 65 ou mais anos de idade que vivem sós ou com outros idosos com 65 ou mais anos de idade, no entanto não se sabe, ou pelo menos não se encontra publicado a percentagem de idosos correspondentes às características específicas dos indivíduos da amostra, ou seja com 80 ou mais anos de idade que vivem sós ou exclusivamente com outros idosos também com 80 ou mais anos, nomeadamente nos dados estatísticos da população portuguesa.

Os participantes, incluídos em famílias correspondentes ao nosso estudo, foram identificados previamente com a colaboração das equipas de saúde familiar, efetuada sequencialmente, sempre que eram identificados.

Após um processo de esclarecimento livre e informado decidiram participar 60 pessoas, constituindo assim a nossa amostra.

A colheita dos dados foi realizada numa população idosa, com características específicas, ou seja, em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade, em que na coabitação, não podia viver nenhuma pessoa com menos de 80 anos de idade.

5.3 – Recolha de dados

Numa primeira seleção dos utentes, estes foram identificados pelo médico e/ou enfermeiro de família, através de consulta do processo ou presencialmente após consulta médica e/ou de enfermagem na unidade de saúde. Posteriormente era feito um contato telefónico ou presencial pelo enfermeiro de família no sentido de obter o consentimento verbal, para poder ser posteriormente contactado telefonicamente pelo investigador, para planear o encontro, apresentar o estudo e caso decidissem participar, após o processo de esclarecimento livre e informado, realizar a entrevista.

Todas as entrevistas foram realizadas no domicílio das famílias, onde o investigador foi recebido com cordialidade, num ambiente calmo, muitas das vezes os participantes estavam acompanhados por familiares, que se deslocavam ao domicílio dos participantes, no sentido de perceberem melhor e/ou confirmarem junto do investigador o objetivo da visita domiciliária, contribuindo com informação esclarecedora de alguns aspetos relacionados com a colheita de dados. O investigador/entrevistador teve sempre que orientar a entrevista para a informação dos dados a colher, sem nunca interromper os participantes, tendo sido também abordadas outras questões que eram colocadas pelos participantes, mas que não estavam diretamente relacionadas com o estudo.

Este procedimento foi demorado uma vez que prioritariamente estava a disponibilidade dos participantes para realizar a entrevista e muitas das vezes era incompatível com a disponibilidade do profissional, devido ao horário laboral a cumprir e o tempo que tinha que ser disponibilizado para a entrevista, pelo que esta fase de investigação foi mais prolongada do que era desejado, ou seja, de Janeiro de 2015 a Março de 2016.

5.4 – Variáveis

Foi utilizado como base para a recolha de dados um formulário realizado pelo investigador, que incluem questões relacionadas com a gestão do regime medicamentoso, e estabelecidas segundo a revisão bibliográfica do tema, bem como um conjunto de instrumentos validados para a população portuguesa, para obtenção dos dados das seguintes variáveis:

Sociodemográficas

- Sexo: Masculino; Feminino.
- Idade: [80-85]; [86-90]; [91-95]; [96-100]; > 100
- Estado Civil: Solteiro; Casado; Viúvo; Divorciado; União de facto
- Nível de instrução: Analfabeto; 1º Ciclo; 2º Ciclo; 3º Ciclo; Ensino secundário; Licenciado; Mestre/Doutor.
- Coabitação:
 - ✓ Com quem vive: Sozinho; Conjugue; Irmãos ou cunhados; Outros familiares; Amigos; Outro.
- Prestador de cuidados:
 - ✓ Prestador de cuidados: Sim; Não; quem.
 - ✓ Situação económica: Dependente; Independente.
- Características da família:
 - ✓ Classe social I, II, III, IV ou V, de acordo com os scores globais do Teste de Graffar adaptado;
 - ✓ Perceção da funcionalidade da família: APGAR Familiar.
- Capacidade cognitiva:
 - ✓ Existência de défices cognitivos, segundo o Mini Mental State Examination (Folstein et al. 1975 adaptado por Guerreiro et al.,1994): Sim; Não.
- Capacidade funcional:
 - ✓ Utentes independentes, com dependência total, parcial e dependentes nas atividades de vida diária, de acordo com os scores globais do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007);

- ✓ Utentes independentes, com dependência total, parcial e dependentes nas atividades instrumentais de vida diária, de acordo com os scores globais do Índice de Lawton (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007);
- ✓ Número de dias nos últimos 6 meses com incapacidade de realizar as atividades de vida diária; Nenhum; 1 a 3; 4 a 15; > 15;
- ✓ Total de dias de internamento hospitalar nos últimos 6 meses com problemas físicos: Nenhum; 1 a 3; 4 a 15; > 15.

Auto percepção sobre a condição de saúde

- Avaliação do estado geral da sua saúde: Muito boa; Boa; Regular; Má; Não Sabe/Não responde;
- Comparação do estado de saúde desde há 5 anos atrás: Melhor; Igual; Pior; Não sabe/Não responde.

Comportamento de procura de saúde

- Total de vezes nos últimos 6 meses que recorreu ao seu médico de família: Nenhuma; 1 a 2 vezes; mais de 2 vezes.
- Total de vezes nos últimos 6 meses que recorreu ao seu enfermeiro de família: Nenhuma; 1 a 2 vezes; mais de 2 vezes.
- Instituição onde recorre quando está doente: USF; Hospital; Instituição privada.

Grupos terapêuticos de fármacos utilizados

- Medicamentos que tomou na última semana:
 - ✓ Nome;
 - ✓ Dias que tomou: Número de vezes;
 - ✓ Quantidade por dia: Número de vezes;
 - ✓ Quantidade em cada toma: Número;

- ✓ Quem prescreveu: Médico de família; Não médico;
- ✓ Quem o informou.

Estratégias adotadas na gestão do regime prescrito

- Quem gere o regime: O próprio; Familiar; Empregada; SAD 5 – Outro.
- Como os distingue: Conhece as caixas; Conhece os comprimidos; Usa dispositivo; Outro.
- Adesão à medicação de acordo com os scores globais da Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT (Delgado e Lima, 2001): Sim; Não por item.

Barreiras à toma da medicação

- Abrir ou fechar as embalagens: Sim; Não.
- Ler o que está escrito nas embalagens: Sim; Não.
- Perceber qual e como deve tomar o comprimido: Sim; Não.
- Tomar o fármaco (Sabor, tamanho, forma de aplicar): Sim; Não.
- Renovar a medicação a tempo (ir ao médico): Sim; Não.
- Deslocar-se à farmácia para o comprar: Sim; Não.
- Ter dinheiro para a medicação: Sim; Não.
- Cumprir com o horário das tomas: Sim; Não.
- Manter o conhecimento sobre os fármacos: Sim; Não.
- Lembrar quando chega a hora: Sim; Não.
- Organizar para tomar fora de casa (planear): Sim; Não.
- Estar muito ocupado: Sim; Não.
- Adormecer antes da hora da toma: Sim; Não.
- Tomar muita medicação junta: Sim; Não.
- Efeitos secundários do fármaco: Sim; Não.
- Estar preocupado com a habituação ao fármaco: Sim; Não.
- Não gostar de tomar medicamentos: Sim; Não.
- Quando já se sente bem: Sim; Não.

- Duvidar da eficácia da medicação: Sim; Não.
- Não querer misturar o fármaco com álcool: Sim; Não.
- Não gostar de pensar que está doente: Sim; Não.
- Sentir-se pior quando toma o medicamento: Sim; Não.
- O fármaco não estar a fazer efeito: Sim; Não.
- O tratamento ser demasiado longo: Sim; Não.
- Por estar deprimido: Sim; Não.
- Preguiça em tomar os medicamentos: Sim; Não.
- Não ter apoio emocional: Sim; Não.
- Não explicarem para que serve: Sim; Não.

5.5 – Instrumentos de medida

Para a avaliação das variáveis do estudo, houve a necessidade de recorrer a instrumentos de medida, validados na população portuguesa, que permitiram obter uma caracterização mais objetiva e ampla, assim como um conjunto de questões elaboradas pelo investigador, estabelecidas através da revisão bibliográfica (Anexo II).

Graffar adaptado

Para avaliar a classe social da família, foi utilizado o **Questionário da Notação social da Família** ou **Graffar adaptado**.

Esta escala permite obter a posição social da família e encontra-se dividida em cinco critérios: Profissão, Instrução, Origem do Rendimento Familiar, Tipo de Habitação e Local de Residência. Cada um destes critérios tem cinco possibilidades de escolha e o entrevistado deverá escolher aquela que melhor corresponde à sua realidade. A origem do rendimento familiar, deve ser considerada a do elemento com maior rendimento no agregado familiar. Cada um destes critérios compreende cinco categorias, as quais são pontuadas de 1 a 5.

Para obter o resultado final, deverá se realizar a soma total da pontuação e irá corresponder a uma das seguintes cinco classes sociais utilizada para a classificação:

- **Classe Social Alta** (Classe I), de 5 a 9 pontos.
- **Classe Social Média Alta** (Classe II), de 10 a 13 pontos.
- **Classe Social Média** (Classe III), de 14 a 17 pontos.
- **Classe Social Média Baixa** (Classe IV) de 18 a 21 pontos.
- **Classe Social Baixa** (Classe V), de 22 a 25 pontos.

APGAR Familiar

Na avaliação da percepção que a família tem sobre a sua funcionalidade, foi aplicado o **APGAR Familiar de Smilkstein**.

O APGAR Familiar é uma escala que foi elaborada por Smilkstein em 1978, constituída por cinco questões, que permitem quantificar a percepção que cada um dos elementos inquiridos tem sobre a funcionalidade da sua família e no que diz respeito aos seguintes componentes fundamentais da função familiar:

- **Adaptação** (*Adaptability*) – Capacidade de usar recursos dentro e fora da família, no sentido de resolver problemas em situações de crise, que ameaçam o equilíbrio da mesma.
- **Participação** (*Partnertship*) – Implicação dos membros na tomada de decisão e das responsabilidades familiares.
- **Crescimento/Desenvolvimento** (*Growth*) – Realização na maturidade física, psíquica e emocional, alcançada devido ao apoio e aconselhamento entre os membros da família.
- **Afeto** (*Affection*) – Relação de amor, ternura e respeito entre os membros da família.
- **Resolução** (*Resolve*) – Compromisso de dedicação aos restantes membros da família, no que diz respeito ao espaço, tempo e recursos económicos, atendendo às necessidades físicas e emocionais.

A pontuação para cada uma das cinco respostas será a seguinte: 2 pontos (Quase Sempre) 1 ponto (Algumas vezes) e 0 pontos (Quase Nunca). O resultado final obtém-se com o somatório dos totais parciais de cada resposta, permitindo classificar a percepção da família da seguinte forma:

- **Altamente funcional** (7 a 10 pontos).

- **Disfunção moderada** (4 a 6 pontos).
- **Disfunção acentuada** (0 a 3 pontos).

Mini Mental State Examination (MMSE)

A avaliação da existência de défices cognitivos, foi realizada com a aplicação do **Mini Mental State Examination** (Folstein et al. 1975 adaptado por Guerreiro et al.,1994). Este teste é amplamente utilizado para detetar alterações cognitivas, principalmente em populações geriátricas. Funciona como teste de rastreio, necessitando de avaliações mais específicas, para estabelecimento de diagnósticos clínicos.

Utilizado na prática clínica para deteção de mudanças do estado cognitivo, avalia os seguintes domínios cognitivos:

- **Orientação** – cinco itens de orientação espacial e cinco itens de orientação temporal
- **Retenção** – referidas três palavras que o examinando repete de seguida.
- **Atenção e Calculo** – o examinando tem que realizar cinco subtrações sucessivas de três valores ao número trinta.
- **Evocação** – o examinando tem que evocar as três palavras atrás referidas.
- **Linguagem:**
 - ✓ Nomeação (nomear dois objetos que são mostrados);
 - ✓ Repetição de uma frase;
 - ✓ Três de compreensão de ordem verbal (pegar numa folha com a mão direita, dobrar ao meio e colocar em cima de uma mesa);
 - ✓ Um de compreensão de ordem escrita (mostrar uma ação escrita para examinando a realizar);
 - ✓ Um de escrita espontânea de uma frase.
- **Habilidade construtiva** – o examinando tem que copiar uma imagem constituída por dois pentágonos intersectados em dois lados.

Cada item do teste é pontuado de 0 a 1 valor e a pontuação final varia de 0 a 30 valores, em que o valor 30 corresponde ao melhor desempenho. Os valores operacionais de “coorte”, para a população portuguesa atual são os seguintes:

- **0 a 2 anos de escolaridade** - 22 valores.

- **3 a 6 anos de escolaridade** – 24 valores.
- **Igual ou superior a 3 anos** - 27 valores.

Índice de Lawton

O **Índice de Lawton** (Lawton & Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007) é um instrumento que avalia o nível de independência da capacidade funcional, da pessoa idosa, no que diz respeito às atividades instrumentais de vida diária (AIVD), que compreendem as seguintes atividades:

- Cuidar da casa;
- Lavar a roupa;
- Preparação da comida;
- Ir às compras;
- Utilização de telefone;
- Utilização de transporte;
- Gestão de dinheiro;
- Gestão de medicação.

Na avaliação das atividades, cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, sendo assim possível pontuar cada atividade de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O resultado final corresponde aos seguintes pontos de corte:

- **Independente** (8 pontos).
- **Moderadamente dependente**, necessita de uma certa ajuda (9 a 20 pontos).
- **Severamente dependente**, necessita de muita ajuda (superior a 20 pontos).

Índice de Barthel

O **índice de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965 adaptado por Sequeira, 2007), é um instrumento que avalia o nível de independência da capacidade funcional, da pessoa idosa, no que diz respeito às atividades de vida diária (AVD), que compreendem as seguintes atividades:

- Higiene Pessoal;
- Evacuar;
- Urinar;
- Ir à casa de banho (uso do sanitário);
- Alimentar-se;
- Transferências (Cadeira/cama);
- Mobilidade (deambulação);
- Vestir-se;
- Escadas (subir e descer);
- Banho.

A cada uma das atividades é atribuído entre dois a quatro níveis de dependência, pontuada em 0, 10 ou 15 pontos, em que o 0 corresponde à dependência total. O somatório das pontuações, correspondente a cada uma das atividades, corresponde ao seguinte resultado dos pontos de corte:

- **Independente** (90 a 100 pontos).
- **Ligeiramente dependente** (60 a 89 pontos).
- **Moderadamente dependente** (40 a 55 pontos).
- **Severamente dependente** (20 a 35 pontos).
- **Totalmente dependente** (inferior a 20 pontos).

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Para a avaliação do comportamento dos participantes no uso diário com os medicamentos, aplicou-se a **Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT** (Delgado e Lima, 2001). Este instrumento é composto por sete itens, em que a condição de resposta para cada item é feita na forma de escala de Likert, ordinal de 6 pontos, em que 1 corresponde a “sempre” e 6 a “nunca”, podendo assim variar de 1 a 6 pontos. O resultado final corresponde ao somatório dos resultados de cada item, dividido pelo número de itens, obtendo-se uma escala dicotómica no final, em que o resultado será **aderente** (igual ou superior a 5 pontos) ou **não aderente** (inferior a 5 pontos).

A utilização de todos estes instrumentos de medida, foi fundamental para uma avaliação mais rigorosa das variáveis em estudo, reduzindo os riscos de ocorrerem viés de estudo.

5.6 – Aspectos éticos

A realização deste estudo não poderia acontecer, se não fosse salvaguardado todos os requisitos éticos em que se baseiam os padrões de conduta ética aplicados em investigação, nomeadamente a beneficência, respeito à dignidade humana e justiça.

A formalização dos aspectos éticos, iniciou-se com o pedido ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES onde decorreu o estudo (Anexo III), à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, IP (Anexo IV), bem como o compromisso de enviar o relatório final e apresentação da investigação. (Anexo V) Foram também feitos os pedidos aos autores das escalas, para a sua utilização neste estudo. (Anexo VI)

Para a obtenção do consentimento dos participantes no estudo, foi efetuado previamente um pedido verbal pelo enfermeiro de família do utente, no sentido de disponibilizarem e autorizarem o contato telefónico, para posteriormente serem contactados pelo investigador, para agendamento da apresentação do estudo, processo de esclarecimento livre e informado e caso aceitassem participar, formalizar o consentimento e realização da entrevista para colheita de dados (Anexo VII).

No decorrer da apresentação do consentimento informado, foi reforçado o compromisso da privacidade, confidencialidade e anonimato dos dados, a participação voluntária e livre, bem como a recusa e abandono do participante no estudo sempre que assim o desejassem.

No decorrer da colheita de dados, sempre que se identificasse problemas relevantes e de necessidades de intervenção profissional, era explicado aos participantes o que não estava bem e pedido a autorização para informar o enfermeiro e/ou médico de família. Assim todas as dúvidas surgidas e respetivos esclarecimentos necessários, solicitados pelos participantes, foram realizados pelo investigador, salvaguardando os limites do seu papel, ou remetendo para os respetivos responsáveis formais.

A entrevista para realização da colheita de dados, foi realizada no domicílio dos participantes, garantindo assim a privacidade. A identificação dos formulários para tratamento dos dados foi feita através de codificação, apenas de conhecimento do investigador, garantindo assim a confidencialidade dos dados.

6 - RESULTADOS

A análise estatística descritiva e inferencial, foi realizada com a utilização do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 21.0.

Na descrição dos dados foram realizadas tabelas e gráficos para apresentação das frequências e apresentado as medidas de tendência central.

Recorreu-se ao teste t de Student para analisar as diferenças de médias entre dois grupos independentes. Na presença de três ou mais grupos recorreremos à ANOVA ONE WAY. Perante valores significativos, a localização das diferenças foi efetuada com recurso ao teste post hoc Bonferroni.

A análise de risco foi realizada através do odd's ratio. Esta estatística entre duas variáveis nominais, aplicada a estudos do tipo caso controlo permite determinar quantas vezes mais um acontecimento está associado a um fator de risco.

Após a identificação das variáveis com associação estatística de não adesão foi construído um modelo preditor com recurso à regressão logística hierárquica. Para a significância do coeficiente logístico utilizou-se a estatística Wald e para avaliar a adequação do modelo utilizámos o teste de Hosmer and Lemeshow, na procura das variáveis que melhor predizem os fatores associados à não adesão farmacológica.

No processo de estimação do modelo foi utilizada a estimação segundo o método *enter*. Como a variável *quando se sente bem* mostrou ter um valor de OR=46; IC95% 0,71 a 294,32S substancialmente acima de todos os outros fatores de risco foi introduzido num primeiro bloco ficando as restantes variáveis dependentes num segundo bloco. Com este processo esperava-se controlar o efeito da primeira variável sobre as restantes.

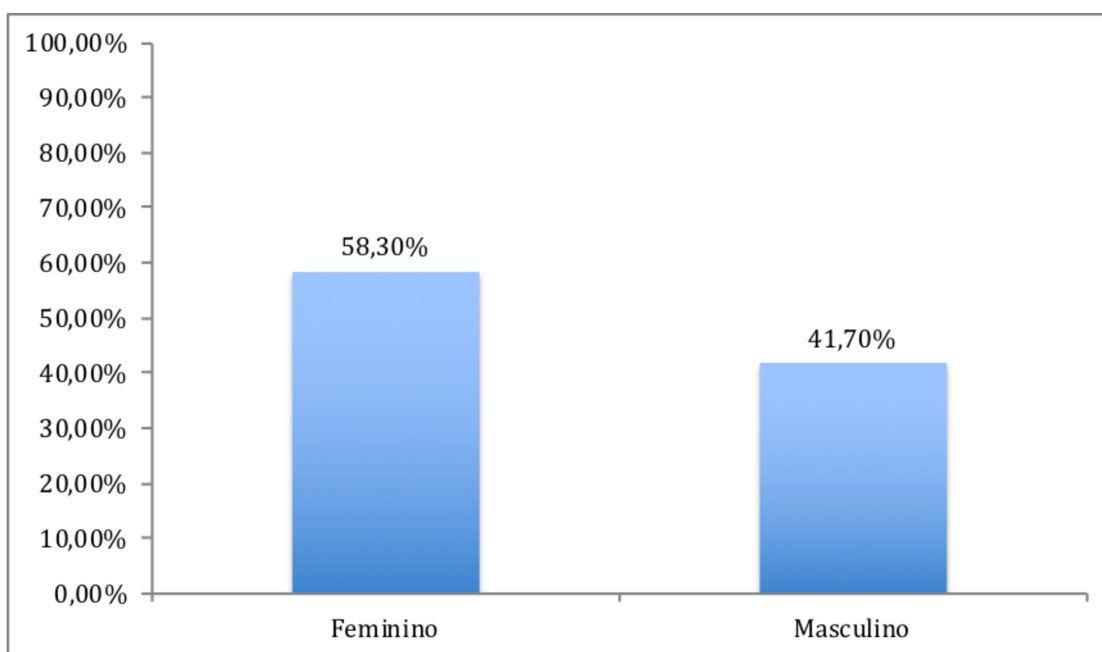
6.1 – Caracterização da população

Na caracterização da população verificamos os resultados associados a variáveis sociodemográficas, autoperceção sobre a condição de saúde, comportamento de procura de saúde e grupo terapêutico dos fármacos utilizados.

Sociodemográfica

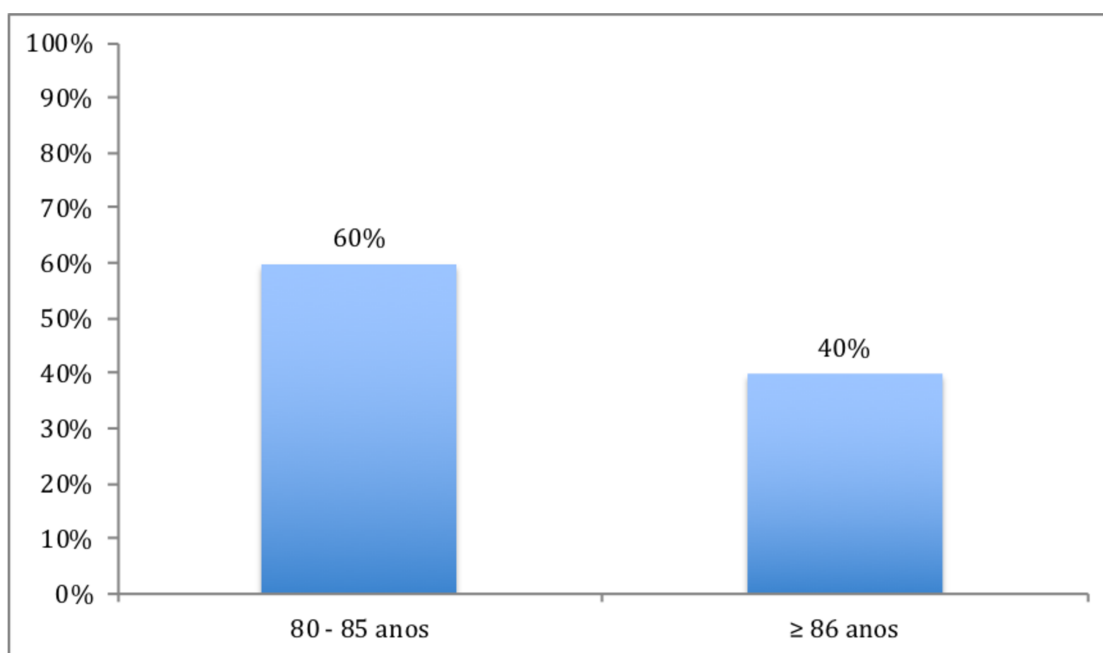
Foram entrevistadas 60 pessoas, que aceitaram participar no estudo, sendo 35 (58,3%) do sexo feminino e 25 (41,7%) do sexo masculino, Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por sexo



Em média os participantes tinham 85,2 anos ($Mn=80$; $Mx=95$; $DP=4,10$). Verificamos que 36 (60,0%) se situam entre os 80 e os 85 anos e que 24 (40,0%) tem uma idade igual ou superior a 86 anos, Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra por faixa etária



No que se refere ao estado civil, verificamos que a maioria, 43 (71,7%) dos participantes são casados e apenas se verifica 1 (1,7%) divorciado. Nos viúvos a maior parte, 10 (28,6%) são mulheres, Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição da amostra por género e estado civil

Estado Civil	Género		Total
	Homens	Mulheres	
Solteiro	1(4,0)	4(11,14)	5(8,3)
Casado	22(88,0)	21(60,0)	43(71,7)
Viúvo	1(4,0)	10(28,6)	11(18,3)
Divorciado	1(4,0)	0(0,0)	1(1,7)
Total	25(100,0)	35(100,0)	60(100,0)

Foram questionados os participantes quanto ao nível de instrução, segundo o sistema educativo português, verificando-se que a maior parte, 15 (25,0%) dos participantes são analfabetos e somente 2 (3,3%) possuem o Mestrado e/ou Doutorado. Nos analfabetos a maior parte, 11 (31,4%) são mulheres, Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por género e nível de instrução

Nível de Instrução	Género		Total
	Homens	Mulheres	
Analfabeto	4 (16,0)	11 (31,4)	15 (25,0)
1º Ciclo	4 (16,0)	7 (20,0)	11 (18,3)
2ª Ciclo	6 (24,0)	6 (17,1)	12 (20,0)
3º Ciclo	4 (16,0)	2 (5,7)	6 (10,0)
Ensino Secundário	4 (16,0)	5 (14,3)	9 (15,0)
Licenciado	2 (8,0)	3 (8,6)	5 (8,3)
Mestre/Doutor	1 (4,0)	1 (2,9)	2 (3,3)
Total	25 (100,0)	35 (100,0)	60 (100,0)

Na verificação dos elementos que viviam na mesma habitação, a maioria, 37 (61,7%) dos participantes vivia com o cônjuge, no entanto, 18 (30,0%) vivem sós, Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo a coabitação

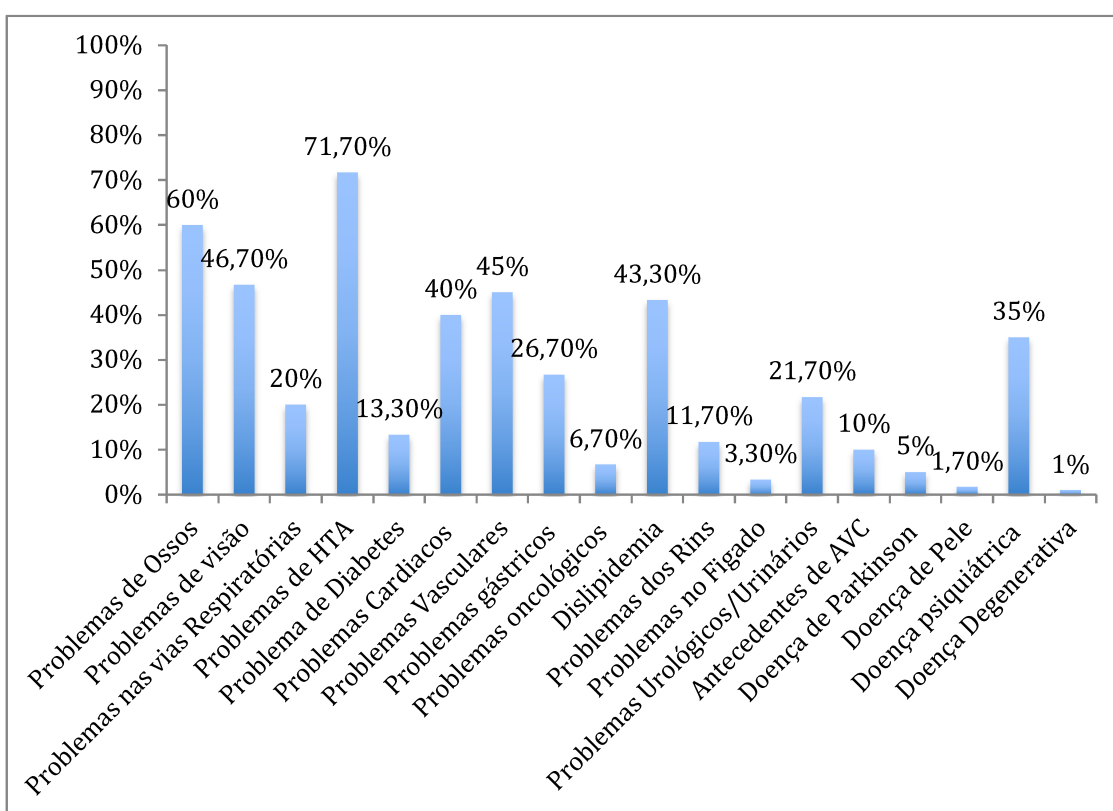
Coabitação	N	%
Vive só	18	30
Com o Conjuge	37	61,7
Com Irmãos/Cunhados	5	8,3
Total	60	100,0

Diagnósticos Clínicos Associados

Na impossibilidade de verificar previamente os diagnósticos clínicos dos participantes, documentado no sistema de informação, uma vez que o acompanhamento médico era feito por

vários médicos (médico de família e/ou especialidades), foi pedido aos participantes, que identificassem problemas de saúde, para os quais já tinham sido diagnosticados, ou manifestados a um profissional médico, Gráfico 3.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra por diagnósticos clínicos associados

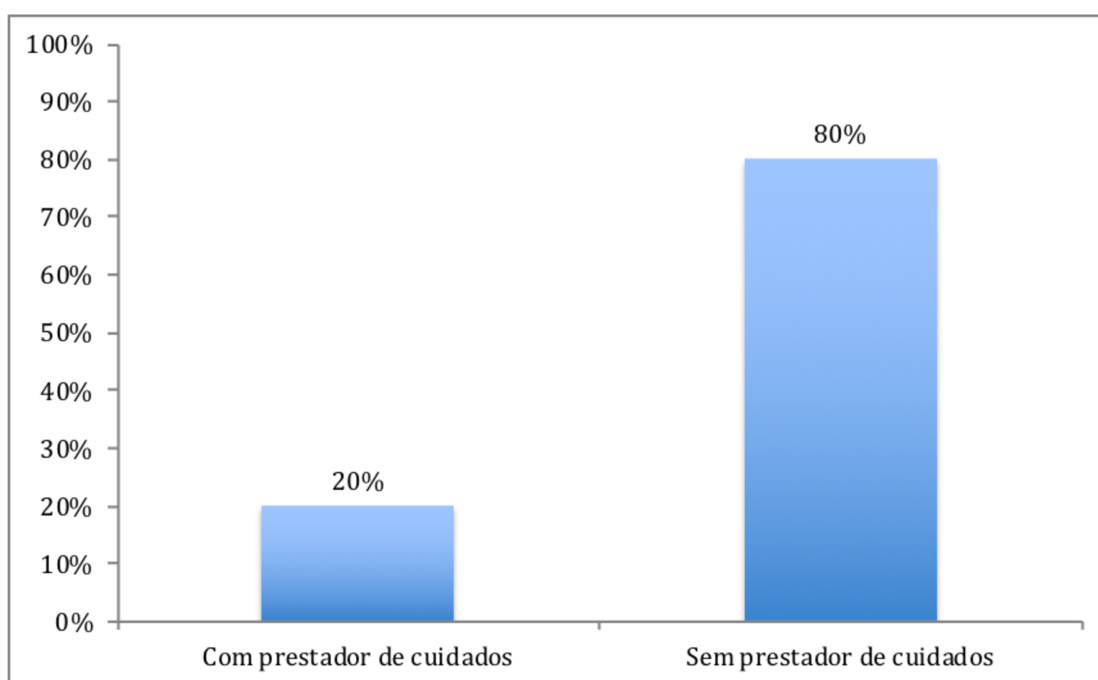


Dos problemas de saúde mencionados, verificou-se que a maioria, 43 (71,7%) dos participantes referiram ser hipertensos e 36 (60,0%) referiam problemas ósseos, Figura 3. Dos participantes que apresentavam problemas de visão, foi questionado, como consideravam que estava a sua visão, mesmo com a correção ocular, 25 (41,7%) dos participantes manifestaram que estava razoável e 14 (23,3%) referiram que estava má.

Prestador de Cuidados

Independentemente dos graus de dependência e incapacidade que os participantes apresentavam, foi questionado se tinham algum prestador de cuidados, para qualquer que fosse a(s) atividade (s) diárias, relacionadas com o próprio. A grande maioria, 48 (80,0%) dos participantes referiu não ter prestador de cuidados, Gráfico 4.

Gráfico 4 – Distribuição da amostra se tem ou não prestador de cuidados



Características da Família

Aos participantes no estudo foi aplicado a escala de Graffar adaptado, para se identificar o nível sócio económico, mencionado nas cinco classes da Tabela 4, ou seja: Classe I (classe alta), Classe II (classe média alta), Classe III (classe média), Classe IV (classe média baixa) e Classe V (classe baixa).

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a condição socioeconómica da família (Graffar)

Classe Social	N	%
Classe I	2	3,3

Classe II	16	26,7
Classe III	23	38,3
Classe IV	16	26,7
Classe V	3	5,0
Total	60	100,0

Das cinco classes sócio económicas verificamos que a maior parte, 23 (38,3%) dos participantes estão na Classe III (classe média) e a menor parte, 2 (3,3%) na Classe I (classe alta), Tabela 4. Do total dos participantes, 58 (96,7%) referiram ser independentes economicamente.

Em relação á forma como os participantes refletem a satisfação no contexto da família e como a percecionam, foi aplicado o APGAR (*Adaptation, Partneship, Growth, Affection e Resolve*) familiar, Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a perceção da funcionalidade da família (APGAR Familiar)

Funcionalidade da Família	N	%
Altamente funcional	49	81,7
Moderada disfunção	5	8,3
Disfunção acentuada	6	10,0
Total	60	100,0

De acordo com o resultado do APGAR Familiar, Tabela 5, a grande maioria, 49 (81,7%) dos participantes percecionam a sua família como altamente funcional. No entanto verificamos também que 6 (10,0%) a percecionam com disfunção acentuada.

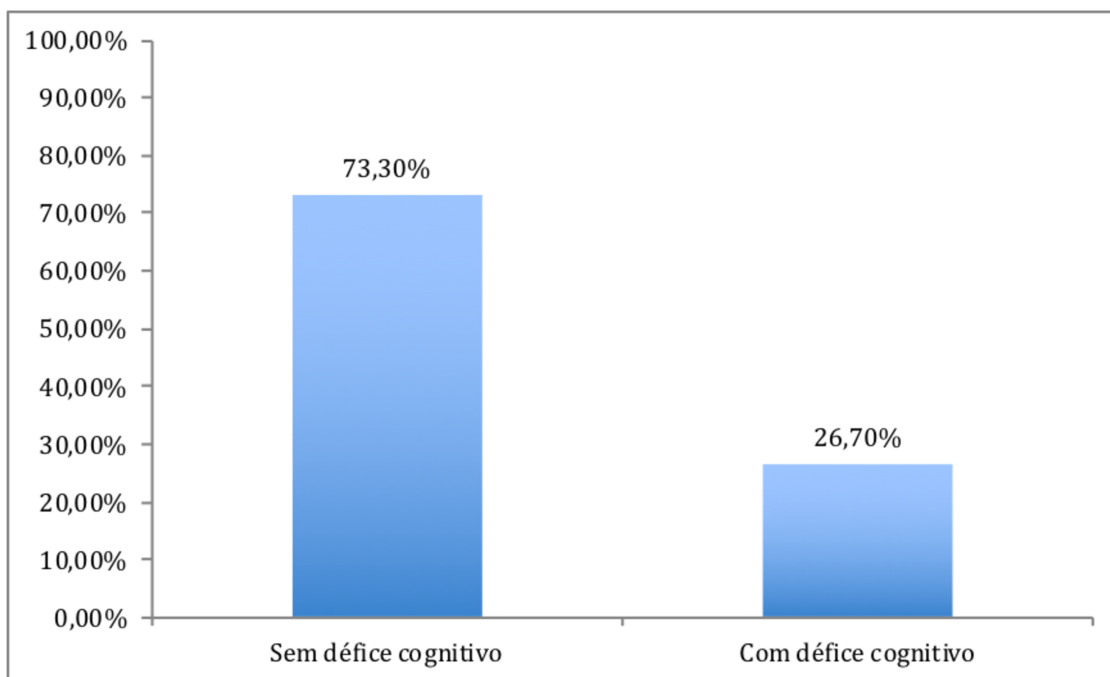
Capacidade Cognitiva

Para avaliar se existem ou não declínios cognitivos, através de um teste rápido que permite rastrear as funções cognitivas, não excluindo uma avaliação detalhada para conclusões definitivas, aplicou-se o Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al. 1975 adaptado por Guerreiro et al.,1998), validado na população portuguesa.

Neste teste são avaliados a orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação e compreensão.

Os resultados obtidos foram que a maioria, 44 (73,3%) dos participantes não apresentavam déficit cognitivo, embora é de considerar que 16 (26,7%) já apresentavam déficit cognitivo, Gráfico 5.

Gráfico 5 – Distribuição da amostra por apresentar déficit cognitivo ou não



Capacidade Funcional

Para avaliar se existiam alterações na capacidade funcional dos participantes, para execução das

suas tarefas diárias, foram avaliados os graus de dependência, recorrendo à aplicação do Índice de Lawton-Brody (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007), para as atividades instrumentais de vida diária e o Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007) para as atividades de vida diária, Tabela 6 e Tabela 7.

Independentemente das incapacidades funcionais, serem crônicas ou agudas, foi também verificado o número total de dias, nos últimos 6 meses, com incapacidade para realizar as atividades de vida diária, e o número de dias de internamento hospitalar, devido a problemas físicos, Tabela 8 e Tabela 9.

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo a dependência nas atividades instrumentais de vida diária (Índice de Lawton)

Dependência	N	%
Independente	15	25,0
Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda	38	63,3
Severamente dependente, necessita de muita ajuda	7	11,7
Total	60	100,0

Em relação às atividades instrumentais de vida diária, verificou-se que a maioria, 38 (63,3%) dos participantes apresentavam dependência moderada, necessitando de uma certa ajuda e 7 (11,7%) apresentam dependência severa necessitando de muita ajuda, Tabela 6.

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a dependência nas atividades de vida diária (Índice de Barthel)

Dependência	N	%
Independente	47	78,3
Ligeiramente dependente	11	18,3
Moderadamente dependente	1	1,7
Severamente dependente	1	1,7
Total	60	100,0

Quanto á dependência nas atividades de vida diária, verificou-se que a maioria, 47(78,3%) dos participantes são independentes e 11 (18,3%) apresentam ligeira dependência, Tabela 7.

Tabela 8 - Distribuição da amostra por dias de incapacidade de realizar as atividades de vida diária, nos últimos 6 meses

Total de dias	N	%
Nenhum	47	78,3

1 a 3	5	8,3
4 a 15	5	8,3
> 15	3	5,0
Total	60	100,0

Em relação ao número de dias com incapacidade, nos últimos 6 meses, em média os participantes estiveram 7,5 dias doentes, que foram incapazes de realizar as suas atividades (Mn=0; Mx=180; DP=32,6). Verificamos também, que a grande maioria, 47 (78,3%) dos participantes não esteve incapacitado de realizar as suas atividades de vida diária nos últimos 6 meses, Tabela 8.

Tabela 9 - Distribuição da amostra por dias de internamento hospitalar nos últimos 6 meses devido a problemas físicos

Total de dias	N	%
Nenhum	51	85,0
1 a 3	6	10,0
4 a 15	2	3,3
> 15	1	1,7
Total	60	100,0

Do total de dias de internamento hospitalar, em média os participantes estiveram 1 dia internado no hospital (Mn=0; Mx=30; DP=4,2). Verificamos que a grande maioria, 51 (85,0%) dos participantes não esteve internado, Tabela 9.

Auto percepção sobre a condição de saúde

Para percebermos como os participantes percecionavam o seu estado de saúde, questionamos como consideravam o seu estado de saúde atual e comparativamente com há 5 anos atrás.

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a percepção da condição do estado de saúde em geral

Condição do estado de saúde em geral	N	%
Boa	14	23,3
Razoável	41	68,3
Má	5	8,3
Total	60	100,0

Em relação á percepção do estado de saúde no momento da entrevista, a maioria, 41 (68,3%) dos participantes percecionavam-na como razoável, Tabela 10.

Quando questionados os participantes sobre como consideram o seu estado de saúde em geral, comparativamente com há 5 anos atrás, verificamos que a maioria, 44 (73,3%) consideraram-no como estando pior.

Comportamento de procura de saúde

Para verificar se os participantes utilizavam os serviços de saúde, questionamos o número de vezes que recorreu ao seu médico e enfermeiro de família e em caso de doença a que tipo de instituição recorria, Tabela 11, Tabela 12 e Tabela 13.

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo as vezes que recorreu ao seu médico de família nos últimos 6 meses

Número de vezes	N	%
Nenhuma	3	5,0
1 a 2 vezes	48	80,0
Mais de 2 vezes	9	15,0
total	60	100,0

No que se refere ao número de vezes que recorreu ao médico de família, a maioria, 48 (80,0%) dos participantes recorreu 1 a 2 vezes nos últimos 6 meses, Tabela 11.

Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo as vezes que recorreu ao seu enfermeiro de família nos últimos 6 meses

Número de vezes	N	%
Nenhuma	11	18,3
1 a 2 vezes	31	51,7
Mais de 2 vezes	18	30,0
total	60	100,0

Quanto ao número de vezes que recorreu ao seu enfermeiro de família, 31 (51,7%) recorreu 1 a 2 vezes nos últimos 6 meses, Tabela 12.

Tabela 13 - Distribuição da amostra segundo a instituição onde recorre quando está doente

Instituição	N	%
USF	43	71,7
Hospital	5	8,3
Instituição Privada	12	20,0
Total	60	100,0

Em relação ao local institucional onde recorre quando está doente, verificou-se que a grande maioria, 43 (71,7%) dos participantes responderam que recorrem à USF, Tabela 13.

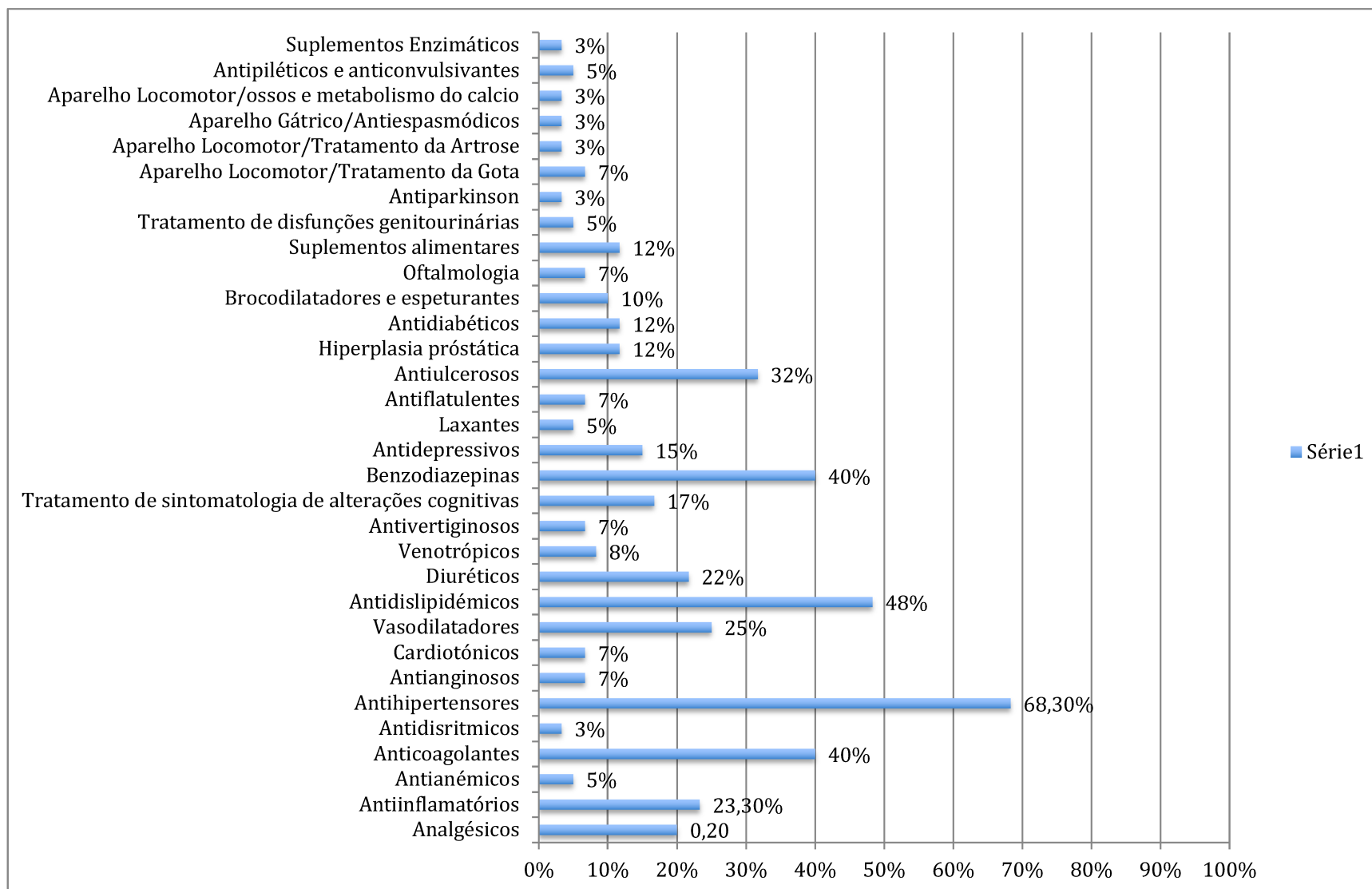
Grupos terapêuticos dos Fármacos utilizados

Para identificar os fármacos que estavam a ser utilizados pelos participantes, Figura 4, foi-lhes pedido que mostrassem os diferentes tipos de medicamentos, que na última semana estavam a utilizar, a quantidade e o número de vezes que utilizavam o fármaco durante um dia. Das várias formas que nos foram apresentados (dispensadores com os comprimidos, folhas de registos, *blisters*, folhetos informativos das caixas de comprimidos e todo o tipo de dispositivos de armazenamento), foi sempre solicitado as respetivas caixas, frascos e/ou qualquer outra forma original do involucro do fármaco,

para ser identificado corretamente.

A confirmação da medicação era comparada com a folha de prescrição do médico de família, previamente retirada do sistema de informação, no sentido de perceber, no caso de não constar na mesma, quem tinha prescrito, verificando também o total de prescritores, Tabela 14. Foi também questionado quem informou sobre o regime medicamentoso, Tabela 15.

Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o grupo terapêutico dos fármacos utilizados



No que se refere ao grupo terapêutico dos fármacos utilizados, verificamos que a maioria, 41 (68,3%) dos participantes utiliza Antihipertensores e uma grande parte, 29 (48,0%) Antidislipídemicos e 24 (40,0%) Anticoagulantes e Benzodiazepinas, Gráfico 6.

Em relação aos fármacos utilizados, em média os participantes utilizam 6 fármacos diferentes por dia (Mn=1; Mx=14; DP=2,9). Verificamos que a maioria, 33 (55,0%) dos participantes utiliza até 5 fármacos diferentes por dia e uma grande parte, 27 (45,0%) utiliza mais que 5 fármacos diferentes por dia.

Quanto à quantidade de comprimidos, em média os participantes tomam 7,3 comprimidos por dia (Mn=1; Mx=22; DP=4,2). Verificamos que a maioria, 38 (63,3) dos participantes toma mais de que 5 comprimidos por dia.

Em relação aos prescritores, a grande maioria, 53 (88,3%) dos prescritores dos participantes são apenas médicos e 7 (11,7%) não são apenas médicos.

Tabela 14 - Distribuição da amostra segundo o número de prescritores dos fármacos

Número de prescritores	N	%
1	28	46,7
2 a 3	21	35,0
4 a 5	9	15,0
>5	2	3,3
Total	60	100,0

Em relação ao total de prescritores, verificamos que a maior parte, 28 (46,7%) dos participantes tem apenas um prescritor, uma grande parte, 21 (35,0%) tem 2 a 3 prescritores e 2 (3,3) participantes têm mais que 5 prescritores, Tabela 14.

Tabela 15 - Distribuição da amostra segundo quem informou sobre o regime medicamentoso

Quem informou	N	%
Médico	56	93,3
Enfermeiro	1	1,7
Farmacêutico	2	3,3
Familiar	1	1,7
Total	60	100,0

No que se refere a quem informou sobre o regime medicamentoso, a grande maioria, 56 (93,3%) dos participantes refere que quem informou sobre como deve tomar a medicação foi o médico, Tabela 15.

6.2 – Estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso

No contexto do domicílio dos participantes, utilizando a observação e realizando um conjunto de questões, verificamos que os participantes adotavam várias estratégias, na gestão do regime medicamentoso.

No acondicionamento da medicação, verificamos as seguintes formas de o fazerem:

- Em uma ou mais gavetas de móveis, em regra na sala de jantar e/ou no quarto, dentro das caixas e/ou frascos, ou então, apenas os *blisters* espalhados nas gavetas.
- Em pequenos cestos ou caixas, em cima de mesas, em regra na sala de jantar e/ou cozinha
- Em dispensadores, pequenas caixas, bolsas onde eram colocados os comprimidos ou os *bliters*, correspondente à medicação que tomavam num dia e a restante medicação ficava guardada em armários (sala de jantar e/ou cozinha)

Quando os participantes saíam de casa, em que o tempo fora incluía horários de toma de medicação, levavam a medicação em bolsas/carteiras e dentro destas em pequenas caixas (no caso das senhoras, levavam a sua medicação e muitas vezes também a do familiar, caso este a acompanhasse) ou em sacos de plástico ou papel, onde colocavam

as caixas e/ou frascos com os respectivos fármacos.

Observamos também, em alguns casos que junto com a medicação que estava a ser utilizada, segundo a prescrição terapêutica, haviam outros tipos de fármacos, que não estavam a ser utilizados, mas que já tinham sido utilizados anteriormente pelos participantes. Verificamos também em alguns casos, duplicação de fármacos, ou seja, genéricos e de referência ou “de marca”, em que os participantes consideravam que eram diferentes.

Para além da observação de todos os aspetos relacionados com a medicação, foram colocadas questões relacionadas com o conhecimento e tomadas de decisão, no que diz respeito à gestão do regime medicamentoso, nomeadamente, se sabiam para que utilizavam os fármacos, quem fazia a gestão do regime medicamentoso, o próprio ou outra pessoa.

Fomos também verificar de que forma os participantes distinguem a medicação, ao longo do dia, para cumprirem o regime medicamentoso, Tabela 16.

Para verificar a adesão à medicação recorremos aos scores globais do MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos).

Ao analisarmos as respostas sobre se tinham conhecimento para que utilizavam a medicação, a maioria, 39 (65,0%) dos participantes sabia para que utilizava a medicação e uma grande parte, 21 (35,0%) não sabia.

Em relação a quem fazia a gestão do regime medicamentoso, a maioria, 46 (76,7%) dos participantes respondeu que era o próprio.

Tabela 16 - Distribuição da amostra segundo a forma como distingue a medicação

Como distingue a medicação	N	%
Conhece e/ou lê nas caixas	43	71,7
Conhece os comprimidos	6	10,0
Usa um dispositivo	10	16,7
Usa lista feita por profissional	1	1,7
Total	60	100,0

Ao analisar, como distinguiam a medicação, a maioria, 43 (71,7%) dos participantes distinguiu os medicamentos por conhecer a caixa ou ler o que estava escrito na caixa, Tabela 16.

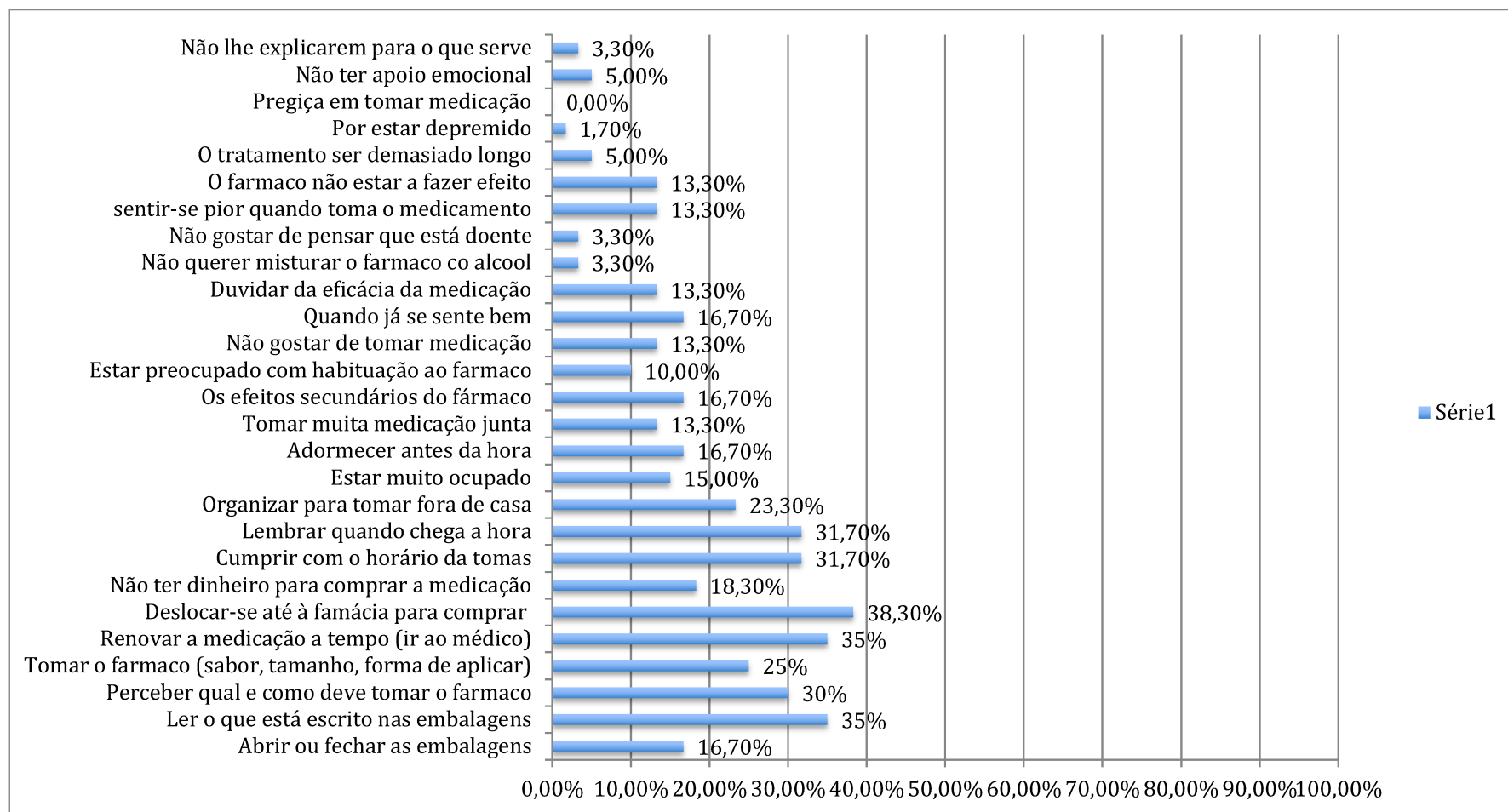
Segundo a adesão à medicação de acordo com os scores globais da MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos), a grande maioria, 48 (80,0%) dos participantes adere ao regime terapêutico.

6.3 – Fatores que dificultam a gestão do regime medicamentoso

Para avaliarmos os possíveis fatores que poderiam dificultar a forma como os participantes geriam o regime medicamentoso, foi apresentado uma lista de fatores, que foram assinalados pelos participantes, como dificultadores na sua gestão do regime medicamentoso, Gráfico 7.

Foram também realizadas associações entre variáveis, nomeadamente a capacidade cognitiva (MMSE) com a autonomia e estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso, a medida de adesão aos tratamentos (MAT) e razões que levam a não tomarem a medicação, dificuldades na toma da medicação e a perceção sobre a funcionalidade da família (GRAFFAR).

Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo fatores dificultadores na toma da medicação



Na análise dos fatores dificultadores na toma da medicação, verificou-se que, a maior parte, 23(38,3%) dos participantes refere como fator dificultador no cumprimento da toma da medicação, o deslocar-se à farmácia para comprar a medicação e 21(35,0%) ler o que está escrito nas embalagens e renovar a medicação a tempo, Gráfico 7.

Relação entre capacidade cognitiva e autonomia na gestão do regime medicamentoso (quem gere o regime)

Na relação entre a capacidade cognitiva e quem gere o regime, verificamos que ($t(58) = 1,923$; $p = 0,05$) é marginalmente significativo quem gere a sua medicação tem em média 1 valor do MMSE superior ($M = 26,11$; $DP = 3,70$) do que quem tem ajuda na gestão da medicação ($M = 23,57$; $DP = 5,99$).

Relação entre capacidade cognitiva e estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso

MMSE difere conforme as estratégias adotadas para preparar a medicação, ($F(2,49) = 5,240$; $p = 0,009$). As pessoas que conhecem as caixas dos medicamentos mostram ter maior capacidade cognitiva ($M = 27,21$; $DP = 2,33$) do que os que conhecem os comprimidos ($M = 24,00$; $DP = 6,11$) e os que utilizam dispositivos ($M = 24,00$; $DP = 4,02$) para esse fim, sendo as diferenças significativas localizadas entre quem conhece as caixas e quem usa dispositivos.

Relação entre a adesão à medicação de acordo com os scores globais da MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos) e razões que levam a não tomar a medicação

Tomar muita medicação junta mostra ser uma barreira à adesão à medicação ($t(58) = 4,42$; $p = 0,0001$) quem toma muita medicação junta tem menor adesão ($M = 31,50$; $DP = 6,87$) comparativamente a quem considera que não toma muita medicação ($M = 39,00$; $DP = 4,03$).

Quem refere experienciar mais efeitos secundários dos fármacos ($M = 33,10$; $DP = 6,54$) adere significativamente menos à adesão à medicação ($T(58) = 3,64$; $p = 0,001$) do que aqueles que referem sentirem menos efeitos secundários ($M = 38,98$; $DP = 4,23$).

Tabela 17 - Associação da média e desvios padrões da MAT segundo barreiras à adesão

Barreiras à adesão		MAT	t(p)
Tomar muita medicação junta	Sim	31,50 (6,87)	4,42 (0,0001)
	Não	39,00 (4,03)	
Efeitos secundários do fármaco	Sim	33,10 (6,54)	3,64 (0,001)
	Não	88,98 (4,23)	
Preocupado com a habituação face ao fármaco	Sim	29,50 (7,29)	5,12 (0,0001)
	Não	38,94 (3,89)	
Não gostar de tomar medicamentos	Sim	30,88 (6,45)	3,51 (0,008)
	Não	39,10 (3,93)	
Parar a medicação quando já se sente bem	Sim	30,70 (6,04)	4,45 (0,001)
	Não	39,46 (3,44)	
Duvidar da eficácia da medicação	Sim	33,13 (4,52)	3,10 (0,003)
	Não	38,75 (4,82)	
Não querer misturar o fármaco com álcool	Sim	39,50 (3,54)	0,418 (ns)
	Não	37,95 (5,18)	
Não gostar de pensar que está doente	Sim	35,00 (0,00)	0,84 (ns)
	Não	38,10 (5,18)	
Sentir-se pior quando toma a medicação	Sim	31,63 (6,37)	4,31 (0,0001)
	Não	38,98 (4,18)	
O fármaco não estar a surtir efeito	Sim	30,75 (6,16)	5,15 (0,0001)
	Não	39,12 (3,95)	
O tratamento ser demasiado longo	Sim	26,67 (7,64)	4,54 (0,0001)
	Não	38,60 (4,28)	
Não ter apoio emocional	Sim	30,67 (3,22)	2,67 (0,01)
	Não	38,39 (4,92)	
Não explicarem para que serve	Sim	33,00 (2,83)	1,42 (NS)

	Não	38,17 (5,11)	
Cumprir o horário das tomas	Sim	34,74 (6,56)	3,70
	Não	39,51 (3,46)	(0,0001)
Lembrar quando chega a hora	Sim	34,68 (6,52)	3,05
	Não	39,54 (3,46)	(0,006)

Na análise da associação da média e desvios padrões da MAT segundo barreiras à adesão, verificamos que, os participantes que tomam muitos medicamentos no mesmo horário, não se lembrarem quando chega a hora e não cumprirem o horário das tomas, tendem a apresentar significativamente níveis mais baixos de adesão. Também os efeitos secundários dos fármacos experienciados, o estar preocupado com a habituação, duvidar da eficácia, não gostar de tomar medicação, de pensar que está doente, o fármaco não surtir efeito, tratamento demasiado longo, levam a níveis mais baixos de adesão. Quando referem que quando já se sentem bem, ou pelo contrário referem que se sentem pior com a toma dos fármacos levam também a apresentar níveis mais baixos de adesão. Não explicarem para que serve e o apoio emocional tendem a levar a adesões mais baixas, Tabela 17.

Relação entre a adesão à medicação de acordo com os scores globais da MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos) e dificuldades na toma da medicação

Na análise dos fatores dificultadores, se são fatores de risco para aderir ou não à medicação, foram encontrados os seguintes fatores de risco: Ter dificuldade em cumprir o horário da toma da medicação, aumenta em quatro vezes mais o risco de não adesão à medicação (OR=4,2; IC 95%: 1,12 a 15,73). Também ter dificuldade em lembrar-se da hora da toma da medicação aumenta em 4 vezes o risco de não adesão (OR=4,2; IC 95%: 1,12 a 15,73).

Na Análise das barreiras à adesão, verificou-se que as pessoas que tomam muitos medicamentos juntos, têm um risco 11 vezes maior de não adesão (OR=10,71; IC 95%: 2,08 a 55,12). Sentir efeitos secundários aumento o risco da não adesão em 6 vezes mais (OR=6,14; IC 95%: 1,41 a 26,84). Ter medo de habituação à medicação, aumenta em 11, 5 vezes mais o risco de não adesão (OR=11, 5; IC 95%: 1,79 a 73,58). Não gostar de tomar medicação é também um fator de risco para a adesão (OR=10,71; IC 95%: 2,08 a

55,12). Sentir melhorias na sua doença faz com que as pessoas interrompam a sua medicação (OR=46,0; IC 95%: 7,19 a 294,32), havendo um risco 46 vezes maior de não aderirem à medicação quando se sentem melhor. Também o duvidar da eficácia da medicação, aumenta o risco de não adesão em quase 6 vezes (OR=5,5; IC 95%: 1,14 a 26,63). A percepção de se sentirem pior associada à toma de medicação e percepção da não eficácia, aumenta o risco de não adesão em quase 11 vezes (OR=10,71; IC 95%: 2,08 a 55,12).

Introduziu-se no modelo as 8 variáveis que na análise dos fatores de risco se mostraram associadas ($p < 0,05$), nomeadamente: tomar muita medicação junta, Efeitos secundários do fármaco, ter medo da habituação à medicação, não gostar de tomar medicação, sentir melhorias na sua doença, duvidar da eficácia da medicação, sentirem-se pior associado à toma da medicação e percepção da eficácia.

Na análise direcionada efetuada em 2 blocos obteve-se o modelo final, sendo que o coeficiente foi significativo em cada passo. O bom ajuste do modelo foi indicado pelos valores de X^2 não significativos do teste Hosmer and Lemeshow (com valores de $X^2=7,702$; $gl=3$; $p=0,053$, no bloco 2).

O modelo final selecionou duas das 8 variáveis introduzidas. Verifica-se que a variável com maior poder discriminativo foi *quando se sente bem*, obtendo a pontuação mais alta no teste de Wald (estatística Wald = 6,325; $p=0,012$). Em segundo lugar foi a variável *não gostar de tomar medicamentos* (estatística Wald=4,08; $p=0,043$).

O modelo nulo apresentava o poder de classificar corretamente a adesão à medicação em 80% e com a junção das 2 variáveis aumentou esse valor para 90%. O modelo prediz cerca de 63% da adesão à medicação.

Quando a *pessoa se sente mal*, adere mais facilmente ao regime medicamentoso, ou seja, quando a pessoa não apresenta sintomas (sente-se bem) tem uma chance de 99% de não aderir ao regime medicamentoso. Também não gostar de tomar medicação aumenta em 67% a probabilidade de não aderir ao regime medicamentoso.

Relação entre a adesão à medicação de acordo com os scores globais da MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos) e percepção da funcionalidade da família

Há uma correlação positiva fraca a moderada ($r = 0,39$; $p = 0,002$) entre o APGAR Familiar e a adesão à medicação, mas altamente significativa sob o ponto de vista

estatístico, mostrando que quanto maior a funcionalidade da família maior a adesão à medicação.

7 - DISCUSSÃO

Os resultados obtidos, permite-nos realizar uma reflexão fundamentada e aprofundada, respondendo aos objetivos do estudo, no sentido de percebermos melhor como na realidade as pessoas idosas muito idosas, que vivem apenas com outras pessoas também muito idosas, fazem no dia a dia a gestão do regime medicamentoso, contribuindo assim para a produção do conhecimento relacionado com o tema.

A reflexão construída é resultado da experiência profissional e académica, da pesquisa e estudo realizado sobre a produção científica existente sobre o tema, relacionando-a com os resultados obtidos, sem pretender a generalização dos dados, em função da representatividade da amostra, apesar de alguns dos resultados serem sobreponíveis aos das características da população.

A reflexão sobre os resultados, segue a mesma ordem do ponto anterior, ou seja, organizada em função dos objetivos do estudo: **Caraterização da População** (sociodemográfica, diagnósticos clínicos associados, prestador de cuidados, características da família, capacidade cognitiva, capacidade funcional, auto percepção sobre o estado de saúde, comportamento de procura de saúde e grupo terapêutico dos fármacos utilizados), **estratégias adotadas na gestão do regime terapêutico e fatores que influenciam a gestão do regime medicamentoso.**

Caracterização da População

Em relação às características sociodemográficas, e no que diz respeito à **idade**, os participantes em média apresentam 85,2 anos (Mn=80; Mx=95; DP=4,10), residem na área geográfica de influência do ACES do Porto Oriental, em que, segundo DSP, ARSN (2014) o índice de envelhecimento (218,6) é superior ao do outro ACES do Porto (178,0), da região norte (113,3) e do continente (130,6). Estão assim inseridos numa área geográfica, com uma elevada prevalência de pessoas idosas.

O **estado civil** dominante dos participantes é o casado, 43 (71,7%) e em relação ao **sexo** a maioria, 35 (58,3%) dos participantes são do sexo feminino. Nos viúvos a maior parte, 10 (28,6%) são mulheres. Os resultados obtidos são confirmados para esta faixa etária, com os restantes resultados estatísticos de Portugal, ou seja, segundo o INE, (2011) a

esperança de vida à nascença entre 2013-2015 é de 80,41 anos, continuando a ser superior na mulher (83,23) em relação á do homem (77,36). Também em relação ao estado civil em Portugal, verifica-se que a maior percentagem (47%) são casados, seguido de 40% de solteiros e com menor percentagem de viúvos (7%) e divorciados (6%). As mulheres continuam a ser as maioritariamente (81%) da população viúva. No ACES do Porto, onde decorreu o estudo a percentagem de mulheres viúvas, tem vindo a aumentar e é superior à da região norte e continente (INE, 2016).

Em relação ao **nível de escolaridade**, o analfabetismo aparece em primeiro lugar, 15 (25,0%) do nível de instrução dos nossos participantes, seguido por uma pequena diferença, do 2º ciclo, 12 (20,0%). Nos analfabetos a maior parte, 11 (31,4%) são mulheres. De acordo com INE (2011), os valores encontrados estão muito relacionados, com o total da população portuguesa, em que, apesar do ensino básico do 1º ciclo corresponde á maior percentagem (25%) da população portuguesa, de seguida aparece com 19% as pessoas sem qualquer nível de ensino. Aos 2º e 3º ciclos corresponde 13% e 16%. O ensino superior corresponde a cerca de 12%. Num estudo realizado por Gonçalves et al. (2011), também com pessoas com 80 ou mais anos de idade, na grande região do Porto, verificaram que 28% dos idosos eram analfabetos, o que vai de encontro a valores próximos do nosso estudo.

Na análise da **coabitação**, verificou-se que a maioria, 37 (61,7%) dos participantes vive com o cônjuge. Podemos também verificar que, 18 (30,0%) dos participantes vivem sós. Os resultados do nosso estudo, mantêm a tendência dos dados estatísticos de Portugal. O casal continua a ser a forma predominante da organização da família, predominando os casais com filhos. No entanto é de salientar que os casais sem filhos têm vindo a aumentar nos últimos anos, não só devido à parentalidade, mas também ao envelhecimento populacional. A percentagem significativa de participantes do nosso estudo, que vivem sós, também é confirmada pelos resultados da população portuguesa, em que revelam, que a idade avança aumenta a percentagem de pessoas que vivem sós e a proporção de mulheres é superior (12,7%) em relação aos homens (8,9%) que vivem sós entre os 50 e 64 anos e com 65 ou mais anos (36,1% na mulher e 10,8% no homem), uma vez que a esperança de vida na mulher é superior à do homem (INE, 2011).

Nos **diagnósticos clínicos associados**, as doenças cardiovasculares, nomeadamente hipertensão Arterial crónica, apresentou a maior prevalência no nosso estudo, confirmada por 43 (71,7%) dos participantes. Também das doenças crónicas com maior prevalência a nível mundial, para além do cancro e a diabetes, são as doenças

cardiovasculares. (WHO, 2011) Em Portugal em 2014 a principal causa de morte (30,6%) foram as doenças do aparelho circulatório, no concelho do Porto os tumores malignos (28,6%) e logo de seguida também, as doenças do aparelho circulatório (26,4%) (INE,2016). Em relação aos indicadores de morbilidade na área geográfica do ACES onde decorreu o nosso estudo, no ano de 2013 e no primeiro semestre de 2014, por 10000 residentes, verificou-se em primeiro lugar com 461 os AVC. No registo de doenças crónicas do primeiro semestre de 2014, no total dos 120540 utentes inscritos nas unidades funcionais do ACES do Porto onde decorreu o estudo, aparece em primeiro lugar com o total de 22298 (18%) a Hipertensão sem complicações. Segundo a Direção Geral de Saúde, em relação à morbilidade hospitalar em Portugal Continental (2009-2012) nas pessoas com 80 ou mais anos de idade, em primeiro lugar aparece-nos com 87466 casos de doenças do aparelho circulatório, seguido de 69925 de doenças do aparelho respiratório e em terceiro lugar com 31967 as neoplasias. Em relação às causas de morte (2009-2013), nas pessoas com 75 e mais anos de idade, aparece-nos em primeiro lugar com 130048 as doenças do aparelho circulatório, seguido dos tumores com 62585 e em terceiro lugar com 52467 as doenças do aparelho respiratório.

Os **problemas de visão**, mesmo com correção ocular tem uma expressão significativa percecionada por 14 (23,3%) dos participantes do nosso estudo, ou seja, referem que está mal a sua visão. Segundo o Inquérito Nacional de Saúde, (2014), o valor que se encontrou é superior, uma vez que a percentagem de pessoas com dificuldades em ver aumentava com a idade, verificando-se que cerca de 30 a 32% entre 45 e 74 anos, e superior a 40% para idades mais avançadas. (INE, 2015). De acordo com Arcurcio et al. (2009), num estudo realizado com 337 participantes com 60 ou mais anos de idade, cerca de seis entre dez dos entrevistados relataram quatro ou mais doenças, sendo mais prevalentes os problemas de visão (82,8%), também superior ao do nosso estudo.

Na caracterização sócio económica, e no que se refere as cinco **classes sócio económicas** verificamos que a maior parte, 23 (38,3%) dos participantes estão na Classe III que corresponde à classe média do Graffar e a menor parte, 2 (3,3%) na Classe I ou classe alta. Quanto á dependência económica, 58 (96,7%) dos participantes referiram serem independentes. A classe social predominante no nosso estudo, vai de encontro a estudo realizado por Monterroso et al. (2015), com 55 idosos, com idade \geq 65 anos, integrados nas equipas domiciliárias de Unidades de Cuidados Continuados (UCC) da região do Algarve, em que a classe social, segundo o teste de Graffar, que apresentava a maior percentagem era a classe média (67,3%) e média baixa (23,6%).

Os resultados da aplicação do APGAR Familiar, demonstrou que a grande maioria, 49 (81,7) dos participantes **percecionaram a sua família** como altamente funcional. Também noutros estudos, a principal percepção da família foi de altamente funcional, nomeadamente de acordo com o estudo realizado por Gonçalves (2010), com 86 participantes com idade igual ou superior a 80 anos da região do distrito do porto, verificou que a maioria dos idosos (67,4%) apresenta uma percepção da família como altamente funcional. Paiva et al. (2011), num estudo transversal realizado com 80 idosos, após a avaliação do APGAR familiar, obtivera a seguinte classificação das famílias: 8,8% com elevada disfunção familiar; 7,5% com moderada disfunção familiar e 83,7% com boa funcionalidade familiar. Gonçalves et al. (2011), num estudo realizado com famílias, num total de 107 pessoas com 80 ou mais anos de idade, na grande região do porto, verificou que a maioria, 72 (67,3) percecionava a família com boa funcionalidade, 20 (14,0) moderada disfuncionalidade e 15 (18,7) com elevada disfuncionalidade.

Na avaliação da **capacidade cognitiva**, com o objetivo de verificar a presença ou não de défice cognitivo, com a aplicação do Mini Mental State Examination (MMSE), verificamos que a maioria, 44 (73,3%) dos participantes não apresentavam défice cognitivo, no entanto é de considerar, que 16 (26,7%) dos participantes apresentam défice cognitivo. Também resultados idênticos foram verificados de acordo com Gonçalves (2012), num estudo realizado com 51 participantes (27 institucionalizados e 24 frequentavam o centro de dia) com idade superior a 67 anos, verificou-se que dos institucionalizados 8 (29,6%) apresentavam défice cognitivo e dos que frequentavam o centro de dia 4 (16,7%) também apresentavam défice cognitivo. Valor superior foi encontrado no estudo realizado por Macêdo et al. (2012), com 503 participantes com 60 ou mais anos de idade, 215 (42,7%) apresentavam resultados de perda cognitiva.

Na avaliação das **capacidades funcionais**, a maioria, 38 (63,3%) dos participantes do nosso estudo, apresentam dependência moderada, necessitando de uma certa ajuda e 7 (11,7%) apresentam dependência severa necessitando de muita ajuda, nas atividades instrumentais de vida diária, segundo o Índice de Lawton. Em relação as atividades de vida diária, a maioria, 47 (78,3%) dos utentes são independentes e 11 (18,3%) apresentam ligeira dependência, segundo o índice de Barthel. Verifica-se também do nosso estudo, que a grande maioria (80,0%) dos participantes referem não depender de prestador de cuidados.

Em média os utentes estiveram 7,5 dias doentes, nos últimos 6 meses, que foram incapazes de realizar as atividades básicas de vida diária (Mn=0; Mx=180; DP=32,6) e estiveram 1 dia internado no hospital (Mn=0; Mx=30; DP=4,2). Valores ligeiramente diferentes foram obtidos por Araújo et al. (2007), num estudo realizado com 209 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, a viverem no seu domicílio e residentes numa região do norte de Portugal, verificaram que segundo o nível de dependência avaliado pelo índice de Barthel (Martins, 2006), 61 (29,2%) dos participantes apresentava total dependência, 12 (5,7%) dependência grave, 80 (38,3%) dependência moderada e 56 (26,8%) independência total. De acordo com o estudo de Arcurcio et al. (2009), realizado com 337 participantes com 60 ou mais anos de idade, em contexto domiciliário, verificaram que, 27% dos participantes apresentaram alguma restrição das atividades habituais por motivo de saúde nos 15 dias que precederam à entrevista e 15,4% estiveram acamados e 22,3% foram hospitalizados pelo menos uma vez no último ano.

Em relação à **auto percepção do estado geral de saúde**, a maioria, 41 (68,3%) dos participantes referiram que o seu estado de saúde era razoável, 14 (23,3%) considerava que era boa e 5 (8,3%) referiram que era má. Quando foi pedido aos participantes que comparassem o estado atual com o de há 5 anos atrás, a grande maioria, 44 (73,3) dos participantes considerou que estava pior. Resultados idênticos foram encontrados por Araújo et al. (2011), num estudo sobre o estilo de vida e percepção do estado de saúde, em idosos portugueses de zonas rural e urbana, dos quais 383 eram residentes no Porto (zona urbana), com idade \geq 60 anos e escolaridade \leq 4 anos e destes, 259 (67,6%) percecionaram o estado de saúde como bom e 124 (32,4%) como fraco. Também de acordo com Freire (2009), num estudo com 97 participantes com 60 ou mais anos de idade, verificou que em relação á autoavaliação das condições de saúde, 43 (44,3%) mencionaram que, em geral, sua saúde era “Boa”, 31 (32%) “Regular”, seguidos de 12 (12,4%) como “Ótima”. Comparando a sua saúde atual com a de 12 meses atrás, 46 (47,4%) referiram estar “Igual”, 38 (39,2%) “Pior” e 12 (12,4%) “Melhor”.

Da análise relacionada com o **comportamento de procura de saúde**, no nosso estudo verificamos que a maioria, 44 (80,0%) dos participantes recorreu, nos últimos 6 meses, 1 a 2 vezes ao médico de família e 31 (51,7%) ao enfermeiro de família. Da nossa amostra houve 3 (5,0%) utentes que nunca recorreram ao médico de família e 11 (18,3%) nunca recorreram ao enfermeiro de família, nos últimos 6 meses. Com a reforma dos cuidados de saúde primários e por sua vez com a criação dos ACES e

respetivas unidades funcionais, reduziu-se muito significativamente o número de utentes sem médico e enfermeiro de família, na última década. A acessibilidade dos cuidados de saúde ao cidadão, conseqüentemente com a vigilância de saúde, permitiu um controlo mais eficiente do estado de saúde da população. Segundo o diagnóstico de saúde de Outubro de 2016 do ACES do Porto onde decorreu o nosso estudo, a percentagem de utentes sem médico de família, tem vindo a reduzir significativamente sendo atualmente de 4,69% dos 117 456 inscritos nas respetivas unidades funcionais.

No consumo da medicação, os **grupos terapêuticos mais utilizados** pelos participantes, a maioria, 41 (68,3%) toma Antihipertensores, 29 (48,0) Antidislipidémicos e 24 (40,0%) Anticoagulantes e Benzodiazepinas. Em relação ao primeiro grupo de fármacos utilizados os estudos vêm confirmar esse consumo, nomeadamente em Portugal e segundo o Infarmed (2016) o consumo de medicamentos, segundo o grupo farmacoterapêutico e por distribuição dos encargos no SNS, aparece em primeiro lugar os do aparelho cardiovascular e de seguida os do sistema nervoso central. Também de acordo com Cima et al. (2011), num estudo realizado no norte de Portugal, os tipos de fármacos mais utilizados foram os medicamentos do grupo cardiovascular, sistema nervoso, metabolismo e músculo-esquelético.

A polimedicação é uma realidade verificada no nosso estudo, ao analisar a **quantidade de comprimidos e diferentes fármacos utilizados**, uma vez que em média os participantes do nosso estudo tomam 6 fármacos diferentes por dia (Mn=1; Mx=14; DP=2,9), destes, 33 (55,0%) toma até 5 fármacos diferentes por dia e 27 (45,0%) toma mais que 5 fármacos diferentes por dia. Em média os participantes tomavam 7,3 comprimidos por dia (Mn=1; Mx=22; DP=4,2) e destes, a maioria, 38 (63,3%) toma mais de que 5 comprimidos por dia. Resultados idênticos foram encontrados noutros estudos, nomeadamente no estudo de Henriques (2011), realizado com 341 participantes, com 61 ou mais anos de idade, que em média tinham 5,61 medicamentos prescritos (DP = 3,13; Min=0 e Max =18) e 72,1% tomavam 4 ou mais tipos medicamentos. Também de acordo com Santis (2009), num estudo realizado com 148 participantes, com 65 ou mais anos de idade, dos medicados, 86 (60,2%) consumiam 5 ou mais fármacos por dia, concentrando-se o consumo (44%) entre os 5 e os 8 fármacos por dia. Sousa et al. (2011) realizaram um estudo num centro de dia com 51 participantes, com 60 ou mais anos de idade, polimedicados, e verificaram que 63% dos participantes tinham prescrito quatro ou cinco fármacos, tendo os restantes um número superior.

A grande maioria, 53 (88,3%) dos **prescritores** do nosso estudo, são médicos, mas, no entanto, verificou-se que 7 (11,7%) dos participantes, tinham prescritores não médicos. Valor mais elevado foi encontrado no estudo de Rodrigues, et al. (2012), em relação ao consumo de medicação sem prescrição médica, em que, dos 35 participantes com 60 ou mais anos de idade, verificaram que a maioria (91,4%) automedicavam-se sem prescrição médica e para diversos problemas, entre os quais, problemas cardíacos e circulatórios. A grande maioria, 56 (93,3%) dos participantes refere que **quem informou sobre como deve tomar a medicação**, foi o médico.

A maior parte, 28 (46,7%) dos participantes do nosso estudo tinham apenas um prescritor, no entanto, 21 (35,0%) tinham 2 a 3 prescritores e 2 (3,3%) tem mais que 5 prescritores. Num estudo realizado por Nyborg et al. (2012), na Noruega, onde foram incluídas as prescrição de todos os médicos do país, dispensadas pelas farmácias, no ano de 2008, para um total de 11.491.065 prescrições de 24.540 prescritores para 445.900 idosos com 70 ou mais anos de idade, a residirem no domicilio, verificou-se que o numero médio de prescrições dispensadas a cada individuo foi de 18, o numero médio de diferentes fármacos prescritos foi de 7, um em cada cinco recebeu mais de 10 tipos de grupos terapêutico diferentes, 5% dos idosos tinham 67 ou mais prescrições processadas num ano e o numero médio de prescritores para cada individuo foi de 2.

Estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso

A nível do **conhecimento sobre os fármacos prescritos**, 39 (65,0%) dos participantes do nosso estudo, demonstraram saber para que tomam os medicamentos, no entanto, 21 (35%) não sabe. Também em relação a **quem gere o regime**, a maioria, 46 (76,7) dos participantes faz a gestão da sua própria medicação. Das **estratégias adotadas para distinguir os fármacos**, 43 (71,7%) distinguia os medicamentos por conhecer a caixa ou ler o que está na caixa, 10 (16,7%) usava um dispositivo e apenas 1 (1,7%) usava uma lista feita por profissional. Resultados idênticos foram encontrados por Modig et al. (2008), num estudo realizado com 34 participantes, com 65 ou mais anos de idade, onde foi avaliado o conhecimento sobre a indicação e possíveis efeitos adversos da medicação prescrita, verificou-se que 22 (71%) dos participantes, conhecia a indicação de 75% da medicação prescrita e 26 (84%) não tinham qualquer conhecimento sobre possíveis efeitos adversos. De acordo com Griffiths et al. (2004),

num estudo realizado com 24 participantes, com 65 ou mais anos de idade e a viver na comunidade, verificaram que a maioria dos participantes (70,8%) precisava de alguma forma de ensino sobre a identificação, programação e função dos seus medicamentos, embora, geralmente, a maioria (75%) sabia nomear e planear corretamente o uso dos seus medicamentos, a maioria (66,7%) não tinha o conhecimento sobre as funções dos medicamentos e a maioria (79,2%) referiu ser responsável por administrar a sua medicação. A maioria (69,6%) dos participantes tinha os seus medicamentos nas suas embalagens e frascos individuais e 26,1% usavam dispositivos de medicação.

O acondicionamento da medicação, verificado através da observação do investigador no domicílio, apresentava um padrão comum nas estratégias adotadas pelos participantes, nomeadamente, em uma ou mais gavetas de móveis, numa ou mais divisões da casa, em regra na sala de jantar e/ou no quarto, dentro das caixas e/ou frascos correspondentes ao tipo de fármaco, ou então, apenas os *blisters* espalhados nas gavetas, em pequenos cestos ou caixas, que se encontravam em cima de mesas, em regra na sala de jantar e/ou cozinha, ou então em dispensadores, pequenas caixas, bolsas onde eram colocados os comprimidos ou os *bliters*, correspondente à medicação diária conforme a prescrição e a restante medicação ficava guardada em armários (sala de jantar e/ou cozinha).

Nas estratégias adotadas para transportar a medicação quando os participantes saíam de casa, acondicionavam-na em bolsas/carteiras e dentro destas em pequenas caixas, ou então apenas os *blisters* (no caso das mulheres, levavam a sua medicação e muitas vezes também a do familiar, caso este a acompanhasse) ou em sacos de plástico ou papel, onde colocavam as caixas e/ou frascos com os respetivos fármacos.

No acondicionamento em casa, verificamos também, em alguns casos, que a medicação que estava a ser utilizada, segundo a prescrição terapêutica, estava junta de outros tipos de fármacos, que não estavam a ser utilizados, mas que já tinham sido utilizados anteriormente pelos participantes, com prescrição médica ou não. Verificamos também em alguns casos, duplicação de fármacos, ou seja, genéricos e de referência ou “de marca”, em que os participantes consideravam que eram diferentes.

A desorganização, de uma forma não segura, no acondicionamento da medicação, é um forte potencial de risco, para erros na toma de medicação.

A **adesão à medicação** de acordo com os scores globais da MAT (Medida de Adesão aos Tratamentos), a grande maioria, 48 (80,0%) dos participantes aderiu ao regime terapêutico. Resultados idênticos foram encontrados por Henriques (2011), num estudo realizado com 341 idosos com 65 ou mais anos de idade, em contexto domiciliário,

inscritos num centro de saúde de Lisboa, verificaram que 87% dos participantes aderiam à medicação.

Fatores que influenciam na gestão do regime medicamentoso

Os fatores dificultadores na gestão do regime medicamentoso, verificados no nosso estudo, demonstram que, a maior parte, 23 (83,3%) dos participantes, refere como fator dificultador no cumprimento da toma da medicação, o **deslocar-se à farmácia para comprar a medicação**, 21(35,0%) **ler o que está escrito nas embalagens** e **renovar a medicação a tempo**. Segundo o estudo Griffiths et al. (2004), dos erros cometidos na gestão do regime medicamentoso, 33% foram devidos aos participantes não conseguirem ler o que estava escrito nos frascos ou caixas.

A **capacidade cognitiva** como fator influenciador na gestão do regime medicamentoso, foi verificada, no sentido que, $t(58) = 1,923$; $p = 0,05$ é marginalmente significativo quem gere a sua medicação tem em média 1 valor do MMSE superior ($M = 26,11$; $DP = 3,70$) do que quem tem ajuda na gestão da medicação ($M = 23,57$; $DP = 5,99$). Também se verifica que o MMSE difere conforme as estratégias para preparar a medicação, ($F(2,49) = 5,240$; $p = 0,009$). As pessoas que conhecem as caixas mostram ter maior capacidade cognitiva ($M = 27,21$; $DP = 2,33$) do que os que conhecem os comprimidos ($M = 24,00$; $DP = 6,11$) e os que utilizam dispositivos ($M = 24,00$; $DP = 4,02$) para esse fim, sendo as diferenças significativas localizadas entre quem conhece as caixas e quem usa dispositivos. No estudo realizado por Fulmer & Gurland (1997), citado por KraliK et al. (2008), em que foram verificar a maneira como a capacidade é influenciada pela cognição e analisaram a discrepância entre a capacidade de autoadministração da medicação e o real comportamento na autoadministração da medicação. O estudo revelou que há uma maior frequência de erros na gestão da medicação no grupo cognitivamente alterado ($n = 51$) comparado com o grupo cognitivo normal ($n = 74$), o que apoia a teoria de que a capacidade é influenciada pelo estado cognitivo.

Tomar muita medicação junta mostra ser uma barreira à adesão à medicação ($t(58) = 4,42$; $p = 0,0001$) quem toma muita medicação junta tem menor adesão ($M = 31,50$; $DP = 6,87$) comparativamente a quem considera que não toma muita medicação ($M = 39,00$; $DP = 4,03$) e têm um risco 11 vezes maior de não adesão ($OR = 10,71$; $IC\ 95\%: 2,08$ a $55,12$). De acordo com o estudo de Lee et al. (2013), com 93 participantes com

65 ou mais anos de idade, verificaram que os participantes que tomam 9 ou mais fármacos têm um risco 9 vezes maior de não adesão (OR=9,19; IC 95%;1,89 a 81,45).

Quem refere experienciar mais **efeitos secundários dos fármacos** (M = 33,10; DP = 6,54) adere significativamente menos à adesão à medicação (T(58) = 3,64; p = 0,001) do que aqueles que referem sentirem menos efeitos secundários (M = 38,98); DP = 4,23). Sentir efeitos secundários aumento o risco da não adesão em 6 vezes mais (OR=6,14; IC 95%: 1,41 a 26,84).

Os participantes que referem **não cumprirem o horário das tomas e não se lembrarem quando chega a hora**, tendem a apresentar significativamente níveis mais baixos de adesão. Ter dificuldade em cumprir o horário da toma da medicação, aumenta em quatro vezes mais o risco de não adesão à medicação (OR=4,2; IC 95%: 1,12 a 15,73) e ter dificuldade em lembrar-se da hora da toma da medicação aumenta em 4 vezes o risco de não adesão (OR=4,2; IC 95%: 1,12 a 15,73).

As crenças relacionadas com o **estar preocupado com a habituação, duvidar da eficácia, não gostar de tomar medicação e de pensar que está doente**, levam a níveis mais baixos de adesão. Ter medo de habituação à medicação, aumenta em 11, 5 vezes mais o risco de não adesão (OR=11, 5; IC 95%: 1,79 a 73,58), não gostar de tomar medicação, aumenta em 10,71 vezes mais o risco de não adesão (OR=10,71; IC 95%: 2,08 a 55,12) e o duvidar da eficácia da medicação, também aumenta o risco de não adesão em quase 6 vezes (OR=5,5; IC 95%: 1,14 a 26,63).

A percepção de que o **fármaco não está a surtir efeito**, que o **tratamento é demasiado longo**, quando referem que quando já se **sentem melhor**, ou pelo contrário, quando referem que se **sentem pior** com a toma dos fármacos levam a apresentar níveis mais baixos de adesão. Sentirem melhorias na sua doença faz com que as pessoas interrompam a sua medicação (OR=46,0; IC 95%: 7,19 a 294,32), havendo um risco 46 vezes maior de não aderirem à medicação quando se sentem melhor. A percepção de se sentirem pior associada à toma de medicação, aumenta o risco de não adesão em quase 11 vezes (OR=10,71; IC 95%: 2,08 a 55,12). **Não explicarem para que serve e o apoio emocional** tendem também a levar a adesões mais baixas.

Griffiths et al. (2004), verificaram que dos 24 participantes com 65 ou mais anos de idade no estudo, 20,8% referiram esquecerem-se às vezes de tomarem a medicação, 4,2% deixaram de a tomar por se sentirem melhor.

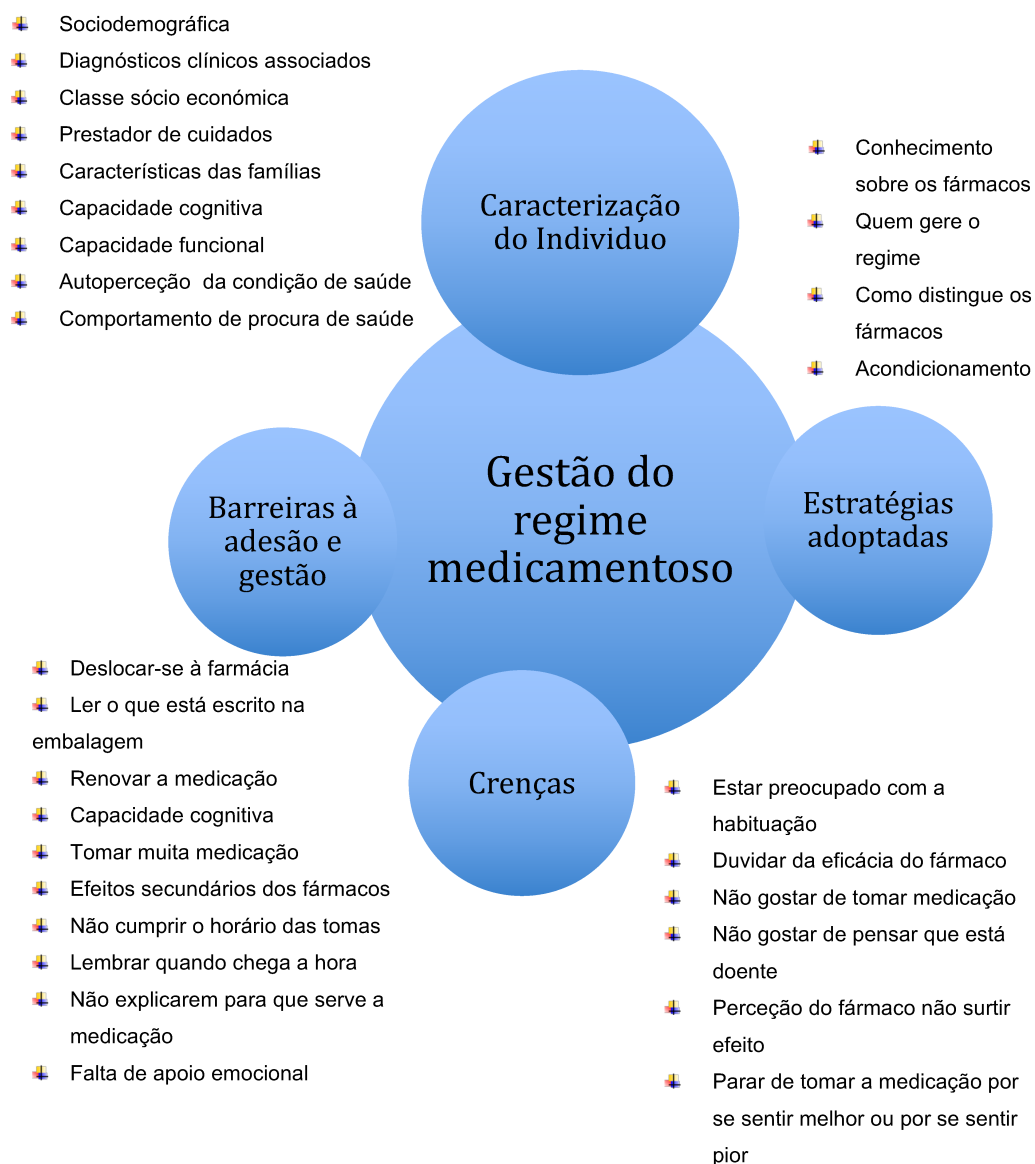
Pasina et al. (2014) realizaram um estudo com 100 participantes com 65 ou mais anos de idade, pós alta hospitalar de um serviço de medicina interna em Itália (15 a 30 dias e posteriormente 3 meses após a alta), ao longo do ano de 2012. A não adesão foi referida por 49 (55,1%) participantes no primeiro seguimento e 55 (69,6%) 3 meses após a alta. A retirada voluntária de fármacos e a alteração da dosagem sem consulta médica foram os principais motivos de não adesão em ambas as entrevistas. Quanto ao nível de adesão, o número de fármacos prescritos na alta estava relacionado à não adesão em ambas as entrevistas de seguimento ($R^2 = 0,8293$ na primeira e $R^2 = 0,6276$ na segunda), em que 25 (28,1%) dos participantes no primeiro seguimento e 20 (25,3%) no segundo, entenderam o propósito de todos os seus medicamentos. A principal razão para não tomarem determinados comprimidos, foi pensarem que eram desnecessários, enquanto o medo dos efeitos colaterais foi a principal razão para as alterações na dosagem.

Na **percepção sobre a funcionalidade da família e a adesão à medicação**, verificou-se que há uma correlação positiva fraca a moderada ($r = 0,39$; $p = 0,002$) entre o APGAR Familiar e a adesão à medicação, mas altamente significativa sob o ponto de vista estatístico, mostrando que quanto maior a funcionalidade da família maior a adesão à medicação.

É no espaço privilegiado e por excelência da família, como uma unidade sistêmica, multidimensional e complexa, onde pode ocorrer o suporte e apoio, em que a sua funcionalidade pode afetar os indivíduos em todos os estágios de desenvolvimento. De acordo com DiMatteo (2004) Famílias coesas, levam a maiores comportamentos de adesão a regimes terapêuticos dos indivíduos (1,74 vezes maior), em relação a famílias em conflito (1,53 vezes menor).

Da análise e relação dos resultados obtidos com os objetivos deste estudo, permite-nos verificar que as estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso, são condicionadas de uma forma multifatorial, relacionadas com as características do indivíduo, barreiras à toma da medicação e crenças em saúde, conforme é representado na figura 5.

Figura 5 - Modelo multifatorial da gestão do regime medicamentoso



Relacionando a revisão bibliográfica e o respetivo enquadramento teórico deste estudo, como suporte essencial na conceção dos resultados, verificamos que em relação às características dos nossos participantes no estudo, são fatores influenciadores na gestão do regime medicamentoso, os aspetos sociodemográficos, diagnósticos clínicos associados, classe socioeconómica, prestador de cuidados, características da família, capacidade cognitiva, capacidade funcional, autoperceção do estado de saúde e comportamentos de saúde.

Nas **características sociodemográficas**, a idade avançada, é um potencial fator de vulnerabilidade. A percentagem significativa de viuvez, leva ao isolamento social e a viverem na sua habitação sozinhos, no caso dos homens leva à necessidade de redefinição de papéis, relacionados com os aspetos socioculturais, para responderem às atividades do quotidiano. A iliteracia associada à elevada percentagem de analfabetismo prevalente nesta faixa etária, dificulta atividades regulares do dia a dia e por sua vez influencia as tomadas de decisão.

As **doenças crónicas associadas**, leva ao aumento do uso de medicação e por sua vez à necessidade de vigilâncias regulares do estado de saúde, aumentando o risco de eventos adversos, caso não haja um acompanhamento adequado, nomeadamente nos participantes do estudo, em que a hipertensão arterial é um fator de elevado grau para ocorrer AVC. A diminuição da acuidade visual, dificulta os processos de autocuidado no dia a dia.

A **classe sócia económica das famílias** é um dado avaliativo relevante, na identificação das necessidades de vida do quotidiano. Rendimentos baixos podem levar a priorizar de forma errada a aquisição de bem e serviços, nomeadamente a compra de medicação. No nosso estudo a classe média foi a dominante, e quanto à **dependência económica**, a maioria referiu ser independente. A família como unidade sistémica e dinâmica nas interações entre os seus membros, permite dar suporte e apoio nas tomadas de decisão. Famílias disfuncionais influenciam negativamente a adesão à terapêutica instituída. No nosso estudo verificou-se que quanto maior a **funcionalidade da família** maior a adesão à medicação.

A **capacidade cognitiva**, rastreada no nosso estudo permitiu verificar que é um fator influenciador na gestão do regime medicamentoso. As perdas de capacidades cognitivas manifestam-se nos desempenhos e comportamentos observáveis.

Considerando a gestão do regime terapêutico um tipo de autocuidado, as perdas de **capacidades funcionais**, influencia esse mesmo autocuidado. No nosso estudo os participantes que apresentavam défice nos autocuidados tinham cuidador familiar, que em regra era o familiar que coabitava com o mesmo.

A **consciencialização sobre o estado de saúde**, é um fator importantes nos processos de transição. Uma autoperceção realista sobre o seu estado de saúde, permite comportamentos de adesão mais adequados, nomeadamente na procura dos cuidados de saúde. Uma vigilância regular do estado de saúde, com o respetivo acompanhamento profissional, permite reduzir riscos, promover a saúde e prevenir a doença.

Como fatores dificultadores nos comportamentos de adesão e na concretização eficaz da gestão do regime medicamentoso, verifica-se no nosso estudo as seguintes barreiras: deslocar-se à farmácia, ler o que está escrito nas embalagens, renovar a medicação em tempo útil, capacidade cognitiva, tomar muita medicação, efeito secundário dos fármacos, não cumprir o horário das tomas da medicação, lembrar quando chega a hora da toma da medicação, não explicarem para que serve a medicação e não terem apoio emocional.

O **renovar a medicação em tempo útil** e **deslocar-se à farmácia** para adquirir a medicação são duas das barreiras mencionadas pelos participantes no estudo. A prática clínica sugere que esta dificuldade está muitas vezes associada à inexistência ou à falta de disponibilidade de alguém em o fazer, em substituição do próprio quando este se mostra incapaz ou adia o procedimento por falta de vontade de o realizar (farmácia e unidade de saúde distante da residência com necessidade de usar transporte público). Na renovação da medicação está também implícito, de que em regra não é feita no momento do pedido, em que o médico tem um prazo de três dias úteis para a sua renovação, com emissão do receituário, havendo a necessidade de o indivíduo deslocar-se novamente à unidade de saúde para adquirir as receitas.

Ler o que está escrito nas embalagens da medicação está associada à elevada percentagem de analfabetismo e diminuição da acuidade visual, identificados também na nossa amostra. Também a **capacidade cognitiva** influencia na gestão do regime terapêutico, conforme demonstrado no nosso estudo nas estratégias adotadas.

Tomar muita medicação junta é verificado no nosso estudo como uma barreira à adesão do regime medicamentoso, confirmado por diversos estudos relacionados com a polimedicação, revelando como variável influenciadora na gestão do regime medicamentoso.

O sentirem os **efeitos secundários da medicação**, criam desconforto nos utilizadores e muitas das vezes abandonam definitivamente ou parcialmente a toma da medicação. Muitas das vezes a perceção de determinados sintomas são associados erroneamente à toma da medicação, não correspondendo aos efeitos secundários dos medicamentos.

As alterações de memória, principalmente a de curto prazo, recorrentes e frequentes nos idosos, levam ao esquecimento dos horários da toma da medicação. O **não lembrar quando chega a hora**, para além de **não cumprir o horário da toma** da medicação, aumentam o risco de subdosagem ou superdosagens medicamentosas, com consequências muitas das vezes graves.

A informação sobre o regime medicamentoso, muitas das vezes feita de forma despersonalizada e descontinua aumenta os riscos de ocorrerem gestões de regimes medicamentosos inadequados. **Não explicarem para que serve a medicação** e o **apoio emocional**, foi manifestado como um problema nos participantes do nosso estudo.

As **crenças** erróneas associadas à doença e por sua vez à toma da medicação, condiciona a eficácia na gestão do regime terapêutico e muitas vezes leva a comportamentos de não adesão. No nosso estudo é verificado que crenças como, estar preocupado com a habituação à medicação, duvidar da eficácia do fármaco, não gostar de tomar medicação, não gostar de pensar que está doente, percepção de que o fármaco não está a surtir efeito e parar de tomar a medicação por se sentir pior ou por se sentir melhor, levam a níveis mais baixos de adesão e aumentam o risco de não adesão.

À luz dos modelos explicativos de mudança comportamental e nomeadamente o das crenças da saúde, verificamos que os participantes ao subestimar os riscos e não se sentirem ameaçados por os problemas de saúde (**estar preocupado com a habituação à medicação, duvidar da eficácia do fármaco, não gostar de tomar medicação, não gostar de pensar que está doente**), bem como considerarem que os custos envolvidos na ação excedem os benefícios (**percepção de que o fármaco não está a surtir efeito e parar de tomar a medicação por se sentir pior ou por se sentir melhor**), evidenciam uma crença em saúde.

Nas estratégias adotadas na gestão do regime terapêutico, verificamos que a grande maioria dos nossos participantes adere ao regime medicamentoso. Os não aderentes, resultam de uma avaliação do MAT com um score mais baixo, que lhes confere a não adesão, no entanto não é sinónimo de comportamento de recusa de toma de medicação, mas sim de comportamentos de não adesão influenciados pelas características dos indivíduos, barreiras e crenças já mencionadas. A grande maioria sabe para que toma a medicação conferindo-lhes um maior grau de segurança, mas também verificamos a existência de uma percentagem significativa que não sabe.

A grande maioria gere o seu regime medicamentoso, no entanto verificamos fatores fortemente influenciadores e potencializadores de uma gestão ineficaz, por exemplo, no nosso estudo foi identificado um participante com défice cognitivo e a viver sozinho, apresentando assim um elevado risco de tomadas de decisões erradas, pondo em causa o seu estado de saúde. Outro exemplo revelador de tomada de decisões isoladas, foi verificado num participante que após um período de internamento, associou o horário da toma da medicação do hospital de igual forma à realidade no domicílio, ou seja, como

no hospital, apenas tomava medicação no período da manhã, no domicílio optou pelo mesmo horário, apresentando assim uma sobredosagem, repetindo fármacos que deveriam ser tomados ao longo do dia.

Nas estratégias adotadas para distinguir os fármacos, verificamos que a maioria conhece as caixas ou lê o que está escrito nas caixas, uma pequena percentagem usa dispensadores e apenas um participante usa uma lista feita por profissional. Estas estratégias associadas á forma como é acondicionada a medicação, permite-nos considerar, pela evidencia, um potencial risco para ocorrerem erros na toma de medicação.

As estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso pelos participantes, são resultantes da tomada de decisão dos próprios, uma vez que não há uma supervisão e monitorização regular feita pelos profissionais de saúde, no domicílio, nomeadamente pelos enfermeiros, uma vez que é uma área de atenção do respetivo grupo profissional, em articulação com o médico e restante equipa multiprofissional.

8 – CONCLUSÕES

Retomando as questões e objetivos desta investigação, neste ponto pretendemos refletir, sintetizando de uma forma conclusiva, todo o conhecimento adquirido, no sentido de contribuir para a produção de conhecimento na área do estudo, pela sua relevância para a prática de enfermagem e para a continuidade da investigação.

A prática clínica em enfermagem, pela sua abrangência, sugere que algumas das áreas de atenção, pela sua prioridade, têm sido descuradas em detrimento de outras, com a justificativa de que os recursos são escassos. Os estudos têm demonstrado que a gestão do regime terapêutico e nomeadamente o medicamentoso, carece de uma intervenção regular pelos profissionais de enfermagem, principalmente em grupos mais vulneráveis, como é o caso dos idosos, uma vez que regimes medicamentosos ineficazes, podem levar a situações graves de saúde.

Os comportamentos de procura de saúde e nomeadamente da utilização dos recursos, adotados pelas populações portuguesas, prevalecem na vertente curativa e menos na preventiva e promotora de saúde. Na reorganização dos cuidados de saúde e especificamente nos cuidados de saúde primários, tem se vindo a verificar uma maior preocupação pela vigilância regular da saúde das pessoas, com definição de objetivos contratualizados com as equipas de saúde. No entanto os cuidados, continuam na sua maioria a serem efetuados, nas unidades de saúde e em menos percentagem no contexto domiciliário e comunitário. Nos diagnósticos de saúde das populações, a gestão do regime medicamentoso, não tem sido contemplado, tornando-se assim um forte potencial problema de saúde, que só é verdadeiramente diagnosticado quando é feito no contexto domiciliário e comunitário.

Na caracterização demográfica da população onde se realizou o estudo, verifica-se uma prevalência de pessoas idosas e muito idosas, a viverem sozinhas ou com outras pessoas idosas. Este fator associado á vulnerabilidade nas condições de saúde, das pessoas nesta faixa etária, demonstrada em vários estudos, foi um dos fatores na prática clínica regular de enfermagem, de crescente motivação e sugestão para a realização da investigação.

Uma gestão eficaz do regime medicamentoso, associado à gestão da doença crónica, tem permitido demonstrar ganhos significativos na saúde dos indivíduos e das populações em que os enfermeiros têm um papel imprescindível nessa mesma gestão, seja na capacidade diagnóstica, intervenção e avaliação, bem como na monitorização regular dos processos de saúde e doença. Cabe assim ao enfermeiro de família, no contexto da

consulta de enfermagem, identificar focos de enfermagem que levam a diagnósticos que requerem uma intervenção. Os resultados obtidos permitem validar na tomada de decisão dos cuidados a prestar e na sua priorização, desta área de intervenção.

Na avaliação da gestão do regime medicamentoso deveremos ter em consideração a dimensão multifatorial em que se insere o indivíduo. As características intrínsecas e extrínsecas dos participantes do nosso estudo, permitem-nos concluir que as tomadas de decisão autónomas na gestão do regime medicamentoso estão relacionadas com processos de vivência e aprendizagem adquiridos ao longo da vida, fortemente influenciados pela família e ambiente sociocultural. Os resultados são reveladores que a gestão do regime medicamentoso é influenciada por vários fatores, como as características sociodemográficas dos indivíduos, com especial especificidade nas pessoas com idade superior ou igual a 80 anos, em fatores dificultadores para que essa mesma gestão se faça com eficácia, nas crenças que acompanham os processos de vida e aculturações das pessoas e nas tomadas de decisão autónomas sem suporte e acompanhamento profissional, adotando estratégias que põem em risco a saúde e a gestão autónoma da doença.

O processo enriquecedor do conhecimento da dinâmica familiar das famílias idosas do nosso estudo, permitiu identificar várias áreas de atenção de enfermagem, principalmente nos autocuidados, sendo por excelências potenciais oportunidades, para se obterem ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. O paradigma de que o alvo dos cuidados é em regra o indivíduo, deverá passar para uma abordagem mais holística, em que o alvo é o indivíduo a família e a comunidade, permitindo assim uma melhor e realística capacidade diagnóstica, com conseqüente melhoria nos resultados em saúde.

A área de atenção a que se refere este estudo, não pode ser vista à luz dos cuidados, com ligeireza, pelos riscos comprovados de alterações da saúde, pela que as abordagens profissionais, não podem ser feitas de forma superficial e não contempladas como prioritárias. A não participação de todos os responsáveis, no processo de gestão da doença crónica nas pessoas idosas, nomeadamente a capacidade de envolver os idosos na gestão dos cuidados, profissionais de saúde, família, cuidadores, responsáveis políticos e sociedade em geral, leva a que os ganhos em saúde não se obtenham com o máximo de eficiência possível.

O papel do enfermeiro de família, pelas suas competências e áreas autónomas de intervenção, junto dos indivíduos/famílias e comunidade é um dos profissionais por

excelência, para gerir os processos de saúde/doença na área do autocuidado, gestão da doença e a que se refere especificamente o nosso estudo, a gestão do regime medicamentoso. No entanto é necessário serem criadas as condições para que a atividade de enfermagem inerente à área de atenção da gestão do regime medicamentoso e especificamente nos idosos, se faça com os recursos necessários e considerada prioritária, para que se possa concretizar na totalidade dos cuidados.

Dos resultados obtidos neste estudo, podemos concluir que as estratégias que contribuem para uma gestão ineficaz do regime medicamentoso, adotadas pelos idosos com 80 ou mais anos de idade e a viverem exclusivamente com outros idosos com 80 ou mais anos de idade, estão associadas às características do indivíduo, a barreiras na adesão e gestão do regime medicamentoso e a crenças de saúde, aumentando fortemente a vulnerabilidade nesta área de atenção.

Toda a interação desenvolvida com os participantes deste estudo, contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal de quem realizou esta investigação, pela riqueza dos contributos e da natureza humana dos participantes no estudo.

Não podemos deixar de mencionar as **limitações ao estudo**, nomeadamente o tamanho da amostra, não permitindo assim a generalização dos dados e a necessidade de uma grande disponibilidade de tempo para a colheita dos dados em consonância com a disponibilidade do investigador devido à sua atividade profissional.

Como **sugestões para trabalhos futuros**, a continuidade da investigação na área da gestão do regime medicamentoso, uma vez que a grande maioria dos trabalhos publicados se centram na problemática da adesão ao regime terapêutico associado a determinadas patologias. Comparar estes resultados com outras amostras, nomeadamente populações rurais e idosos institucionalizados. A realização de investigação ação, programas e projetos com construção de indicadores que possam permitir evidenciar os ganhos em saúde na área da gestão do regime medicamentoso nos idosos e justificar a priorização nas tomadas de decisão dos responsáveis das políticas de saúde.

9 - BIBLIOGRAFIA

Acurcio, F., Silva, A., Ribeiro, A., Rocha, N., Silveira, M., & Klein, C. & Rozenfeld, S. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*, 55(4), 468-474. [\[1\]](#)

Agogo, D., & Milne, G. & Schewe, C. (2014). Time benders: A model of subjective aging in aging adults. *Health Marketing Quarterly*, 31(4), 383-398. doi:10.1080/07359683.2014.966010

Ajzen, I. (1991). Organizational behavior and human decision processes. *Elsevier*, 50(2), 179-211.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude-behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84(5), 888-918.

Almeida, H., Versiani, E., Dias, A., Novaes, M. & Trindade, E. (2007). Adesão a tratamento entre idosos. *Comunicação Em Ciências Saúde*, 18(1), 57-67.

Almeida, J. & Xavier, M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental*. (No. 1o). Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa. doi:978-989- 98576-0-5

Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do índice de barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Qualidade De Vida*, 25(2), 59-66.

Araújo, J., Ramos, E. & Lopes, C. (2011). Estilos de vida e percepção do estado de saúde em idosos portugueses de zonas rural e urbana. *Acta Médica Portuguesa*, 24(2), 79-88.

Armitage, C. & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behaviour: A structured review. *Psychology & Health*, 15(2), 173-189.

Backman, K. & Hentinen, M. (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30(3), 564-572.

Banning, M. (2011). How to avoid medication errors on your drug round. *Nursing & Residential Care*, 13(3), 129-131.

- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education & Behavior*, 2(4), 409-419. doi:org/10.1177/109019817400200407.
- Beers, M., Baran, R. & Frenia, K. (2000). Drugs and the elderly, part 1: the problems facing managed care. *The American Journal of Managed Care*, 6(12), 1313-1320.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H. & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Jama*, 288(19), 2469-2475.
- Bonita, R., Beaglehole, R. & Kjellstrom, T. (Eds.). (2006). *Epidemiologia básica* (2nd ed.). São Paulo: Organização Mundial de Saúde.
- Boparai, M. & Korc-Grodzicki, B. (2011). Prescribing for older adults. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 78, 613-626.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: Responsabilidades e demandas da família. *Cadernos De Saúde Pública*, 19(3), 773-781.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). *O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - Faculdade de Ciências Humanas e Universidade Católica Portuguesa. Retrieved from http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf
- Carvalho, A., Mateus, P. & Xavier, M. (2016). *Portugal saúde mental em números - 2015: Programa nacional para a saúde mental* Direção-Geral de Saúde. doi:2183-1505.
- Cheesman, S. (2006). Promoting concordance: The implications for prescribers. *Nurse Prescribing*, 4(5), 205-208.
- Cima, C., Freitas, R., Lamas, M., Mendes, C., Neves, A. & Fonseca, C. (2011). Consumo de medicação crónica: Avaliação da prevalência no Norte de Portugal. *Revista Portuguesa De Clínica Geral*, 27, 20-27.
- Clark, N., Becher, M., Janz, N., Lorig, K., Rakowski, W. & Anderson, L. (1991). Self-management of chronic disease by older adults. *Journal of Aging and Health*, 3(1), 3-27.
- Coenen, A. (2003). Building a unified nursing language system: The ICNP.

International Nursing Review, 50(2), 65-66.

Coster, S. & Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 508-528.

Craftmana, A., Johnellb, K., Fastbomb, J., Westerbotnc, M. & Strausd, E. (2016). Time trends in 20 years of medication use in older adults: Findings from three elderly cohorts in stockholm, sweden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63, 28-35.

Delafuente, J. (2003). Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 48, 133-143.

Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100.

DGS. (2004). Programa nacional para a saúde das pessoas idosas. Retrieved from <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

DGS. (2014). In direção de serviços de informação e Análise (Ed.), *Portugal idade maior em números - 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Lisboa: Direção-Geral de Saúde.

DGS. (2015). In Equipa Técnica do Plano Nacional de Saúde (Ed.), *Resenha dos planos de saúde: Nacional - regionais - locais* (Direção-Geral de Saúde ed.). Portugal: doi: 978-972- 675-232-5.

DGS. (2015). *Resenha dos planos de saúde: Nacional - regionais - locais: Plano nacional de saúde e estratégias locais de saúde* Direção-Geral de Saúde. doi:978-972-675-232-5 .

DGS. (2015). *A saúde dos portugueses. perspetiva 2015* Direção-Geral de Saúde. doi:2183-5888.

Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão da literatura. *Millenium*, 40, 201-219.

Dilles, T., Elseviers, M., Rompaey, B., Bortel, L. & Stichel, R. (2011). Barriers for nurses to safe medication management in nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(2), 171-180. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01386.x.

DiMatteo, R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology*, 23(2), 201-218. [SEP]

Dwyer, L., Han, B., Woodwell, D. & Rechtsteiner, E. (2010). Polypharmacy in nursing home residents in the united states: Results of the 2004 national nursing home survey. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8(1), 63-72.

Ferreira, R. (2010). *Adequação da terapêutica no doente idoso em portugal*. (Mestrado). Faculdade de Farmácia, Lisboa.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (Ed.). (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Canada: Reading, MA: Addison-Wesley. doi:ISBN 0-20102089-0.

Fick, D., Cooper, J., Wade, W., Waller, J., Maclean, J. & Beers, M. (2003). Updating the beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Archives of Internal Medicine Journal*, 163, 2716-2724.

Figueiredo, H. (Ed.). (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família* (1a ed.). Loures: Lusociência.

Freire, C. (2009). *Adesão e condições de uso de medicamentos por idosos*. (Mestrado). Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, São Paulo. [SEP]

Gabinete de Informação e Prospectiva do Alto Comissariado da Saúde. (2008). Envelhecimento e saúde em Portugal. Retrieved from

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/10/pnsemfoco.htm>

Galvão, M. & Janeiro, J. (2013). O autocuidado em enfermagem: Autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Revista Mineira De Enfermagem*, 17(1), 231-235. doi:10.5935/1415-2762.20130019.

Gonçalves, L., Costa, M., Martins, M., Nassar, S. & Zunino, R. (2011). A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de porto, Portugal. *Revista Latino-Americana*

De Enfermagem, 19(3).

Gonçalves, R. (2010). *Família de idosos da quarta idade: Dinâmicas familiares*. (Mestrado). Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Retrieved from <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/45980/2/Dissertao%20Raquel%20Lima%20Goncalves.pdf>

Griffiths, R., Johnson, M., Piper, M. & Langdon, R. (2004). A nursing intervention for the quality use of medicines by elderly community clients. *International Journal of Nursing Practice*, 10(4), 166-176.

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). "Adaptação à população portuguesa do "Mini mental state examination" (MMSE). *Revista Portuguesa De Neurologia, Reunião Da Primavera Da Soc. Port. De Neurologia, Coimbra, 20-21 Maio De 1994, 1*, 9-10.

Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade eficácia das intervenções de enfermagem*. (Doutoramento). Universidade de Lisboa - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.

Hovstadius, B., Petersson, G., Hellström, L. & Ericson, L. (2014). Trends in inappropriate drug therapy prescription in the elderly in sweden from 2006 to 2013: Assessment using national indicators. *Drugs Aging*, 31, 03/02/2017-386. doi:10.1007/s40266-014-0165-5.

ICN (Ed.). (2003). *Classificação internacional para a prática de enfermagem CIPE/ICNP - versão beta 2* (IGIF Trans.). (2nd ed.). Geneve: IGIF, APE.

ICN (Ed.). (2011). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - versão 2* (H. Castro Trans.). (1st ed.). Geneve: Ordem dos Enfermeiros.

INE. (2012). *Censos - resultados provisórios - 2011*. Retrieved from http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122073978&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

INE. (2013). *Famílias nos censos 2011: Diversidade e mudança* (Instituto Nacional de Estatística ed.) doi:www.ine.pt.

Last, J. (Ed.). (1995). *Um dicionário de epidemiologia* (2a ed.). Lisboa: Departamento de Estudos de Planeamento em Saúde.^[1]

Lee, V., Pang, K., Hui, K., Kwok, J., Leung, S., & Yu, D. & Lee, D. (2013). Medication adherence: Is it a hidden drug-related problem in hidden elderly? *Geriatrics Gerontology International*, 13(4), 978-985. doi:10.1111/ggi.12042.

Gordis, L. (Ed.). (2009). *Epidemiology* (4th ed.). Philadelphia: SAUNDERS ELSEVIER.

Leventhal, H. (Ed.). (1997). *Illness representation: Theoretical foundations*. in PETRIE, K.; WEINMAN, J., ed. lit. - *perceptions of health and illness: Current research & applications*. Singapore: Harwood Academic Publishers.

Lima-Costa, M. & Barreto, S. (2003). Tipos de estudos epidemiológicos: Conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 12(4), 189- 201.

Macêdo, A., Cerchiari, E., Alvarenga, M., Faccenda, O. & Oliveira, M. (2012). Avaliação funcional de idosos com deficit cognitivo. *Ata Paulista Enfermagem*, 25(3), 358-363.

Machado, L. & Veloso, A. (2011). O desenvolvimento da confiança nas comunidades terapêuticas e o seu impacto na adesão ao tratamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 523-532.

MacLaughlin E., Raehl C., Treadway A., Sterling T., Zoller D. & Bond C. (2005). Assessing medication adherence in the elderly: Which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging*, 3(22), 231-251.

Madden, T., Ellen, P. & Ajzen, I. (1992). A comparison of the theory of planned behavior and the theory of reasoned action. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(1), 3-9.

Marie-Fabienne Fortin (Ed.). (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação* Lusodidacta.

Marin, M., Cecílio, L., Perez, A., Santella, F., Silva, C. & Filho, J. (2008).

Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do programa saúde da família. *Cadernos De Saúde Pública, Rio De Janeiro, 24(7)*, 1545-1555.

Martins, T. (Ed.). (2006). *Acidente vascular cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos docentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formação e Saúde ed. doi:ISBN 972-8485-65-4.

Matias, A. (2008). *Perfil terapêutico e risco de interacção medicamentosa no idoso*. (Mestrado). Universidade de Aveiro, <https://www.rcaap.pt/results.jsp>

Matos, C., Ferreira, E., Moita, I., Monteiro, O. & Andrade, P. (2016). *Diagnóstico de situação de saúde* (8th ed.). Porto: Unidade de Saúde Pública – ACES Porto Oriental.

Médicos de Medicina Geral e Familiar (Ed.). (2008). *Investigação passo a passo - perguntas e respostas essenciais para a investigação clínica* (1a ed.). Lisboa: APMCG.

Meleis, A., Sawyer, F., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science, 23(1)*, 12-28.

Modig, S., Kristensson, J., Ekwall, A., Hallberg, I. & Midlöv, P. (2009). Frail elderly patients in primary care--their medication knowledge and beliefs about prescribed medicines. *Eur J Clin Pharmacol., 65(2)*, 151-155. doi:10.1007/s00228-008-0581-8.

Modig, S., Kristensson, J., Troein, M., & Brorsson, A. & Midlöv, P. (2012). Frail elderly patients experience of information on medication. A qualitative study. *BMC Geriatric, doi:10.1186/1471-2318-12-46*.

Mongin-Bulewski, C. (2011). Further changes, further challenges. *Nurse Prescribing, 9(7)*, 317-321. [SEP] Monterroso, L., Joaquim, N. & Sá, L. (2015). Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de cuidados continuados. *Revista De Enfermagem Referência, 4(5)*, 9-16. [SEP]

Moral, R., Torres, L., Ortega, L., Larumbe, M., Villalobos, A., Garcia, J. & Rejano, J. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. *Journal Homepage: Wwww.Elsevier.com/locate/pateducou*, 977-983.

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Cut-off scores in MMSE: A moving target?. *European Journal of Neurology*, 17(5), 692-695. doi:10.1111/j.1468-1331.2009.02907.x.

Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M. & Martins, I. (2009). Novos valores normativos do *mini-mental state examination*. *Laboratório De Estudos De Linguagem, UNIC, IMM, Faculdade De Medicina, Universidade De Lisboa*, 9, 19-25.

Mosca, C. & Correia, P. (2013). O medicamento no doente idoso. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 2(1), 75-80.

NANDA. Internacional. (2013). *Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2012 - 2014*. Porto Alegre: artmed. doi:978-85-65852-31-9.

Nogueira, P., Afonso, D., Alves, M., Vicêncio, P., Silva, J., Rosa, M. & Costa, A. (2014). *Portugal idade maior em numeros - 2014: A saúde da população portuguesa com 65 ou mais anos de idade*. Portugal: Direção-Geral de Saúde.

Nunes, M. (2009). Envelhecimento cognitivo: Principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos De Saúde*, 2, 19-29. [1]

Nyborg, G., Straand, J. & Brekke, M. (2012). Inappropriate prescribing for the elderly a modern epidemic? *Eur J Clin Pharmacol*, 68(7), 1085-1094. doi:10.1007/s00228-012-1223-8.

Ogden, J. (Ed.). (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Oliveira, A. (Ed.). (2009). *Bioestatística epidemiologia e investigação* (1st ed.). Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.

OMS. (2015). *Resumo - relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Suíça. Retrieved from <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

Ownby, R., Hertzog, C., Crocco, E. & Duara, R. (2006). Factors related to medication adherence in memory disorder clinic patients. *Aging & Mental Health*, 10(4), 378-385.

Paiva, A., Bessa, M., Moraes, G., Silva, M., Oliveira, R. & Soares, A. (2011). Avaliação da funcionalidade de famílias com idosos. *Cogitare Enfermagem*, 16(1), 22-28.

Parente, J. (2011). *Avaliação do uso de medicamentos inapropriados em idosos: Aplicação dos critérios de Beers*. (Mestrado). Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, Covilhã.

Pasina, L., Brucato, A., Falcone, C., Cucchi, E., Bresciani, A., Sottocorno, M., Djade, C. & Nobili, A. (2014). Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs Aging*, 31(4), 283-289. doi:10.1007/s40266-014-0163-7.

Pereira, M., Costa, V., Oliveira, D., Ferreira, G., Pedras, S., Sousa, M. & Machado, J. (2015). Patients' and spouses' contribution toward adherence to self-care behaviors in type 2 diabetes. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 29(4), 276-296.^[1]_{SEP}

Pereira, M., Machado, J., Sousa, M. & Pedras, S. (2014). A study of a couple with type 2 diabetes: Dyadic adjustment and psychological morbidity. *Revista Associação Médica Brasileira*, 60(4), 318-326.^[1]_{SEP}

Periquito, C., Silva, P., Oliveira, P., Carneiro, P., Fernandes, A. & Costa, F. (2014). Revisão da medicação em idosos institucionalizados: Aplicação dos critérios STOPP e START. *Revista Portuguesa De Farmacoterapia*, 6, 211-220.

Perry, M. (2011). The problem of polypharmacy in the elderly. *Nurse Prescribing*, 9(7), 347-349.

Petersen, R., Stevens, J., Ganguli, M., Tangalos, E., Cummings, j. & DeKosky, S. (2001). Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Neurology*, 56, 1133-1142.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (Eds.). (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Artmed.

Portal da Saúde. (2006). Fórum nacional do doente crónico. Retrieved from <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/doente+cronico.htm>

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde – *Circular Normativa no 13/DGCG. 2004-07-02*. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Retrieved from <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004.aspx>

Prochaska, J. & Diclemente, C. (1982). Trans-theoretical therapy - toward A More Integrative model of change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 19(3), 276-288.

Prochaska, J., Diclemente, C. & Norcross, J. (1992). In search of how people change. applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.

Programa Nacional para as Doenças Respiratórias & Direcção de Serviços de Informação e Análise. (2016). *Portugal doenças respiratórias em números – 2015: Programa nacional para as doenças respiratórias*. Direcção-Geral de Saúde.

Queirós, P., Vidinha, T. & Filho, A. (2014). Autocuidado: O contributo teórico de orem para a disciplina e profissão de enfermagem. *Revista De Enfermagem Referência*, 4(3), 157- 164.

Reeder, B., Demir, G. & Marek, K. (2013). Older adults' satisfaction with a medication dispensing device in home care. *Informatics for Health and Social Care*, 38(3), 211-222.

Rees, S. & Williams, A. (2009). Promoting and supporting self-care management for adults living in the community with physical chronic illness: A systematic review of the effectiveness and meaningfulness of the patient-practitioner encounter. *JBI Library of Systematic Reviews*, 7(13), 492-582.

Registo Oncológico Nacional 2010. *Registo oncológico nacional 2010*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE.

Ribeiro, O. & Pinto, C. (2014). Caracterização da pessoa dependente no autocuidado: Um estudo de base populacional num concelho do norte de Portugal. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 32(1), 27-36.

Richard, A. & Shea, K. (2011). Delineation of self-care and associated concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 255-264. doi:10.1111/j.1547-5069.2011.01404.x.

Roch, T., Jenkin, P. & Kalik, D. (2004). Chronic illness self-management: Locating the 'self'. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 484-492.

Rodrigues, A., & Borges, C. & Barbosa, R. (2012). Automedicação em idosos do centro de convivência de aposentados e pensionistas de campina grande-PB. *Revista Brasileira De Informações Científicas*, 3(3), 30-39.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354 - 386.

Rothman, K., Greenland, S., Lash, T. (Ed.). (2008). *Modern epidemiology* (3rd ed.). Philadelphia: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS.

Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1), 1-28.

Ryan, P. & Sawin, K. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook*, 57(4), 217-225.

Santis, T. (2009). *Polimedicação e medicação potencialmente inapropriada no idoso: Estudo descritivo de base populacional em cuidados de saúde primários*. (Mestrado). Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, Coimbra.

Schlenk, E., Dunbar-Jacob, J., & Engberg, S. (2004). Medication non-adherence among older adults: A review of strategies and interventions for improvement. *Journal of Gerontological Nursing*, 30(7), 33-43.

Scott, I., Gray, L., & Martin, J. & Mitchell, C. (2012). Minimizing inappropriate medications in older populations: A 10-step conceptual framework. *The American Journal of Medicine*, 125(6), 529-537.

Sequeira, C. (Ed.). (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora. doi:ISBN 978-989-558-092-7.

Sequeira, C. (Ed.). (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel -edições técnicas, lda.

Serôdio, R., Serra, A. & Lima, J. (2014). *Plano de desenvolvimento social - porto 2014-*

2017. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto e Instituto Ciências da Saúde do Norte.^[1]

Silva, M. (2008). *O ser humano e a adesão ao regime terapêutico - um olhar sistémico sobre o fenómeno*. (Mestrado). Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde, Lisboa.^[1]

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.

Soares, M., Fernando- Llimós, F., Lança, C., Cabrita, J. & Morais, J. (2008). Operacionalização para Portugal: Critérios de beers de medicamentos inapropriados nos doentes idosos. *Acta Médica Portuguesa*, 21, 441-452.

Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R. & Santos, C. (2011). *Coping* e adesão ao regime terapêutico. *Revista De Enfermagem Referência*, 3(4), 151-160.

Sousa, S., Conceição, C., Nascimento, A. & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: Adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa De Clínica Geral*, 27, 176-182.

SPSM. (2017). Sclínico. Retrieved from <http://spms.min-saude.pt/product/sclinicohospitalar/>

Stone, D., Armstrong, R., Macrina, D. & Pankau, J. (Ed.). (1999). *Introdução à epidemiologia* (1st ed.). Portugal: McGraw-Hill Companies de Portugal, Lda.

Turato, E. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: Definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista De Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. doi: ESA/P/WP.241.

USP - ACES Porto Oriental. (2016). Diagnóstico de situação de saúde. Retrieved from <http://www.refworks.com/refworks2/?r=references%7CMainLayout::init>

Vermeire, E., Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three

decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.

Wallston, B. & Wallston, K. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, 107-117.

Westbrook, J., Woods, A., Rob, M., Dunsmuir, W. & Day, R. (2010). Association of interruptions with an increased risk and severity of medication administration errors. *Arch Intern Med*, 170(8), 683-690.

WHO. (2002). Active ageing – A police framework: A contribution of the world health organization to the second united nations world assembly on aging. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44706/1/9789241502313_eng.pdf

WHO. (2005). *Preventing chronic diseases: A vital investment*. Switzerland: Public Health Agency of Canada. doi:92 4 156300 1.

WHO. (2011). *Scaling up action against noncommunicable diseases: How much will it cost?*. France: doi:978 92 4 150231 3.

Yap, A., Thirumoorthy, T. & Kwan, Y. (2016). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults *Geriatr Gerontol International*, 16, 1093-1101.

ANEXOS

ANEXO I - Operacionalização dos Critérios de Beers para Portugal

Quadro 1 – Medicamentos Potencialmente Inapropriados Independentemente da Patologia

FÁRMACOS E GRUPOS	PREOCUPAÇÕES	GRAU
Dextropropoxifeno e associações	Benefício analgésico fraco em relação ao paracetamol e possui reacções adversas semelhantes às dos opióides.	Ligeiro
Indometacina	Entre todos os AINEs, a indometacina possui as piores RAMs a nível do SNC	Elevado
Pentazocina (Sem AIM)	Analgésico opióide que induz mais efeitos adversos sobre o SNC incluindo alucinações, e confusão. Possui efeito agonista-antagonista.	Elevado
Trimetobenzamida (Sem AIM)	É um dos anti-erémicos com menor efectividade e pode induzir efeitos extrapiramidais	Elevado
Relaxantes musculares e antispasmódicos: Carisoprodol (Sem AIM), Ciclobenzaprina, Clorzoxazona (Sem AIM), Metaxolona (Sem AIM), Metocarbamol (Sem AIM), Oxibutinina (preparações de acção imediata), Tiocolquicosido*, Baclofeno*, Tizanidina*, Tróprio (cloreto)*, Flavoxato*, Propiverina*, Solifenacina*, Tolterrodina*	A maioria dos relaxantes musculares e antispasmódicos são mal tolerados pelos idosos por induzirem efeitos anticolinérgicos, sedação e fraqueza. A sua efectividade nas doses toleradas pelos idosos é questionável.	Elevado
Flurazepam	Possui semi-vida muito longa no idoso (pode ser de dias) induzindo aumento da sedação e de aumento de incidência de quedas e fracturas. É preferível o uso de BDZ de curta ou média semi-vida.	Elevado
Amitriptilina e associações	Por causa do forte efeito anticolinérgico e sedação raramente é o antidepressivo de escolha no idoso.	Elevado
Doxepina (Sem AIM)	Está raramente indicado no idoso devido às suas marcadas acções anticolinérgicas e sedativas	Elevado
Meprobamato (Sem AIM)	Ansiolítico altamente sedativo e aditivo. Pessoas sujeitas à terapêutica prolongada podem ficar dependentes e requerer suspensão gradual.	Elevado
Benzodiazepinas de curta duração de acção em doses superiores: Alprazolam > 2mg; Bromazepam* > 1,5-9mg(37), Brotizolam* >0,125mg ao deitar (37), Clonazepam* > 0,5mg no início(37), Estazolam* > 0,5mg, Flunitrazepam* >0,5mg(37), Lorazepam > 3mg; Lormetazepam* Ú%, Midazolam* Ú%, Oxazepam > 60mg; Temazepam >15mg; Triazolam > 0,25mg	Possui uma semi-vida muito longa no idoso (pode ser de dias) induzindo aumento de sedação e de aumento de incidência de quedas e fracturas. É preferível o uso de BDZ de curta ou média semi-vida.	Elevado
Benzodiazepinas de longa duração de acção: Cetazolam*, Clorbazam*, Clorazepato dipotássico,	Possuem uma longa semi-vida, particularmente no idoso (frequentemente de vários dias), induzindo sedação prolongada e risco aumentado de quedas e fracturas. Quando for necessária	Elevado

Clorodiazepóxido e associações, Cloxazolam*, Diazepam, Halazepam, Loflazepato de etilo*, Mexazolam*, Nordazepam*, Prazepam*, Quazepam (Sem AIM)	a utilização de uma BDZ são de preferir as de semi-vida curta e intermédia.	
Disopiramida	Possui efeitos inotrópicos negativos mais potentes podendo induzir insuficiência cardíaca no idoso. Também possui efeitos anticolinérgicos potentes. Devem utilizar-se outros anti-arrítmicos.	Elevado
Digoxina (dose > 0,125 mg/d excepto no tratamento de arritmias)	A redução da depuração renal pode conduzir à acumulação da digoxina e aparecimento de toxicidade.	Ligeiro
Dipiridamol (preparações de acção imediata)	Pode ocorrer hipotensão ortostática. As preparações de acção mantida são melhor toleradas excepto em doentes com válvulas cardíacas artificiais, pelo que não se incluem.	Ligeiro
Metildopa e associações	Pode induzir bradicardia e exacerbar a depressão do idoso.	Elevado
Reserpina > 0,25mg (Sem AIM)	Pode induzir depressão, impotência, sedação e hipotensão ortostática.	Ligeiro
Clorpropamida (Sem AIM)	Possui uma semi-vida longa no idoso e pode ocasionar uma hipoglicemia prolongada. É o único antidiabético que provoca secreção inapropriada da HAD.	Elevado
Antispasmodicos gastrintestinais: Alcalóides da beladona, Butilescopolamina*, Clidínio (+), Dicyclomina (Sem AIM), Hiosciamina (Sem AIM), Pinavério (brometo)*, Propantelina (Sem AIM), Propinoxato*, Tiropramida*	Possuem efeitos anticolinérgicos importantes e uma efectividade duvidosa. Devem ser evitados, particularmente em terapêutica prolongada.	Elevado
Anticolinérgicos e anti-histamínicos: Azatadina*, Buclizina*, Ciclizina*, Ciproheptadina (Sem AIM), Clemastina*, Clorofenamina*, Clorofeniramina (dexclorofeniramina), Dexbromofeniramina*, Difenidramina, Di-hexazina*, Dimenidrato*, Dimetindeno*, Doxilamina*, Flunarizina*, Hidroxizina, Mequitazina*, Metopina* (derivado da ciproheptadina), Oxatomida*, Prometazina, Tripelenamina, Triprolidina*	Muitos anti-histamínicos possuem efeitos anticolinérgicos intensos. São de preferir os anti-histamínicos sem efeitos anticolinérgicos.	Elevado
Difenidramina	Pode causar sedação e confusão. Não deve ser usada como hipnótico e quando administrado para tratamento de reacções alérgicas em emergência a dose deve ser a mais reduzida possível	Elevado
Alcalóides da cravagem do centeio (co-dergocrina) e ciclandelato	Não se demonstrou efectiva nas doses recomendadas.	Ligeiro
Sulfato ferroso > 325mg/d	Doses superiores a 325 mg/dia não aumentam significativamente o teor absorvido mas aumentam grandemente a obstipação.	Ligeiro
Barbitúricos excepto fenobarbital como anticonvulsivante	São fortemente aditivos e causam mais RAMs no idoso do que a maioria dos sedativos ou hipnóticos	Elevado

Petidina	Nas doses habitualmente utilizadas não é um analgésico oral efectivo. Pode causar confusão e possui as desvantagens dos outros opióides	Elevado
Ticlopidina	Não se mostrou superior ao AAS na prevenção de trombos e pode ser consideravelmente mais tóxico. Existem alternativas mais seguras.	Elevado
Cetorolac	Deve ser evitado o seu uso a curto ou longo prazo dado que muitos doentes possuem patologias gastrintestinais assintomáticas	Elevado
Anfetaminas e anorexígenos (Sem AIM)	Possuem potencial para causar dependência, HTA, angina de peito e enfarto do miocárdio.	Elevado
AINES de longa acção, não selectivos das COX ₂ , usados prolongadamente nas doses habituais: Aceclofenac*, Acemetacina*, Ác. Tiaprofênico*, Azapropazona*, Cetoprofeno*, Diclofenac*, Fentiazac*, Flurbiprofeno*, Lornoxicam*, Meloxicam*†, Nabumetona*†, Naproxeno, Nimesulida*†, Oxaprozín (Sem AIM), Piroxicam, Proglumetacina*, Sulindac*, Tenoxicam*	Podem ocasionar hemorragia gastrintestinal, insuficiência renal, HTA e insuficiência cardíaca.	Elevado
Fluoxetina diária	Fármaco com semi-vida longa com risco de estimulação excessiva do SNC, perturbações do sono e aumento de agitação. Há alternativas mais seguras.	Elevado
Laxantes estimulantes (37, 38) usados a longo prazo excepto na presença de terapêutica com opióides analgésicos: Bisacodilo, Cascara sagrada, Docusato* (37), Fenoltaleína*, Óleo de ricino*, Picossulfato de sódio*, Sene*	Podem exacerbar uma disfunção intestinal.	Elevado
Amiodarona	Associada a problemas com o intervalo QT e risco de indução de Torsades Pointes. Falta de eficácia no idoso.	Elevado
Orfenadrina (Sem AIM)	Provoca maior sedação e efeitos anticolinérgicos do que as alternativas mais seguras	Elevado
Guanetidina (Sem AIM)	Pode provocar hipotensão ortostática. Há alternativas mais seguras.	Elevado
Guanadrel (Sem AIM)	Pode provocar hipotensão ortostática.	Elevado
Cicandelato (Sem AIM)	Falta de eficácia.	Ligeiro
Isoxuprina	Falta de eficácia.	Ligeiro
Nitrofurantoína	Tem potencial para IR. Há alternativas mais seguras.	Elevado
Doxazosina	Tem potencial para hipotensão, boca seca e problemas urinários.	Ligeiro
Metiltestosterona (Sem AIM)	Problemas potenciais de hipertrofia prostática e cardíacos	Elevado

Tioridazina	Maior potencial para RAMs a nível do SNC e efeitos extrapiramidais.	Elevado
Mesoridiazina (Sem AIM)	RAMs a nível do SNC e efeitos extrapiramidais.	Elevado
Nifedipina (preparações de acção imediata)	Potencial para hipotensão e obstipação.	Elevado
Clonidina	Hipotensão ortostática potencial e efeitos adversos no SNC.	Ligeiro
Óleo mineral (Sem AIM)	Potencial para aspiração e RAMs. Há alternativas mais seguras.	Elevado
Cimetidina	RAMs a nível do SNC que incluem confusão.	Ligeiro
Ácido etacrínico (Sem AIM)	Tem potencial para hipertensão e alteração do balanço de fluidos. Há alternativas mais seguras.	Ligeiro
Tiróide seca (Sem AIM)	Preocupações quanto a efeitos cardíacos. Há alternativas mais seguras.	Elevado
Amfetaminas excluindo o metil-fenidato e anorexígenos (Sem AIM)	Efeitos estimulantes do SNC	Elevado
Estrogénios orais	Evidência de carcinogenicidade potencial (cancro da mama e do endométrio) e ausência de efeito protector cardiovascular, na mulher idosa.	Ligeiro

AIM – Autorização de Introdução no Mercado; (+) – associação; RAMs – reacções adversas; SNC – sistema nervoso central; BDZ – benzodiazepina; HAD – hormona antidiurética; AAS – ácido acetilsalicílico; AINEs – anti-inflamatórios não esteróides; COX₂ – ciclooxigenase 2; HTA – hipertensão; IR – insuficiência renal; ‡ AINEs sem selectividade para a COX2 mas com maior afinidade para a COX1; * não incluídos explicitamente nos Critérios de Beers, mas pertencem aos grupos neles mencionados; † estão incluídos nos respectivos grupos farmacoterapêuticos no *Prontuário Terapêutico*³⁷; ** - indicado como laxante; *** - indicado na enxaqueca. †% Lormetazepam*, Midazolam* - sem indicação no idoso nas doses máximas.

Quadro 2 – Medicamentos Potencialmente Inapropriados Considerando a Patologia

PATOLOGIA	FÁRMACOS E GRUPOS	PREOCUPAÇÕES	GRAU
IC.	Disopiramida, Fármacos com teor elevado em Na ⁺ , Sais de Na ⁺ (alginato, bicarbonato bifosfonato, citrato, fosfato)	Efeito inotrópico negativo. Podem potenciar a retenção hídrica e exacerbar a IC.	Elevado
H.T.A.	Fenilpropanolamina(Sem AIM), Pseudoefedrina, Produtos dieta, Anfetaminas	Pode aumentar a PA por actividade simpaticomimética.	Elevado
Úlcera gástrica/ duodenal	AAS > 325mg e AINEs (excepto Coxibs)	Pode exacerbar úlceras existentes ou induzir novas úlceras.	Elevado
Convulsões/ epilepsia	Clozapina, Clorpromazina, Tioridazina, Tiotixeno (Sem AIM)	Pode baixar o limiar convulsivo.	Elevado

Alteração da coagulação/ toma A.C.O.	AAS, AINEs: Aceclofenac* , Acemetacina* , Ác. mefenâmico* , Ác. Niflúmico* , Ác. Tiaprofênico* , Azapropazona* , Bendazac* , Cetoprofeno* , Dexcetoprofeno* , Dexibuprofeno* , Diclofenac* , Etodolac* , Etofenamato* , Fenbufeno* , Fentiazac* , Flurbiprofeno* , Ibuprofeno* , Indometacina* , Lornoxicam* , Meloxicam* ‡ , Nabumetona* ‡ , Naproxeno , Nimesulida* ‡ , Piroxicam , Proglumetacina* , Sulindac* , Tenoxicam* Coxibs: Celecoxib* , Eterocoxib* Dipiridamol, Ticlopidina, Clopidogrel	Pode prolongar os tempos de coagulação, aumentar o INR ou inibir a agregação plaquetária conduzindo a uma aumento do potencial hemorrágico.	Elevado
Obstrução urinária	Anticolinérgicos e anti-histamínicos (Ver Quadro 1), Antispasmódicos gastrintestinais (Ver Quadro 1), Relaxantes musculares (Ver Quadro 1), Oxibutinina, Flavoxato, Anticolinérgicos (Ver Quadro 1), Antidepressivos, Descongestionantes: Pseudoefedrina, Tolterrodina	Pode reduzir o fluxo urinário conduzindo a retenção urinária.	Elevado
Incontinência de stresse	Bloqueadores alfa adrenérgicos: Doxazosina, Prazosina, Terazosina, Anticolinérgicos (Ver Quadro 1), Antidepressivos tricíclicos : Amitriptilina, Clomipramina* (38), Doxepina (Sem AIM), Imipramina, Nortriptilina* (38), Trimipramina* (38)	Pode induzir poliúria e agravar a incontinência urinária.	Elevado
Arritmias	Antidepressivos tricíclicos: Amitriptilina, Clomipramina* (38), Doxepina (Sem AIM), Imipramina, Nortriptilina* (38), Trimipramina* (38)	Efeitos pró-arritmicos e capacidade de prolongar o intervalo QT.	Elevado
Insónia	Descongestionantes: Pseudoefedrina, Aminofilina* , Teofilina, Metilfenidato, IMAOs (41): Moclobemida* Anfetaminas (Sem AIM)	Efeito estimulante do SNC.	Elevado
Doença de Parkinson	Metoclopramida, Antipsicóticos convencionais (37, 38, 40, 41): Amisulprida* , Ciamemazina* , Cloroprosulmazina* , Flufenazina* , Flupentixol* , Haloperidol* , Levomepromazina* , Melperona* , Pimozida* , Sulpirida* , Tiaprida* , Zuclopentixol* Tacrina (Sem AIM)	Pelos efeitos antidopaminérgicos/ colinérgicos.	Elevado

Alteração cognitiva	Barbitúricos, Anticolinérgicos (Ver Quadro 1), Antispasmódicos (Ver Quadro 1), Relaxantes musculares (Ver Quadro 1), Estimulantes do SNC: Anfetaminas (Sem AIM), Metilfenidato, Pemolina (Sem AIM)	Por efeitos de alteração do SNC.	Elevado
Depressão	BDZ usadas prolongadamente Simpaticolítics: Metildopa, Reserpina (Sem AIM), Guanetidina (Sem AIM)	Pode induzir ou agravar a depressão.	Elevado
Anorexia/ malnutrição	Estimulantes do SNC: Anfetaminas (Sem AIM), Fluoxetina, Metilfenidato, Pemolina, (Sem AIM)	Pelos efeitos depressores do apetite.	Elevado
Síncope/ quedas	BDZ de curta acção (Ver Quadro 1) e de acção intermédia: Loprazolam* Antidepressivos tricíclicos: Amitriptilina, Clomipramina* (38), Doxe-pina (Sem AIM), Imipramina, Nortriptilina* (38), Trimipramina* (38)	Pode ocasionar ataxia, alteração psicomotora, síncope e quedas adicionais.	Elevado
SIHAD/ hiponatremia	SSRIs (41): Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina	Pode exacerbar ou causar SIHAD.	Ligeiro
Doença convulsiva	Bupropiona	Pode reduzir o limiar convulsivo.	Elevado
Obesidade	Psicoléptico (41): Olanzapina	Pode estimular o apetite e aumentar o peso.	Ligeiro
DPOC	BDZ de longa duração de acção (Ver quadro 1). Bloqueadores beta adrenérgicos: propranolol	RAMs no SNC. Pode induzir depressão respiratória. Pode exacerbar ou provocar depressão respiratória.	Elevado
Obstipação crónica	Bloqueadores dos canais do cálcio: Nimodipina (a) Anticolinérgicos (Ver Quadro 1), Antidepressivos tricíclicos: Amitriptilina, Clomipramina* (38), Doxepina (Sem AIM), Imipramina, Nortriptilina* (38), Trimipramina* (38)	Pode agravar a obstipação.	Ligeiro

I.C. – insuficiência cardíaca; Na⁺ - sódio; H.T.A. – hipertensão; A.C.O. – anticoagulantes orais; SIHAD – secreção inapropriada de hormona antidiurética; DPOC – doença obstrutiva pulmonar crónica; BDZ – benzodiazepinas; SNC – sistema nervoso central; SSRIs – inibidores selectivos da recaptção da serotonina; * - substâncias incluídas face aos grupos mencionados nos Critérios de Beers e que possuem AIM em Portugal³⁶ (a) por falta de explicitação na escala de Beers só se incluem os bloqueadores dos canais do cálcio em que o Prontuário Terapêutico indica alteração do trânsito intestinal^{36, 37}

ANEXO II - Formulário

Gestão do Regime Medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade

FORMULÁRIO

Formulário nº _____

Código de Utente _____

Morada _____

Entrevistador _____

QUEM RESPONDE AO FORMULÁRIO (ASSINALE APENAS UMA)

1 – O próprio

2 – Familiar ou pessoa significativa

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

EM CASO DE NÃO REALIZAÇÃO ESPECIFICAR O MOTIVO

1. Família ausente

2. Recusa

3. Interrompida/incompleta

4. Outros (especifique) _____

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Informação pessoal	
Sexo:	1 - Masculino 2 - Feminino
Idade:	1 - [80-85] 2 - [86-90] 3 - [91-95] 4 - [96-100] 5 - > 100
Estado civil:	1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Divorciado 5 - União de facto 6 - NS/NR
Nível de instrução:	1 - Analfabeto 2 - 1º Ciclo 3 - 2º Ciclo 4 - 3º Ciclo 5 - Ensino secundário 6 - Licenciado 7 - Mestre/Doutor
Pessoas com quem coabita:	Nº pessoas _____ 1 - Vive sozinho 2 - Conjugue 3 - Filhos 4 - Netos 5 - Pais ou sogros 6 - Irmãos ou cunhados 7 - Outros familiares 8 - Amigos 9 - Outro _____
Dependência	
Existência de um prestador de cuidados:	1 - Sim 2 - Não
Situação económica:	1 - Dependente 2 - Independente
Caraterísticas da família	
	Teste de Graffar
Nível socio-profissional	1 - Executivos, quadros superiores, grandes proprietários/industriais 2 - Licenciados, quadro médios; proprietários/industriais, comerciantes 3 - Ajudantes técnicos, funcionários, encarregados/capatazes, escriturários; pequenos proprietários/industriais 4 - Operários especializados, motoristas, polícias 5 - Trabalhadores manuais não qualificados
Nível de instrução	1 - Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). 2 - Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). 3 - Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). 4 - Ensino primário completo 5 - Ensino primário incompleto (um ou dois anos de escola, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).
Rendimento familiar	1 - Bens herdados ou adquiridos 2 - Lucros, cargos bem remunerados 3 - Vencimento mensal fixo 4 - Salário por tarefa ou não fixo 5 - Assistência social
Tipo de habitação	1 - Casa ou andar de luxo 2 - Casa ou andar espaçoso e confortável 3 - Casa ou andar modesto em bom estado de conservação 4 - Casa ou andar modesto em mau estado de conservação 5 - Alojamento sem condições

Bairro residencial	1 – Bairro elegante			
	2 – Bairro bom, confortável			
	3 – Bairro de ruas estreitas e construção antiga			
	4 – Bairro operário, populoso e desvalorizado pela vizinhança			
	5 – Zona suburbana insalubre, bairro da lata			
		Pontuação		
APGAR familiar		Quase Sempre	Às Vezes	Quase Nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa.		2	1	0
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum, e partilha comigo a resolução do problema.		2	1	0
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.		2	1	0
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		2	1	0
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		2	1	0
		Pontuação		

SAÚDE MENTAL			
Mini Mental State Examination (Folstein et al. 1975 adaptado por Guerreiro et al. 1994)		Parc	Tot
Orientação (1 ponto por cada resposta correta)	Em que ano estamos?		
	Em que mês estamos?		
	Em que dia do mês estamos?		
	Em que dia da semana estamos?		
	Em que estação do ano estamos?		
	Em que país estamos?		
	Em que distrito vive?		
	Em que terra vive?		
	Em que casa estamos?		
	Em que andar estamos?		
Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)	“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.” Pera + Gato + Bola		
Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Para ao fim de 5 respostas	“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar” 30 _ 27 _ 24 _ 21 _ 18 _ 15 _		

Evocação (um ponto por cada resposta correta)	“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar” Pera + Gato + Bola		
Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)	1- “Como se chama isto” Mostrar os objetos: Relógio + Lápis		
	2- “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”		
	3- “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”) Pega com a mão direita + Dobra ao meio + Coloca onde deve		
	4-“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto lê-se a frase.		
	5-“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.		
Habilidade construtiva (um ponto pela copia correta)	Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.		
			Pontuação final

Capacidade Funcional

Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007)

Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda 1 Faz tudo exceto o trabalho pesado 2 Só faz tarefas leves 3 Necessita de ajuda para todas as tarefas 4 Incapaz de fazer qualquer tarefa 5	
Lavar a roupa	Lava a sua roupa 1 Só lava pequenas peças 2 É incapaz de lavar a roupa 3	
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda 1 Prepara se lhe derem os ingredientes 2 Prepara pratos pré cozinhados 3 Incapaz de preparar refeições 4	
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda 1 Só faz pequenas compras 2 Faz as compras acompanhado 3 É incapaz de ir às compras 4	
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade 1 Só liga para lugares familiares 2 Necessita de ajuda para o usar 3	

	Incapaz de usar o telefone 4	
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz 1 Só anda de táxi 2 Necessita de acompanhamento 3 Incapaz de usar o transporte 4	
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc. 1 Só em pequenas quantidades de dinheiro 2 Incapaz de utilizar o dinheiro 3	
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação 1 Necessita que lhe preparem a medicação 2 Incapaz de se responsabilizar pela medicação 3	
		Pontuação final

Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias (Mahoney & Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007)		
Higiene pessoal	0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal 5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
Evacuar	0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) 5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) 10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)	
Urinar	0 = Incontinente ou algaliado 5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) 10 = Contínente (por mais de 7 dias)	
Ir à casa de banho (uso de sanitário)	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho 10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
Alimentar-se	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. 10 = Independente (a comida é providenciada)	
Transferências (cadeira /cama)	0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se 5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se 10 = Pequena ajuda (verbal ou física) 15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
Mobilidade (deambulação)	0 = Imobilizado 5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. 10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) 15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	
Vestir-se	0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda 10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	

Escadas	0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	
Banho	0 = Dependente 5= Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	
		Pontuação final

Diagnósticos associados			
Artrite ou reumatismo 1 – Sim 2 - Não		Dislipidemia 1 – Sim 2 - Não	
Glaucoma/Cataratas 1 – Sim 2 - Não		Doença dos rins 1 – Sim 2 – Não	
Asma/Bronquite/DPOC 1 – Sim 2 - Não		Doença do fígado 1 – Sim 2 – Não	
Hipertensão arterial 1 – Sim 2 - Não		Doença do sistema urinário 1 – Sim 2 – Não	
Diabetes 1 – Sim 2 - Não		Antecedentes de AVC 1 – Sim 2 – Não	
Problemas cardíacos 1 - Sim 2 - Não		Doença de Parkinson 1 – Sim 2 – Não	
Problemas circulatórios 1 – Sim 2 - Não		Doenças da pele 1 – Sim 2 – Não	
Problemas gástricos 1 – Sim 2 - Não		Doença psiquiátrica 1 – Sim 2- Não	
Doença oncológica 1 – Sim 2 - Não		Doença degenerativa 1 – Sim 2 – Não	

Consciencialização sobre a saúde			
Tem alguma das seguintes doenças?			
Artrite ou reumatismo 1 – Sim 2 - Não		Dislipidemia 1 – Sim 2 - Não	
Glaucoma/Cataratas 1 – Sim 2 - Não		Doença dos rins 1 – Sim 2 – Não	
Asma/Bronquite/DPOC 1 – Sim 2 - Não		Doença do fígado 1 – Sim 2 – Não	
Hipertensão arterial 1 – Sim 2 - Não		Doença do sistema urinário 1 – Sim 2 – Não	
Diabetes		Antecedentes de AVC	

1 – Sim 2 - Não		1 – Sim 2 – Não	
Problemas cardíacos 1 - Sim 2 - Não		Doença de Parkinson 1 – Sim 2 – Não	
Problemas circulatórios 1 – Sim 2 - Não		Doenças da pele 1 – Sim 2 – Não	
Problemas gástricos 1 – Sim 2 - Não		Doença psiquiátrica 1 – Sim 2- Não	
Doença oncológica 1 – Sim 2 - Não		Doença degenerativa 1 – Sim 2 – Não	

Como está a sua visão mesmo com óculos ou lentes de contacto? 1 – Muito boa 2 – Boa 3 – Regular 4 – Mal 5 – Está cego 0 – NS/NR	
Como está a sua audição? 1 – Muito boa 2 – Boa 3 – Regular 4 – Mal 5 – Não ouve 0 – NS/NR	
Quantas vezes recorreu ao seu médico de família, nos últimos 6 meses?	
Quantas vezes recorreu ao seu enfermeiro de família, nos últimos 6 meses?	
Quando está doente a quem recorre normalmente? 1 – USF 2 – SASU 3 – Hospital 4 – Instituição privada 5 – Outro _____	
Nos últimos 6 meses, quantos dias esteve tão doente que foi incapaz de fazer as AVDs?	
Quantos dias, nos últimos 6 meses, esteve internado no hospital com problemas físicos?	
Precisa de mais cuidados ou tratamentos de saúde do que os que recebe? 1 – Sim 2 – Não 0 – N/R	
Como avalia a sua saúde em geral neste momento? 1 – Muito boa 2 – Boa 3 – Regular 4 – Má 0 – NS/NR	
Comparando com há 5 anos como classifica a sua saúde? 1 – Melhor 2 – Igual 3 – Pior 0 – NS/NR	

GESTÃO/ ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO

Vacinação

A vacinação antitetânica 1 – Sim 2 – Não	
Vacinação anti influenza no último ano 1 – Sim 2 – Não	

Gestão do regime medicamentoso

Fármacos	Que medicamento tomou nesta última semana (com dosagem)?	Quantos dias tomou?	Quantas vezes por dia?	Quantos comprimidos de cada vez?	Quantas vezes se esqueceu de tomar o comprimido?

Ter dinheiro para comprar a medicação: 1 – Sim 2 – Não	
Cumprir com o horário das tomas : 1 Sim 2 – Não	
Manter o conhecimento sobre os fármacos: 1 – Sim 2 – Não	
Lembrar quando chega a hora: 1 – Sim 2 – Não	
Organizar para tomar fora de casa (não planeou): 1 – Sim 2 – Não	
Estar muito ocupado: 1 – Sim 2 Não	
Adormecer antes da hora certa: 1 – Sim 2 – Não	

Que razões o levam, por vezes, a não tomar a medicação ou a parar com a medicação?	
Tomar muita medicação junta: 1 – Sim 2 – Não	
Os efeitos secundários do fármaco: 1 – Sim 2 – Não	
Estar preocupado com a habituação face ao fármaco 1 – Sim – Não	
Não gostar de tomar medicamentos: 1 – Sim – Não	
Quando já se sente bem. 1 – Sim 2 – Não	
Duvidar da eficácia da medicação: 1 – Sim 2 - Não	
Não querer misturar o fármaco com álcool: 1 – Sim 2 – Não	
Não gostar de pensar que está doente: 1 – Sim 2 – Não	
Sentir-se pior quando toma o medicamento: 1 – Sim 2 – Não	
O fármaco não estar a fazer efeito. 1 – Sim 2 – Não	
O tratamento ser demasiado longo: 1 – Sim 2 – Não	
Por estar deprimido(a): 1 – Sim 2 – Não	
Preguiça em tomar os medicamentos:	

	1 – Sim 2 – Não	
	Não ter apoio emocional: 1 – Sim 2 – Não	
	Não lhe explicarem para que serve: 1 – Sim 2 – Não	
	Outro:	

Medida de adesão aos tratamentos - MAT (Delgado e Lima, 2001)						
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
2 - Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
3 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
4 - Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
5 - Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
6 - Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	
1	2	3	4	5	6	
					Pontuação final	

ANEXO III – Pedido ao Conselho Clínico e de Saúde do ACES Porto Oriental

Exmo. Conselho Clínico e de Saúde do
ACES Porto Oriental.

António Joaquim Rocha Festa, inscrito na Ordem dos Enfermeiros com o n.º 4-E-34016, com o Cartão de Cidadão n.º 07716501, email festaster@gmail.com, telefone n.º 925598560, Com o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária e o Título de Especialista em Enfermagem conforme o disposto no Decreto-Lei nº 206/2009, de 31 de Agosto, a exercer funções na ARS Norte - ACES Porto Oriental - USF Faria Guimarães, com Contrato de Trabalho em Funções Públicas por Tempo Indeterminado, aluno do VIII Curso de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, vem por este meio solicitar a V. Ex.ª se digne a apreciar e aprovar a realização de um trabalho de investigação com a aplicação de um formulário, nas unidades funcionais do ACES Porto Oriental no âmbito da realização da tese de doutoramento, subordinada ao tema "Gestão do Regime Medicamentoso nos agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade", sob a orientação da Srª Professora Doutora Margarida Vieira, projeto a desenvolver nos Idosos inscritos nas Unidades Funcionais do ACES Porto Oriental, com a finalidade que os resultados contribuam para o implemento de medidas preventivas e assistenciais.

Junto para o efeito em anexo ao requerimento os seguintes documentos:

- Formulário
- Projeto de Investigação
- Cronograma
- Termo de consentimento informado
- Currículo vitae
- Declaração de compromisso de apresentação/divulgação do estudo ao ACES Porto Oriental
- Declaração de frequência do Curso de Doutoramento em Enfermagem
- Registo Definitivo do Projeto

Nota: Declaro que os dados obtidos são confidenciais e só serão usados neste estudo.

Caso o parecer seja favorável, solicito que o pedido à Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, seja submetido através do Conselho Clínico e de Saúde do ACES Porto Oriental

Pede deferimento

Porto, 5 de Julho de 2014

António Joaquim Rocha Festa

ANEXO IV – Pedido à Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Porto, IP

etica <etica@arsnorte.min-saude.pt>
Para: festaster@gmail.com

28 de julho de 2014 14:14

Prezado Investigador

O estudo supra-referenciado vai ser presente à Comissão de Ética no dia de amanhã. Seria necessário, no entanto, que ainda hoje pudesse enviar-nos os seguintes documentos e esclarecer as questões abaixo:

- Declaração de aceitação do orientador da tese
- Declaração de envio do relatório final à Comissão de Ética
- Clarificar o procedimento a realizar para obter os participantes no estudo, tendo em conta os aspetos éticos que se colocam.
- Clarificar no consentimento informado do utente a assinatura de outro que não o próprio (responsável legal?)
- Clarificar, se das escalas que constam no formulário, alguma carece de autorização dos autores para as utilizar.

Na expectativa da V/ breve resposta, apresento os meus respeitosos cumprimentos,

Ana Paula Guedes

Assessoria CES/UIC



António Joaquim Rocha Festa <festaster@gmail.com>
Para: etica <etica@arsnorte.min-saude.pt>

29 de julho de 2014 10:51

Exmo(s) Sr.(s)

Em resposta ao solicitado junto anexo o seguinte:

- Registo definitivo do projeto onde consta o parecer da orientadora da tese, no entanto será enviado atempadamente a declaração da aceitação, uma vez que de momento se encontra de férias.
- Declaração do envio do Relatório Final à Comissão de ética
- Consentimento informado, onde consta no final os dados para preenchimento, caso o próprio não possa responder, pelo representante legal

Mais informo que para a obtenção do consentimento para a realização da visita domiciliária, da amostra em estudo, será feito um telefonema prévio e se necessário com a colaboração do enfermeiro de família, onde será esclarecido o objetivo da visita.

Em relação às escalas que constam no estudo, considere que uma vez que já estão validadas na população portuguesa e de uso regular nos estudos, não enviei a autorização dos autores, no entanto será enviado atempadamente.

Cumprimentos

António Festa

ANEXO V – Compromisso do envio do relatório final e apresentação da investigação
à Administração Regional de Saúde do Norte e Conselho Clínico e de Saúde do ACES
Porto Oriental

Eu, António Joaquim Rocha F&K
Interno/estagiário/aluno de VIII Curso de Doutoramento, na
Unidade Saúde familiar família comunitária do ACeS Porto Oriental,
no período compreendido entre 17/2014 e 17/2015 declaro aceitar apresentar
o trabalho que irei realizar, no fim do período de ~~formação~~ investigação, bem como me
comprometo a enviar em formato digital (pdf) o mesmo, ao Conselho Clínico e de Saúde do
ACeS Porto Oriental para repositório de conhecimento.

E-mail para o envio de dados:

acesporto-oriental@csparanhos.min-saude.pt OU pcc@csparanhos.min-saude.pt

Porto, 5 de febril de 2014

António Joaquim Rocha F&K
(assinatura)



Eu, Amir Joaquim Rocha Costa

aluno do VIII Curso de Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, a exercer funções na Unidade de Saúde Familiar Faria Guimarães do ACeS Porto Oriental, Declaro o compromisso de enviar em formato digital (pdf) o relatório final da Investigação para a Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Porto, 28 de Julho de 2014

ANEXO VI – Pedidos e autorizações dos autores das escalas para utilização no estudo

labling <labling@medicina.ulisboa.pt>

15 de setembro de 2014 11:20

Para: António Joaquim Rocha Festa <festaster@gmail.com>

Bom dia

Em resposta ao seu mail, autorizo a utilização do MMSE para fins científicos.

Junto envio o resumo sobre a validação e chama-se "Adaptação à população portuguesa do "Mini Mental State Examination" (MMSE). M Guerreiro, AP Silva, MA Botelho, O Leitão, A Castro-Caldas, C Garcia. Revista Portuguesa de Neurologia, Reunião da Primavera da Soc. Port. de Neurologia, Coimbra, 20-21 Maio de 1994, Supl. Nº 1, 9-10.

Junto envio dois artigos do Laboratório de Estudos de Linguagem (ingles e portugues) com os novos valores do MMSE aferidos à nossa população e pode utilizar-se o mais antigo e/ou os dois.

Se precisar de qualquer outro esclarecimento relacionado com este assunto, pode voltar a contactar-me.

Com os cumprimentos.

Manuela Guerreiro

----- Mensagem encaminhada -----

De: António Joaquim Rocha Festa <festaster@gmail.com>

Data: 19 de Agosto de 2014 às 12:38

Assunto: Pedido de autorização para utilização de instrumento de avaliação

Para: mmgguerreiro@gmail.com

Exma. Sr.ª Professora Doutora Manuela Guerreiro

Chamo-me António Joaquim Rocha Festa, sou aluno de Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

O meu projeto de investigação do doutoramento é intitulado de " Gestão do Regime Medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade", cujo o objetivo geral é Identificar as estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso pelas pessoas que integram agregados familiares com 80 ou mais anos de idade, inscritos nas Unidades de Saúde do ACES Grande Porto VI – Porto Oriental.

Na revisão que efetuei, alguns dos estudos realizados em Portugal, verifiquei que a escala se encontra validada e que a autora é a Sra. Professora. Uma vez que consideramos o Mini-exame do estado mental um instrumento de avaliação de eleição para o estudo efectuado, venho assim solicitar a V. Ex.ª, autorização para utilizar o respetivo instrumento de avaliação.

Os melhoes Cumprimentos

António Festa

António Joaquim Rocha Festa <festaster@gmail.com>
Para: luisa.lima@iscte.pt

19 de agosto de 2014 12:33

Exma. Sr.^a Professora Doutora Maria Luisa Lima

Chamo-me António Joaquim Rocha Festa, sou aluno de Doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

O meu projeto de investigação do doutoramento é intitulado de “Gestão do Regime Medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade”, cujo o objetivo geral é Identificar as estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso pelas pessoas que integram agregados familiares com 80 ou mais anos de idade, inscritos nas Unidades de Saúde do ACES Grande Porto VI – Porto Oriental.

Na literatura consultada tomamos contato com a medida de adesão ao tratamento (MAT).

Uma vez que consideramos ser um dos instrumento de avaliação de eleição para o estudo efectuado, que a escala se encontra validada e que a autora é a Sra. Professora, juntamente com Sr. Doutor Artur Barata Delgado., venho assim por este meio, solicitar a V. Ex., autorização para utilizar a MAT na recolha de dados.

Os melhoes Cumprimentos

António Festa

Lúisa Lima <luisa.lima@iscte.pt>
Para: António Joaquim Rocha Festa <festaster@gmail.com>

3 de setembro de 2014 11:02

Caro António Festa,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação :

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças, 1*, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luisa

[Texto das mensagens anteriores oculto]

--

Luisa Pedroso de Lima
Professora Catedrática
Departamento de Psicologia Social e das Organizações
Escola de Ciências Sociais e Humanas do ISCTE-IUL

António Joaquim Rocha Festa <festaster@gmail.com>
Para: carlossequeira@esenf.pt

19 de agosto de 2014 12:29

Exmo. Sr.º Professora Doutor Carlos Cequeira

Chamo-me António Joaquim Rocha Festa, sou aluno de Doutoramento em Enfermagem, no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

O meu projeto de investigação do doutoramento é intitulado de “Gestão do Regime Medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade”, cujo o objetivo geral é Identificar as estratégias adotadas na gestão do regime medicamentoso pelas pessoas que integram agregados familiares com 80 ou mais anos de idade, inscritos nas Unidades de Saúde do ACES Grande Porto VI – Porto Oriental.

Na literatura consultada tomamos contato com o Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007) e o Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias (Mahoney & Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007)

Uma vez que consideramos serem instrumentos de avaliação de eleição para o estudo efectuado, que a escala se encontra validada e que o autor dos mesmos é o Sr. Professor, venho assim solicitar a V. Ex., autorização para utilizar as respetivas escalas

Os melhoes Cumprimentos

António Festa

Carlos Sequeira <carlossequeira@esenf.pt>
Para: António Joaquim Rocha Festa <festaster@gmail.com>

21 de agosto de 2014 15:37

Caro António Festas, boa tarde.

Conforme solicitado informo que, está autorizado a utilizar as versões do Barthel e do Lawton, validadas pelo Prof. Carlos Sequeira no seu trabalho de investigação.

Os instrumentos devem ser utilizados na íntegra e não podem ser adulterados.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010.

<http://www.mundolivro.net/v1/detalhe01.php?id=60646&classificar=s>

<http://www.fnac.pt/Cuidar-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a324180>

<http://www.bertrand.pt/ficha/cuidar-de-idosos?id=9631738>

No entanto, se persistir alguma dúvida não hesite em contactar-me.

Saliento que se trata de instrumentos para avaliação clínica dos idosos. O Índice de Lawton é muito sensível às questões de género, pelo que requer a adaptação das atividades instrumentais ao contexto operacional de cada idoso, principalmente do sexo masculino.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,

Carlos Sequeira

ANEXO VII – Consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM
INVESTIGAÇÃO**
de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao investigador se não estiver completamente esclarecido. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Este documento é feito em duplicado, sendo que uma das cópias ficará com o participante e outra com o investigador.

Título do estudo: O estudo que se pretende realizar através deste trabalho é um estudo quantitativo, do tipo observacional e transversal, que se intitula “Gestão do Regime Medicamentoso em agregados familiares de pessoas com 80 ou mais anos de idade”

Enquadramento: Este estudo está inserido no âmbito de um trabalho de investigação de doutoramento integrado no Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde da Universidade Católica Portuguesa sendo o investigador António Joaquim Rocha Festa, sob orientação da Prof.^a Doutora Margarida Vieira.

A população idosa em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos, bem como a população idosa que vive só ou em companhia exclusiva de pessoas também idosas

As pessoas com 80 ou mais anos de idade, estão habitualmente mais vulneráveis a um conjunto de problemas de saúde decorrentes da conjugação de vários fatores pessoais, económicos, sociais e ambientais. Com o aumento da idade aumenta também as doenças crónicas e por sua vez o aumento de fármacos prescritos. Uma gestão ineficaz de regimes medicamentosos implica consequências, muitas vezes graves, nos estado de saúde das pessoas

Explicação do estudo

O objetivo deste estudo é identificar as estratégias utilizadas na gestão do regime medicamentoso nos idosos com 80 ou mais anos de idade, inscritos no ACES Porto Oriental. Para alcançar o objetivo proposto, é necessário que responda a um formulário e execute alguns testes para avaliação do seu estado físico e mental com vista à recolha de informação.

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinki_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Todas as respostas serão analisadas no sentido de discutir estratégias que possam contribuir para a melhoria dos cuidados através da minimização/satisfação das dificuldades e necessidades encontradas.

Condições e financiamento: Todos os custos relacionados com o estudo serão suportados pelo investigador. Este estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte.

Confidencialidade e anonimato:

Todos os dados pessoais e a informação recolhida são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo e não serão identificados em nenhuma publicação dos resultados. A sua participação é voluntária e é livre de recusar ou abandonar o estudo, quando desejar. De realçar que a não participação no estudo não irá interferir no seu atendimento e acompanhamento realizada pelas unidades de saúde das quais faz parte.

Sempre que pretenda qualquer esclarecimento, dúvida ou informação tem à disposição os seguintes contatos: Telefone – 925598560 e E-mail – afesta@csparanhos.min-saude.pt

Agradeço a sua colaboração
O responsável pela investigação

Ass _____ Data _____
António Joaquim Rocha Festa (Enfermeiro/Doutorando)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que abaixo assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR INCAPACIDADE (RESPONSÁVEL LEGAL)	
NOME: _____	
BI/CD N° _____	DATA OU VALIDADE ___/___/___
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO : _____	
ASSINATURA: _____	

