



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO E DA GESTÃO DO REGIME
TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO DAS PESSOAS
IDOSAS DEPENDENTES**

**EVALUATION OF THE ADHERENCE AND THERAPEUTIC DRUG REGIME
MANAGEMENT OF ELDERLY DEPENDENT**

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

Lígia Eduarda Pereira Monterroso

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2015



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**AVALIAÇÃO DA ADESÃO E DA GESTÃO DO REGIME
TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO DAS PESSOAS IDOSAS
DEPENDENTES**

**EVALUATION OF THE ADHERENCE AND THERAPEUTIC DRUG REGIME
MANAGEMENT OF ELDERLY DEPENDENT**

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

Lígia Eduarda Pereira Monterroso

Sob a orientação de: Professor Doutor Luís Sá

Sob a Coorientação de: Professora Doutora Natércia Joaquim

Instituto de Ciências da Saúde

Outubro, 2015

Para a Rita, a Joana e o Miguel

AGRADECIMENTOS

Às minhas filhas **Rita** e **Joana** e ao meu marido **Miguel**, que foram os pilares fundamentais para que as ausências da mãe fortalecessem os laços que os une.

À minha **mãe** e ao meu **irmão Pedro**, que incessantemente leram e criticaram os meus escritos.

À **Carla Marinho**, que me acompanhou, apoiou e acreditou na realização deste sonho.

À **Dalila Alves** pelas guaridas e apoio incondicional no percurso curricular.

À **Professora Doutora Natércia Joaquim**, que amavelmente aceitou o meu desafio e, nas horas de maior desalento, acreditou que este dia chegaria.

Ao **Professor Doutor Luís Sá**, que tem acompanhado o meu percurso desde o dia em que sonhei ser Enfermeira.

À **Professora Doutora Ana Almeida**, na qualidade de diretora da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve, pelo seu apoio e carinho.

A todos os colegas da **Administração Regional de Saúde do Algarve** que me apoiaram e ajudaram na elaboração deste trabalho.

E por últimos, senão os mais importantes: a todos os **Idosos** e seus **familiares** que abriram as portas dos seus lares, partilharam as suas experiências e continuam a acreditar que este estudo poderá trazer melhorias para toda uma população e contribuir para a construção de mentalidades.

RESUMO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que tem vindo a ser observado em todo o mundo, particularmente na Europa. A idade avançada, apesar de não ser considerada uma doença, contribui substancialmente para o consumo dos cuidados de saúde e o seu respetivo custo, sendo que a medicação representa uma parte considerável desse montante. Verifica-se que os idosos são polimedicados, tendo por vezes mais que um prescritor e não existindo, desse modo, um acompanhamento adequado da gestão do regime terapêutico medicamentoso. A polimedição dos idosos é, de fato, um problema que justifica uma investigação na área da adesão ao regime terapêutico e tem motivado um interesse crescente, dadas as importantes repercussões que a falta de cumprimento do tratamento assume na saúde.

O propósito desta pesquisa foi estudar a gestão e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso (ARTM) dos idosos integrados nas equipas de cuidados continuados integrados (ECCI) domiciliários da região do Algarve, bem como os fatores que os condicionam.

Optou-se pela realização de um estudo observacional, transversal e correlacional, em que se procurou conhecer a associação entre os conceitos, utilizando-se para o efeito um questionário composto por três escalas de medida, validadas para a população portuguesa: a medida de adesão ao tratamento (MAT), que permite caracterizar os hábitos e crenças sobre a toma da medicação; o método de avaliação biopsicossocial (MAB), que consiste em qualificar estados biopsicossociais e funcionais, bem como em descrever e detetar perturbações da funcionalidade; e a escala da depressão geriátrica (EDG), cujo resultado possibilitará o esclarecimento do estado de depressão do idoso.

Foi considerada a MAT como sendo a variável dependente. A amostra foi constituída por 198 idosos apoiados pelas ECCI, em contexto domiciliário, no período do estudo (transcorrido entre maio de 2012 e maio de 2013), com uma média de idades entre $80,4 \pm 8,1$ anos e sendo maioritariamente do género feminino. Dos resultados do MAB destaca-se que 67,2% das pessoas apresentam incapacidades na locomoção, 62,1% dependem de apoio na autonomia física e 86,4% não são independentes na autonomia instrumental. Verificou-se que, comparativamente com outros estudos com populações similares, o índice de depressão nesta população é muito elevado ($7,64 \pm 3,94$). Por seu lado, no que ao MAT concerne, os resultados revelam que 49% dos idosos não adere ao regime terapêutico medicamentoso.

A análise da associação entre variáveis demonstrou que são vários os fatores condicionantes da ARTM. Verificou-se uma correlação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$) da ARTM com: queixas da saúde, o estado de nutrição, a autonomia instrumental, a depressão, o isolamento social, a aquisição de todos os medicamentos prescritos e a pessoa que adquire a medicação. No seguimento da análise, sugere-se que os mesmos fatores sejam considerados no planeamento de intervenções de enfermagem promotoras da ARTM, podendo ser tomadas medidas de controlo da terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE

Regime Terapêutico; Idoso; Adesão; Cumprimento; Cuidados Continuados.

ABSTRACT

Population ageing is a phenomenon that has been occurring throughout the world, particularly in Europe. Advanced age, although not considered a disease, substantially contributes to the consumption of the healthcare services and budget, medication being a significant item in that budget. It is known that the elderly are polymedicated, sometimes have more than one prescriber and the management of their drug treatment regimen is not properly monitored. Polymedication in the elderly is indeed a problem that justifies research, particularly in the area of adherence to the therapeutic regimen. This is an area that has motivated a growing interest, given the important repercussions that the lack of compliance with treatment may have on health.

The aim of this work was the study of the adherence to and management of the drug regimen (ADR) of the elderly in the Algarve region (Portugal) living at home but taken care of by the integrated continuous care teams, and the factors that affect ADR.

We opted to conduct an observational, cross-sectional and correlational study, and, using a questionnaire composed of three scales of measurement, validated for the Portuguese population, sought to find out the association between the following concepts: the measure of adherence to treatment (MAT), to characterize the habits and beliefs on medication intake; the biopsychosocial assessment method (BAM), to qualify the biopsychosocial and functional states, as well as to describe and detect functionality disturbances; and the geriatric depression scale (GDS), to clarify the status of depression of the elderly.

MAT was considered the dependent variable. The sample consisted of 198 elderly, supported by integrated continuous care teams at home during the study period (between May 2012 and May 2013), with an average age of 80.4 ± 8.1 years, mostly of the female gender. Of the MAB results we highlight that 67.2% of the elderly showed a disability in locomotion, 62.1% depended on support to be physically autonomy and 86.4% had no instrumental autonomy. It was observed that, compared to other studies with similar populations, our population had a very high depression index (7.64 ± 3.94) in this population. MAT results also revealed that 49% of the elderly did not adhere to the medication regimen.

The association analysis between variables showed that there are several conditioning factors of ADR. There is a statistically significant correlation of ADR ($p \leq 0.05$) with: health complaints, nutritional status, instrumental autonomy, depression, social isolation, acquisition of the prescribed medication and the person who acquires the medication. The analysis suggests that these factors must be considered in the planning of nursing interventions to promote ADR and that measures to control the intake of medication may be taken.

KEYWORDS

Therapeutic Regimen; Elderly; Adherence; Compliance; Continuing Care.

LISTA DE SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

ACES	Agrupamentos de centros de saúde
ADR	Adherence to drug regimen
ARS	Administração regional de saúde
ART	Adesão ao regime terapêutico
ARTM	Adesão ao regime terapêutico medicamentoso
BAM	Biopsychosocial assessment method
BNP	Biblioteca nacional portuguesa
B-ON	Biblioteca do conhecimento online
BVS	Biblioteca virtual em saúde
CINAHL	Cumulative index to nursing & allied health literature
CIPE®	Classificação internacional para a prática de enfermagem
CUIDEN®	Base de datos de enfermería cuidados de salud iberoamérica
CSP	Cuidados de saúde primários
DGS	Direção-geral da saúde
DL	Decreto-Lei
DP	Desvio padrão
ECCI	Equipa de cuidados continuados integrados
EDG	Escala de depressão geriátrica
EDG15	Escala de depressão geriátrica, 15 itens
FIG.	Figura
GDS	Geriatric depression scale
ICCT	Integrated continuous care teams
INE	Instituto nacional de estatística
I.P.	Instituição pública
MAB	Método de avaliação biopsicossocial
MAT	Medida de adesão ao tratamento
MEDLINE	Medical literature analysis and retrieval system online
N	Número

OMS	Organização mundial de saúde
P	Significância
pp.	Páginas
PNS	Plano nacional de saúde
RCAAP	Repositório científico de acesso aberto de Portugal
RNCCI	Rede nacional de cuidados continuados integrados
RTM	Regime terapêutico medicamentoso
SCIELO	Scientific electronic library online
SNS	Serviço nacional de saúde
SPSS	Statistical package for social sciences
UCC	Unidade de cuidados na comunidade
VS	Versus

ÍNDICE GERAL

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	7
2.1	Envelhecimento das pessoas.....	7
2.1.1	Envelhecimento demográfico.....	14
2.1.2	Implicações sociais do envelhecimento demográfico.....	17
2.1.3	Pessoa dependente e implicações para os cuidados de saúde.....	20
2.2	Rede Nacional de Cuidados Continuados.....	23
2.2.1	Contextualização.....	23
2.2.2	Equipas de cuidados continuados.....	26
2.2.3	A enfermagem nos cuidados domiciliários.....	28
2.3	Regime Terapêutico Medicamentoso.....	31
2.3.1	Conceito de adesão ao regime terapêutico.....	32
2.3.2	Conceito de gestão do regime terapêutico.....	36
2.3.3	Determinantes da adesão e da gestão.....	37
2.3.4	A adesão e a gestão do regime terapêutico medicamentoso na população portuguesa.....	40
2.3.5	Autocuidado e suas implicações na gestão do regime terapêutico medicamentoso.....	45
3	JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVO DO ESTUDO.....	53
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	57
4.1	Tipo de estudo.....	57
4.2	Crítérios de inclusão e exclusão.....	58
4.3	Amostra.....	59

4.4	Procedimentos de recolha de dados	62
4.4.1	Instrumentos de avaliação	62
	Método de avaliação biopsicossocial.....	63
	Regime terapêutico	64
	Medida de adesão ao tratamento.....	65
	Escala da depressão geriátrica	66
4.5	Análise de dados.....	68
4.6	Questões éticas.....	69
5	RESULTADOS	71
5.1	Caracterização sociodemográfica.....	71
5.2	Perfil biopsicossocial e fármaco-terapêutico	73
5.2.1	Perfil Biológico	74
5.2.2	Perfil Psicológico	78
5.2.3	Perfil Social.....	80
5.2.4	Perfil Fármaco-terapêutico	83
5.3	Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso.....	86
5.3.1	Nível de ARTM.....	86
5.3.2	Relação da ARTM com o Perfil Biológico	87
5.3.3	Relação da ARTM com o Perfil Psicológico	89
5.3.4	Relação da ARTM com o Perfil Social.....	90
5.3.5	Relação da ARTM e o Perfil Fármaco-terapêutico	92
6	DISCUSSÃO	93
7	CONCLUSÕES.....	113
8	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Variação da população mundial de crianças e idosos: 1950-2050.....	15
Figura 2 - Pirâmide etária de Portugal, 2004 e 2014.....	16
Figura 3 – As cinco dimensões da adesão ao regime terapêutico.....	38
Figura 4 – Distribuição dos participantes por ECCL.....	61

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos selecionados da revisão sistemática da literatura.....	44
---	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Descritores de pesquisa com o respetivo código e o número de artigos.	42
Tabela 2 – Número de artigos pesquisados por ano e por palavras-chave*.....	43
Tabela 3 – Localização geográfica dos três ACES do Algarve com a representatividade do estudo.....	61
Tabela 4 – Caracterização psicométrica da Medida de Adesão ao Tratamento.	66
Tabela 5 – Caracterização psicométrica da Escala da Depressão Geriátrica.	67
Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica.	73
Tabela 7 – Associação entre as variáveis do perfil biológico e o género.	75
Tabela 8 – Associação entre as variáveis do perfil biológico e a faixa etária.....	76
Tabela 9 – Associação entre as variáveis do perfil biológico e os ACES.....	77
Tabela 10 – Associação entre as variáveis do perfil psicológico e o género.	78
Tabela 11 – Associação entre as variáveis do perfil psicológico e a faixa etária.	79
Tabela 12 – Associação entre as variáveis do perfil psicológico e os ACES.	80
Tabela 13 – Associação entre as variáveis do perfil social e o género.	81
Tabela 14 – Associação entre as variáveis do perfil social e a faixa etária.	82
Tabela 15 – Associação entre as variáveis do perfil social e os ACES.....	83
Tabela 16 – Associação entre as variáveis ligadas à medicação e o género.	84
Tabela 17 – Associação entre as variáveis ligadas à medicação e a faixa etária.	85
Tabela 18 – Associação entre as variáveis ligadas à medicação e os ACES.....	86
Tabela 19 – Estatística descritiva das questões do MAT.....	87
Tabela 20 – Associação entre as variáveis do perfil biológico e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.	88

Tabela 21 – Associação entre os domínios do perfil psicológico e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.	90
Tabela 22 – Associação entre os domínios do perfil social e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.	91
Tabela 23 – Associação entre as variáveis ligadas à medicação e adesão ao regime terapêutico.	92

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem vindo a verificar-se que a adesão ao regime terapêutico medicamentoso traduz-se em alguma preocupação tanto para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, como para os idosos e suas famílias. Muito embora não seja em si considerada como uma doença, a velhice contribui de sobremaneira para o crescente consumo de cuidados de saúde. Com o avançar da idade evidencia-se um declínio funcional, uma maior frequência de multimorbilidade e, conseqüentemente, elevados níveis de dependência, não raras vezes em simultâneo com a inevitável indução à polimedicação.

Segundo Borges (2009), a medicação revela-se fundamental para o controlo sintomático das doenças que atingem os idosos e para a melhoria da sua qualidade de vida. Nos últimos anos, diversos estudos têm vindo a debruçar-se sobre a problemática da medicação no idoso, nomeadamente a polimedicação, a adesão e a não adesão ao regime terapêutico medicamentoso (ARTM).

A não ARTM revela sempre repercussões a nível pessoal, económico e social, na medida em que contribui para o aumento do número de hospitalizações, para a diminuição da qualidade de vida e, por conseguinte, para o nefasto crescimento da morbilidade e mortalidade, sendo, por essas razões, considerada um dos principais fatores do prognóstico, ao elevar significativamente as probabilidades de recaídas, os números e o tempo dos internamentos (Pereira & Santos, 2011).

A ARTM é um comportamento que revela características muito específicas, nomeadamente a execução de atividades em obediência a um programa de tratamento da doença e das suas complicações (atividades essas consideradas satisfatórias para se atingirem objetivos concretos de saúde) e a integração de um plano de ações orientado para o tratamento ou a prevenção de doença na vida diária.

No que respeita à realidade portuguesa, nas populações estudadas confirma-se a existência de um baixo nível de adesão, relacionado com diferentes fatores, particularmente, a falta de informação, o não acompanhamento, a polimedicação, a

alternância de nomes dos fármacos, a própria forma do fármaco, os efeitos colaterais, os horários, a idade avançada, ou o estado cognitivo e emocional do utente (Almeida, Versani, Dias, Novaes & Trindade, 2007; Machado M., 2009).

Num estudo dirigido à população portuguesa, com o objetivo de se estudarem as atitudes e os comportamentos perante a prescrição médica, os seus autores constataram que algumas condicionantes, como a instabilidade habitacional (o facto de o paciente estar ou não inserido num núcleo familiar estruturado e coeso, associado a um estado conjugal estável), bem como o apoio que o indivíduo eventualmente receberá das suas redes sociais para o cumprimento do tratamento, poderão influenciar a sua conduta no decorrer do mesmo. A baixa ARTM está, evidentemente, também relacionada com a duração e a complexidade da terapêutica (Cabral & Silva, 2010).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) domiciliários com rede de suporte social desempenham um papel central na prestação de cuidados de saúde às pessoas idosas em situação de dependência funcional, em percurso de doença terminal ou em processo de convalescença, em que, embora não requeiram internamento, se encontram impossibilitadas de exercer autonomamente a própria locomoção. É, pois, da competência das ECCI prestar cuidados de saúde de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa. Enquanto prestadores de cuidados de saúde numa ECCI, os seus profissionais deparam-se, não raras vezes, com a problemática da ARTM, nomeadamente nos idosos. Apesar de já mencionado anteriormente, nunca será excessivo reiterar que, não obstante a idade avançada não ser uma doença, de facto as pessoas idosas contribuem significativamente para o consumo de cuidados de saúde e para o seu respetivo custo.

A ARTM é, evidentemente, um dos problemas que preocupa os profissionais das diversas áreas da saúde. É sobejamente conhecido que, para se prevenir, tratar e curar a maioria das patologias, será necessário que a pessoa idosa entenda a necessidade de cumprir criteriosamente o tratamento que lhe é sugerido. As equipas de saúde só podem melhorar a sua atuação se conhecerem bem a realidade de cada área geográfica, de modo a adaptarem eficazmente os seus planos de intervenção à população sob o seu cuidado. Os enfermeiros, em colaboração com uma equipa multidisciplinar, exercem uma ação importante na otimização da adesão ao tratamento e na sua gestão, no âmbito

da pessoa, da família, da comunidade e do sistema de saúde, sendo que o seu desempenho se traduz de forma relevante ao nível do ensino e do apoio prestado para garantir um tratamento eficiente, regular e sistemático.

Por todas as questões abordadas, este estudo partiu da necessidade concreta de conhecer a adesão e a gestão do regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes. Na qualidade de prestadora de cuidados de enfermagem, considerou-se relevante perceber as condições da população carecente de cuidados de saúde, de modo a planear e intervir eficazmente com o real objetivo de, por um lado, potenciar o aumento da qualidade de vida do idoso e de, por outro lado, diminuir o declínio do seu estado geral de saúde causado pelos erros e omissões na gestão do regime terapêutico medicamentoso.

Definiram-se como questões nucleares da investigação:

- Qual o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes integradas nas ECCI da região do Algarve?
- Quais os fatores que condicionam a adesão e gestão do regime terapêutico medicamentoso (RTM)?

Numa tentativa de dar resposta a estas questões, identificou-se como objetivo geral da investigação a avaliação da adesão e da gestão do RTM dos utentes acompanhados pelas ECCI, legitimando os fatores influenciadores da sua não adesão e não gestão com a finalidade de contribuir com conhecimento para a posterior implementação de medidas que promovam a eficácia do RTM, para que prospere a qualidade de vida das pessoas idosas integradas nas ECCI da região do Algarve. E, na expectativa de se alcançarem determinados objetivos específicos, procurou-se: analisar o conhecimento científico produzido sobre a problemática da adesão e gestão do RTM dos idosos; orientar intervenções de enfermagem baseadas no modelo do autocuidado; caracterizar o perfil biopsicossocial dos idosos dependentes; caracterizar o perfil fármaco-terapêutico dos idosos dependentes; identificar o nível de adesão ao RTM dos idosos dependentes; identificar as variáveis com associação à adesão ao RTM dos idosos dependentes; e enumerar estratégias de intervenção para melhorar a adesão e gestão do RTM e se obter indubitáveis benefícios no quadro da saúde.

Com o propósito de se alcançarem todos os objetivos delineados para o estudo, realizou-se um estudo observacional, num desenho transversal e correlacional. No entanto, não se tendo recorrido a manipulação de variáveis, optou-se pela descrição das características da amostra, bem como por se estabelecer relações e associações entre variáveis previamente identificadas.

Na prossecução dos objetivos e com a ideia da sua explanação, elaborou-se o presente documento que se encontra dividido por capítulos. No primeiro capítulo faz-se uma breve introdução e apresentação do estudo. Segue-se o segundo capítulo, no qual se apresenta uma revisão da literatura que foi sendo atualizada de acordo com o conhecimento produzido pela comunidade científica, em simultâneo com a modernização da legislação que fundamenta a rede de cuidados continuados. A revisão da literatura foi estruturada em três distintas partes:

- a) O envelhecimento das pessoas numa perspetiva fisiológica, social e psicológica, o impacto do envelhecimento a nível demográfico e as implicações sociais do envelhecimento, sobretudo para os cuidados de saúde;
- b) A pessoa idosa dependente e apoiada no domicílio pela rede nacional de cuidados continuados, enquadramento e contextualização das equipas de cuidados domiciliários e a intervenção do enfermeiro nessas equipas;
- c) A abordagem concetual da adesão e da gestão do regime terapêutico medicamentoso da população portuguesa, nomeadamente da pessoa idosa dependente, e a relação entre a adesão e gestão do regime terapêutico medicamentoso e o autocuidado da pessoa.

Inicia-se o terceiro capítulo com a fundamentação da pertinência do estudo, seguida da apresentação da delimitação dos objetivos que conduziram esta investigação.

O quarto capítulo rege-se pela exposição da problemática e do caminho que orientou o progresso da investigação, nomeadamente a caracterização do tipo de estudo, os critérios de inclusão e exclusão aplicados na seleção da amostra a ser analisada, o procedimento de recolha de dados, mencionando-se individualmente cada instrumento

de avaliação, as ações consideradas na apreciação de dados e, em forma de conclusão, as questões éticas que surgiram durante o processo e o modo como foram superadas.

No quinto capítulo relatam-se, em três partes, os resultados obtidos pela aplicação dos instrumentos de colheita de dados:

- a) Caracterização sociodemográfica dos idosos dependentes da região do Algarve;
- b) Perfil biopsicossocial e fármaco-terapêutico;
- c) Nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e a sua relação com os perfis biológico, psicológico, social e fármaco-terapêutico.

No sexto capítulo detivemo-nos mais concretamente sobre o fenómeno em apreço, discutindo os resultados da presente investigação numa análise comparativa com as observações apuradas em outros estudos.

Finaliza-se a redação do documento com o sétimo capítulo, no qual se procura identificar algumas das principais conclusões da presente pesquisa, do mesmo modo que se nomeiam importantes sugestões para a melhoria da continuidade dos cuidados de saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

No presente capítulo pretende-se apresentar a revisão da literatura efetuada ao longo desta investigação. Tendo como referencial aprofundar o conhecimento sobre a adesão e gestão do regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes, iniciou-se o necessário processo de pesquisa e análise de informação, considerando todo o material relevante escrito sobre o tema. Segundo Trentini & Paim (1999, p. 65), “a revisão da literatura ocupa a posição introdutória do estudo e, portanto, decide as bases intelectuais em que a lógica da pesquisa deve ser estruturada.”

2.1 Envelhecimento das pessoas

Durante o processo de envelhecimento ocorrem mudanças físicas e mentais que não se prendem exclusivamente com o declínio das faculdades. Todavia, o envelhecimento implica mudanças na forma de pensar, de sentir e de agir de todo o ser humano que passa por esta etapa da vida. Ser “mais velho” é um complemento que modela as várias dimensões da pessoa – biológica, psicológica, social e espiritual – e que necessitam de ser consideradas na sua totalidade e de igual modo para que nos possamos aproximar de um conceito mais justo que abranja todo o sentido de “mais velho” e o perceba como um ser complexo.

O conceito de idoso é diferenciado e apresenta variações entre os países em desenvolvimento e os países desenvolvidos, sendo o critério cronológico um dos mais utilizados para se definir o ser idoso. É este o critério utilizado quando é necessário proceder à delimitação da população de um determinado estudo, a uma análise epidemiológica, ou mesmo em situações com propósitos administrativos e legais que se focalizam no planeamento de políticas de saúde, sociais e económicas.

“Idoso” é um qualificativo que, nos países desenvolvidos, classifica pessoas que cronologicamente vivem mais de 65 anos. O aumento da longevidade e da qualidade de vida levaram a que se considerasse, especialmente nos países desenvolvidos, a existência de uma quarta idade composta por pessoas com mais de 80 anos (WHO W., 2011).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) descreve o ser idoso como o “Processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta até à velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhado pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competência psicomotoras; perda de pelos e pele fina e enrugada” (CIPE, 2006, p. 53).

O estado de saúde da pessoa altera-se visivelmente ao longo do seu ciclo vital; e, à medida que envelhece, a perda ou falta de autonomia física, psíquica e intelectual leva a que a pessoa necessite da ajuda de meios ou de terceiros para a realização de atividades específicas resultantes da sua vida diária.

Apesar de a velhice ser um processo inevitável, nem todas as pessoas envelhecem ao mesmo ritmo e no mesmo espaço de tempo. Na verdade, “a variabilidade dos fatores endógenos e exógenos, interagindo com a componente genética de cada indivíduo, podem condicionar os diferentes processos de envelhecimento” (Oliveira *et al.*, 2010, p. 11), o que explica que, por vezes, existam anacronismos entre a idade fisiológica e o estado mental da pessoa, e que muitas pessoas, apesar da sua idade avançada, continuem a usufruir autonomamente das suas capacidades e a viver de modo independente sem necessidade de recurso a terceiros.

A maioria das pessoas beneficia de uma saúde que lhes permite viver de uma forma independente. Quando os idosos conseguem realizar o seu autocuidado sem o auxílio de outrem, atingem um nível aceitável de satisfação das suas necessidades, considerando-se para o efeito tratar-se essa de uma inequívoca situação de independência (Almeida M., 2011).

O envelhecimento interliga-se com a noção de pessoa como categoria de pensamento produzida em todas as sociedades, traduzindo-se num modelo de relações entre os próprios membros no seio de uma sociedade e entre estes e o contexto social em que se inserem.

“Envelhecer é, também, aceitar o inaceitável, isto é a perda gradual das funções orgânicas, os handicaps, a mutilação, a separação, o sofrimento, o confronto com o desconhecido e a morte. A adaptação é o contrário da resignação” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p. 165). No fundo, a integração não é mais que uma importante estratégia com a qual o idoso se ocupa num desesperado esforço de manutenção da autoestima e da dignidade, essenciais ao seu equilíbrio e saúde.

Envelhecer é algo único, próprio, complexo, dependente de condicionantes biológicas e acontecimentos sociais intrínsecos. A forma como o indivíduo viveu e se adaptou, ou não, aos vários sucedimentos é determinante.

Não obstante a população idosa ser cada vez mais representativa, a imagem do idoso edificada pela sociedade é, na maior parte das vezes, pouco considerada, sendo-lhe constantemente subtraídos direitos e até mesmo deveres. Cada vez mais se enaltece o culto do corpo, da beleza e da força juvenis, com um efeito conseqüente de rejeição da velhice.

O envelhecimento faz parte do destino biológico do homem. Embora de momento não exista uma fase fisiológica (“perda progressiva da capacidade do corpo para se renovar”), psicológica (“transformação dos processos sensoriais, perceptuais, cognitivos e da vida afetiva do indivíduo”), ou social (“influência que o indivíduo e a sociedade exercem um sobre o outro”) que permitam demarcar em rigor o seu início, o envelhecimento traduz-se, seguramente, numa diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às circunstâncias da vida. Nos seres humanos, segundo determinadas correntes de pensamento, as diferenças de envelhecimento são, numa parte menor, geneticamente determinadas, mas substancialmente influenciadas pela nutrição, estilos de vida e ambiente.

Segundo alguns autores, o envelhecimento pode ser definido como primário e secundário. “O envelhecimento primário refere-se ao processo de senescência normal,

enquanto o envelhecimento secundário refere-se ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas, que se mantêm potencialmente reversíveis. No envelhecimento primário as qualidades necessárias à vida e à sobrevivência modificam-se e são substituídas por outras. No envelhecimento secundário, a existência de lesões associadas às diferentes alterações normais contribui para alterar ainda mais a capacidade de adaptação do indivíduo” (Berger & Mailloux-Poirier, 1995, p. 2).

Frequentemente associa-se a velhice à dependência; no entanto, vários autores salientam que essa ideia é um estereótipo. Algumas pessoas apresentam prematuramente um relativo decréscimo no seu estado de saúde e nas suas competências cognitivas, enquanto outras vivem saudavelmente até aos 80 e mesmo 90 anos. Na verdade, qualquer decréscimo precoce reflete uma patologia e não os efeitos da idade, ou seja, efetivamente esta fase da vida não deve ser caracterizada unicamente pela dependência.

Entende-se por dependente “a pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das atividades da vida diária” (Amaral & Vicente, 2001, p. 8).

A dependência nos idosos relaciona-se por vezes com uma deterioração do processo de envelhecimento, em que perdas de coordenação motora se associam a medos crescentes, ou seja, a sua condição de incapacidade de autonomia deve-se ao declínio físico, que pode refletir-se ao nível da marcha, da circulação, da higiene, da alimentação, da perda de visão, da audição, da fala, do reconhecimento, da orientação e do estado de espírito. Contudo, acrescenta-se ainda que, em alguns idosos, fatores psicológicos, sociais e ambientais poderão também ser responsáveis pelo declínio da sua capacidade funcional. Além destas determinantes, julga-se que a população idosa constitui uma faixa etária caracterizada por queixas e problemas, os mesmos que em muitos casos poderão originar muitas das suas limitações e doenças crónicas.

Na linha das doenças crónicas que mais afetam a população idosa estão as doenças cardiovasculares (doença coronária isquémica, acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva); o cancro; as doenças respiratórias crónicas (asma, doença pulmonar crónica obstrutiva, estados alérgicos,

hipertensão pulmonar, doenças relacionadas com o processo de trabalho); a diabetes e as doenças mentais (Goulart, 2011, pp. 10-11).

O contexto em que a pessoa idosa se insere pode ser um fator promotor da sua autonomia e qualidade de vida. Nem todas as necessidades dos idosos se prendem com o aumento de doenças crônicas; muitas delas revestem-se de um carácter social, económico e cultural. Nestes casos, os enfermeiros detêm um papel fundamental na identificação dessas necessidades e no planeamento de estratégias individuais e comunitárias, no sentido de se criar um ambiente seguro para o idoso, preferencialmente no seio familiar. A dependência da pessoa idosa, associada à deterioração do estado fisiológico resultante do natural processo de envelhecimento, pode agravar-se com os medos/receios da falta de apoios de natureza familiar e social, resultando num prejudicial declínio físico e cognitivo.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência coloca um desafio à responsabilidade individual e coletiva e constitui um problema que sobressai no horizonte de desenvolvimento económico dos países. O processo de envelhecimento demográfico que atualmente se vive, quando aliado às mudanças observadas na estrutura e comportamento familiares, determina necessariamente a procura de novas soluções em saúde e em cuidados de enfermagem.

O sucesso no envelhecimento resulta, em grande medida, do desenrolar de um processo contínuo de adaptação às transformações físicas, mentais e sociais próprias do idoso. Vida e adaptação são realidades indissociáveis. As pessoas idosas, como as de qualquer outra idade, experimentam grandes transformações quer na sua relação com o mundo quer fundamentalmente consigo mesmas.

O processo adaptativo tem o seu “tempo” próprio, e o grau de sucesso maior ou menor desse processo depende sempre de um conjunto de fatores de natureza diversa. Todavia, a grandeza relativa das modificações operadas no quadro de vida do idoso e a própria cadência dessas modificações são, indubitavelmente, consideradas como um fator primordial do sucesso adaptativo. Também os fatores individuais podem condicionar o êxito da adaptação. Neste âmbito importa pois referir que, do ponto de vista fisiológico, o processo de envelhecimento comporta a influência de múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais. Estes fatores

relacionam-se entre si, acelerando ou retardando o processo. Além de multifatorial, o envelhecimento é diferencial, isto é, único para cada pessoa que experimenta em si uma deterioração (fisiológica) própria do seu organismo. No fundo, o envelhecimento consiste num “somatório de processos intrínsecos, geneticamente determinados, de fatores ambientais, de diferenças nos estilos de vida e dos efeitos das doenças. Por isso, mais do que medir exaustivamente o maior número possível de parâmetros, algumas vezes com carácter empírico, importa compreender as alterações fisiológicas que caracterizam o envelhecimento e, só depois, definir o que deve ser medido e de que maneira” (Rendas, 2001, p. 50).

Contudo, na perspectiva que mais nos interessa na ótica do presente estudo, os fatores considerados mais relevantes são as condições objetivas que, oferecendo-se à pessoa e ficando ao seu alcance imediato, lhe podem favorecer os mecanismos adaptativos. Essas condições são o reflexo da existência concreta do idoso no seu meio, da forma como a sociedade o recebe e, mesmo, de como é acolhido e apoiado nos serviços de saúde.

De um modo geral, antigamente envelhecer levantava menos problemas que nos tempos atuais. Essa realidade era tanto mais uma constante, quanto a maioria dos idosos pertencia à população rural; e, dentro de uma comunidade rural, o seu estilo de vida pautava-se pelas atividades do amanho das terras e das colheitas dos produtos que eram o seu meio de subsistência. Padrão de vida végeto-animal transportado e assumido na vida humana.

No processo do envelhecimento primário são atingidos os sistemas importantes do organismo, resultando como efeito dessas alterações uma modificação dos comportamentos individuais. Reitera-se, no entanto, que devem estes factos ser encarados como processos normais e fisiológicos e, não, como sinais de doença.

Se a sociedade envolvente não respeita nem nutre alguma estima pelos seus membros mais velhos, destacando com uma regularidade superior à desejável os aspetos negativos do envelhecimento, em lugar dos positivos, não deverá constituir surpresa que um grande número destes se sintam pouco útil e com diminuição da autonomia.

O indivíduo na “terceira idade”, designação com que esta fase da vida é comumente conhecida, torna-se vítima de uma situação de isolamento progressivo, que por norma se inicia ao atingir a reforma, momento em que os amigos e companheiros de trabalho deixam de estar presentes todos os dias para trocar ideias e sentimentos, contar as suas experiências, confrontando-se o indivíduo com a novidade de não ter com quem partilhar a sua vivência quotidiana. De modo sequencial, assiste-se a uma diminuição da qualidade de vida que, por sua vez, torna mais fácil o declínio mental, sobretudo quando os idosos perdem a autoestima e começam a considerar-se inúteis e um peso para a sociedade e para as famílias (Oliveira *et al.*, 2012; Vaz & Gaspar, 2011). Paulatinamente, o indivíduo idoso abandona o papel principal que sentia assumir no mundo, para se tornar muitas vezes dependente dos outros, o que termina por o encaminhar para o isolamento e uma consequente imobilidade social.

O convívio com a solidão, a presença de comorbilidades, a perda do sentido da vida, a renúncia e a desistência consistem nos principais motores para um acentuado desencadear da doença depressiva.

Um estudo realizado por Silva *et al.* (2012) dá a conhecer que o diagnóstico e o tratamento do idoso com sintomas de depressão é frequentemente negligenciado, o que prejudica a sua qualidade de vida e aumenta, com custos diretos e indiretos, a carga económica sobre os serviços de saúde. Não obstante a sua relevância clínica, a sintomatologia depressiva em idosos ainda é pouco valorizada por parte dos profissionais de saúde (Ferreira & Tavares, 2013).

As recentes modificações que se operam na sociedade moderna limitam indiscutivelmente a capacidade de apoio dos familiares. Decorre desta circunstância que, não raras vezes, se torna difícil o acompanhamento familiar do idoso no local da sua residência, obrigando a que ele seja separado da família e do seu meio ambiente, deslocalizando-o para instituições residenciais. Numa relação lógica, comprova-se que estas situações comportam aspetos negativos, no sentido em que, num exercício de pressão emocional, o indivíduo idoso é forçado a viver um ambiente diferente daquele a que está habituado, o que determinará um galopante agravamento da sua desinserção social.

“Compreender o envelhecimento, como um processo dinâmico, conduz, necessariamente, a uma mudança de atitudes em relação às pessoas idosas e permite aos enfermeiros elaborarem ações específicas direcionadas a estas pessoas” (Moniz, 2003, p. 39).

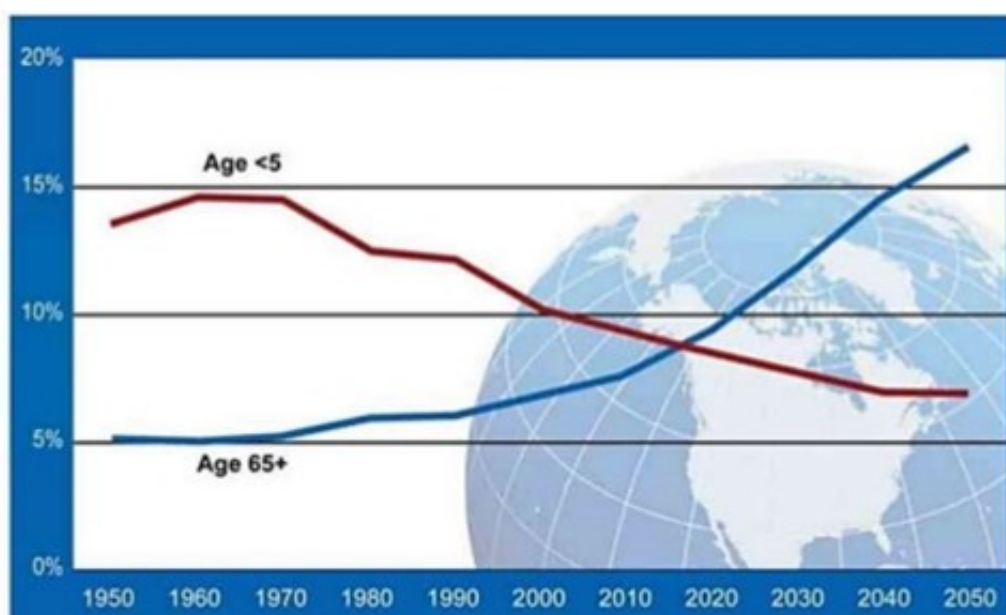
2.1.1 *Envelhecimento demográfico*

O envelhecimento demográfico é um fenómeno que tem vindo a ser observado em todo o mundo e particularmente na Europa. Durante o século XIX e inícios do século XX, a esperança média de vida registou um aumento significativo decorrente dos avanços da medicina que permitiram controlar as doenças infecciosas, bem como de uma notável melhoria e diversificação da alimentação e da evolução ao nível das condições sanitárias das populações (Beltrán-Sánchez, Finch & Crimmins, 2015).

Como anteriormente referido no presente estudo, a idade avançada, muito embora não seja considerada uma doença, contribui para o consumo de cuidados de saúde com o subsequente aumento dos custos, sendo as inevitáveis despesas com medicação, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (WHO(a), 2003), uma fatia considerável desses encargos financeiros.

Segundo previsões fundamentadas do mesmo organismo de saúde (WHO, 2011), o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade superará o número de crianças com menos de 5 anos de idade. Impulsionado pela queda das taxas de natalidade e pelo impressionante crescimento da expectativa de vida, o envelhecimento da população continuará tendencialmente a acelerar, estimando-se que o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade passará de 524 milhões, em 2010, para quase 1,5 bilhão, em 2050, incidindo a maior parte deste crescimento nos países em desenvolvimento (Figura 1).

Figura 1 – Variação da população mundial de crianças e idosos: 1950-2050.



Fonte: WHO, 2011

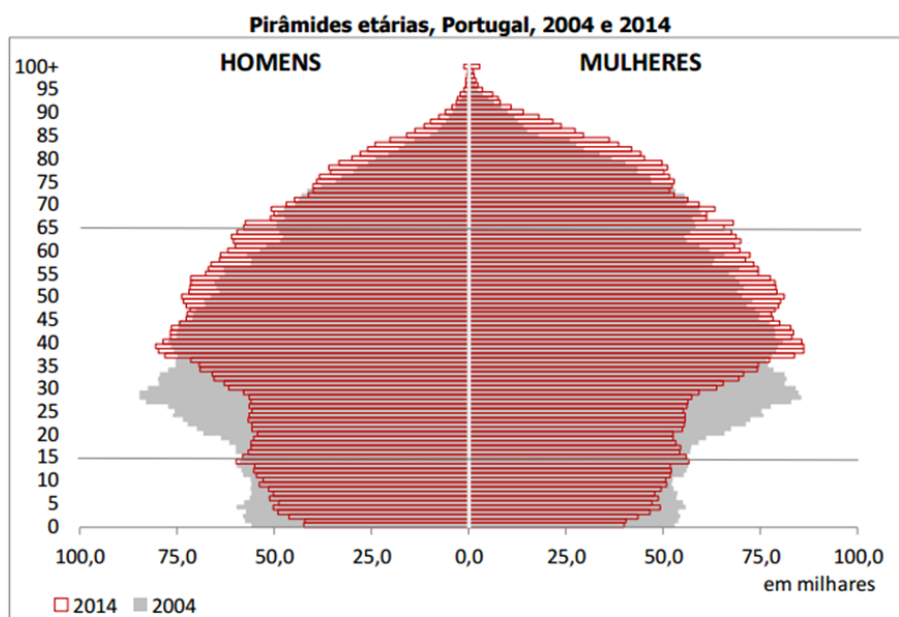
Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), o padrão de envelhecimento acompanha o da restante população mundial e, de facto, desde 1960 que se verifica uma diminuição da população jovem a par do aumento da população idosa. Na atualidade esta tendência tem vindo a acentuar-se e as perspetivas para um futuro próximo são de que o crescimento do número de idosos em Portugal se intensificará exponencialmente. O envelhecimento da população explica-se pelo aumento continuado da esperança média de vida, pelo fomento da emigração e, finalmente, pela acentuada queda da taxa de natalidade. De acordo com dados do INE, em 31 de dezembro de 2014, a população residente em Portugal totalizava um valor na ordem das 10.374.822 pessoas. Esta tendência de decréscimo da população verifica-se desde 2010 e espera-se que se mantenha até 2060 (INE, 2015).

Portugal perdeu população nos grupos etários que se situam entre os 0 e os 29 anos de idade. A população entre os 30 e os 69 anos aumentou 9% e nas idades superiores a 69 anos o crescimento foi de 26% (INE, 2015).

Nos últimos anos assiste-se a um duplo envelhecimento demográfico, ou seja, ao desenvolvimento do número de idosos acresce a redução do número de jovens e do número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos; alterações estas que refletem, conseqüentemente, a descida da taxa de natalidade, a subida da taxa de esperança média de vida e, mais recentemente, a emigração.

Na Figura 2 podemos observar um estreitamento da base da pirâmide. Por um lado, há um aumento do número de pessoas com 65 ou mais anos de idade e, por outro lado, verifica-se uma diminuição das pessoas com menos de 15 anos de idade; conclui-se ainda que as pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos, em fase ativa, fazem parte de um número que tem vindo a desacelerar, o que, por seu turno, projeta consideráveis problemas sociais e económicos.

Figura 2 - Pirâmide etária de Portugal, 2004 e 2014.



Fonte: INE, 2015

A Direção-Geral da Saúde (DGS), no uso das suas competências técnico-normativas, emitiu o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), aprovado por Despacho em 2 de julho de 2004. Esse programa destina-se a ser aplicado pelos profissionais da Rede de Centros de Saúde, da Rede Hospitalar e da Rede de Cuidados Continuados de Saúde. No seu preâmbulo, o PNSPI “recomenda, igualmente, uma atenção especial às pessoas idosas mais frágeis e vulneráveis, considerando-se como situações de especial vulnerabilidade, a idade avançada, as alterações sensoriais, a desnutrição, o risco de quedas, a incontinência de esfíncteres e a polimedicação” (PNSPI, 2004, p. 13).

O idoso é um elemento da sociedade que lhe será tanto mais útil quanto esta o aceitar no âmbito da sua nova condição. De facto, se lho permitirem, a sua experiência de vida e a riqueza do conhecimento adquirido pela meditação e contemplação do passado e do presente transmitiu-lhe o necessário “saber” no sentido de se adaptar eficazmente ao menor vigor físico e às suas novas condições de vida.

O idoso necessita de ser compreendido e amado, de ser reconhecido, de se sentir feliz e seguro. Assim sendo, será desejável evitar tanto quanto possível o afastamento das suas raízes, mantendo-o no seu quadro referencial de vida: o cidadão na cidade, o rural na aldeia.

Considerando a suprema importância desta fase da vida, e sendo os idosos um dos grupos mais suscetíveis de morbilidade, revela-se fundamental a promoção da sua saúde e a prevenção da doença. Competirá, deste modo, aos profissionais dos cuidados de saúde primários (CSP) a grande tarefa de melhorar a qualidade de vida dos idosos, por forma a se conseguir manter a sua independência tanto no seio familiar como enquanto elemento único inserido na comunidade envolvente.

2.1.2 Implicações sociais do envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população em Portugal apresenta-se, no concreto, como uma realidade com que nos continuaremos a deparar futuramente, o que implicará novos desafios à sociedade atual. Sousa R. (2009) alerta para alguns dos problemas

decorrentes do envelhecimento com comprometimentos no âmbito alargado da sociedade, nomeadamente a sustentabilidade do sistema de segurança social, o crescimento económico, o envelhecimento ativo e a produtividade. Porém, identifica também oportunidades como novos mercados económicos, novas profissões e uma maior tolerância.

Neste contexto, Portugal, à semelhança do que ocorrerá na maioria dos países industrializados, enfrentará no século XXI enormes desafios económicos e sociais, sobretudo a necessidade de aumento da idade de reforma, a qualidade de vida de uma população envelhecida, o estatuto dos idosos na sociedade e a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde. Eventualmente, serão ainda identificadas oportunidades resultantes deste fenómeno social, uma nova realidade que se verifica na terceira idade e se prende essencialmente com a perda de autonomia enquanto geradora de necessidades específicas, apoiadas por serviços e redes de solidariedade que, auxiliando o idoso, possibilitem a criação de novas profissões e/ou o aumento de recursos pessoais. Na medida ainda em que os padrões de consumo das pessoas idosas apresentam diferenças em relação aos de uma população mais jovem, abrir-se-á, desta forma, espaço para novos mercados e atividades económicas (Sousa R., 2009).

De entre as implicações ou os novos desafios originados pelo envelhecimento, destaca-se igualmente o desenvolvimento e a ampliação das redes de suporte formais ou institucionais com um vasto conjunto de serviços e equipamentos de apoio aos idosos: os centros de dia, os lares, os centros de convívio ou os serviços de apoio domiciliário. De igual modo, surge a figura do cuidador formal: o profissional que presta cuidados recebendo uma contrapartida financeira. Apesar de, desde a década de 60, se ter evidenciado em Portugal um aumento dos diversos serviços e equipamentos formais com funções de apoio à população idosa, os mesmos são, todavia, considerados insuficientes.

Na terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde – Ambientes Favoráveis à Saúde – e na primeira Conferência Global sobre Promoção da Saúde, na qual se reuniram 81 países participantes, apelou-se aos políticos e aos responsáveis decisores em todos os setores para que se empenhassem ativamente em tornar os ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde. Das quatro vertentes sobre as quais

se ambiciona a tomada de medidas urgentes, foi destacada a “dimensão social, que inclui a forma como as normas, os costumes e os processos sociais afetam a saúde. Em muitas sociedades as relações sociais tradicionais estão a mudar de tal modo que tendem a tornar-se uma ameaça para a saúde, já que levam, por exemplo, ao aumento do isolamento social, a um quotidiano desprovido de sentido de coerência e de objetivos de vida ou à alteração súbita dos valores tradicionais e da herança cultural” (OMS, 1991).

Na atualidade existem três conceitos fundamentais que se torna imperativo distinguir, sendo eles as redes sociais, a interação social e o apoio social. “As redes sociais referem-se ao número de elementos e à estrutura da família, amigos, local onde residem (proximidade física). Indicam as características estruturais das possibilidades de relação com a pessoa. A interação social refere-se à frequência e duração de contactos efetivos que se estabelecem com a rede social. O apoio social representa o tipo de ajuda que uma pessoa recebe a partir da sua rede social, ou seja, com o que ocorre nos contactos, em termos de assistência, neste caso, à pessoa dependente” (Sequeira, 2010, p. 30). Apesar de aparentemente se tentar teorizar uma interligação entre os três conceitos mencionados, por vezes não se verifica no concreto essa relação, ou seja: muito embora a pessoa idosa tenha, de facto, um importante suporte por parte da rede social, a interação social é praticamente inexistente, quando os membros da rede não manifestam o auxílio devido.

O envelhecimento da população tem consequências na sociedade ao nível do desenvolvimento de redes de suporte informal ao idoso: estão envolvidas neste quadro as redes de suporte não institucionais, constituídas pelo conjunto de pessoas que prestam, precisamente, apoio não institucional, quer se trate da família, dos vizinhos ou dos amigos. A figura do cuidador informal, à semelhança do cuidador formal, procura responder às necessidades quotidianas do idoso, concedendo-lhe uma maior autonomia e bem-estar. É definido como sendo o profissional que presta os necessários cuidados ao utente sem que lhe seja atribuída qualquer contrapartida financeira.

A rede de suporte informal ou rede natural de ajuda, composta pelos cuidadores já identificados, assume especial importância pelas relações de proximidade previamente existentes entre quem auxilia e o próprio idoso. Constata-se, inclusivamente, que perante a necessidade, o idoso procura tendencialmente amparo junto da família ou de

alguém que lhe seja próximo e com quem se relaciona, sobretudo tratando-se de amigos ou vizinhos.

Os cuidadores informais devem ser sensibilizados para a importância da manutenção do idoso no seu domicílio, criando estímulos ou promovendo estratégias que facilitem, de forma saudável e positiva, a articulação entre o cuidado (assistência) ao idoso e a manutenção do emprego e da família. Sequeira (2010) descreve que o envelhecimento, como uma etapa de vida, é um processo biológico inevitável, mas não é único, na medida em que impõe modificações somáticas e psicossociais. As dimensões biológicas, sociais e psicológicas relacionam-se de forma ininterrupta e de acordo com a interação humana, sendo que cada uma, dentro das suas medidas, afeta as outras e é afetada por elas.

2.1.3 Pessoa dependente e implicações para os cuidados de saúde

O envelhecimento da população é, de facto, uma realidade inevitável, fruto de uma maior longevidade humana à qual se associam índices de dependência acrescidos em função do agravamento da morbilidade previamente adquirida e de uma maior vulnerabilidade do idoso (Sequeira, 2010).

Com o progressivo aumento do envelhecimento da população, observa-se um aumento da prevalência de doenças crónicas e incapacitantes, nomeadamente as doenças cérebro-cardiovasculares, a hipertensão arterial e a diabetes, que conduzem à perda gradual da autonomia e, conseqüentemente, a uma procura acrescida de soluções junto dos serviços sociais e de saúde.

A hipertensão arterial e a diabetes, além de se inscreverem no quadro das doenças crónicas, são importantes fatores de risco para outras doenças. Entre 1999 e 2006, houve um aumento de 34% na população com hipertensão arterial e de 38% na população com diabetes. Estima-se que a prevalência de hipertensão arterial seja, aproximadamente, de 46% e a de diabetes de 12,3% (PNSPI, 2004).

Por essa razão, as organizações de saúde confrontaram-se com a necessidade de darem resposta a um número superior de indivíduos com elevado grau de dependência.

Esse número crescente de idosos que, dadas as circunstâncias que apresentam, se estima que venham a povoar o horizonte futuro potenciará uma necessidade de unidades de suporte com um crescimento exponencial da mesma ordem. Todavia, a prestação de cuidados não é, nem deverá jamais ser, exercida sob a exclusiva responsabilidade das instituições competentes. A família, amigos e vizinhos desempenham, e continuarão a desempenhar, um papel importante na prestação dos cuidados aos idosos. Eles são, na verdade, quem constitui a rede de suporte informal ou rede natural de ajuda que, devido à sua proximidade com o idoso, adquire uma especial relevância em todo este contexto.

É importante referir que o impacto do envelhecimento na sociedade não se esgota na prioridade de mais serviços de apoio aos elementos mais velhos. Este fenómeno conduz à necessidade da criação de mais instituições com essas valências, em novos mercados, e a novos empregos. Este é um fenómeno que, pela pressão da mudança que desencadeia, altera as estruturas familiares, em que poderão constar elementos de diferentes gerações com especificidades e interesses próprios. E, por fim, este é um fenómeno que, ocorrendo na sociedade, obriga a que se ponha em prática um conjunto de ações que promovam o envelhecimento ativo, de modo a que os indivíduos mais velhos continuem a ser apercebidos pela sociedade como elementos ativos e com capacidade (Sousa R., 2009).

A ampliação da esperança média de vida e a maior prevalência de doenças crónicas têm-se traduzido no aumento exponencial de pessoas com limitações físicas, emocionais e cognitivas que, inevitavelmente, as conduzem a uma indesejável situação de dependência (Petronilho, 2007). Esta é uma realidade fortemente presente em Portugal, bem como em outros países ditos desenvolvidos, em que as políticas de saúde, por princípios economicistas e humanistas, apontam no sentido de as pessoas dependentes serem inseridas no contexto familiar. Segundo Mota Pinto (2001), o envelhecimento em Portugal é um paradigma e um paradoxo: por um lado, um efetivo paradigma porque se trata de um país muito envelhecido, e um paradoxo, na medida em que só muito recentemente se deu início ao desenvolvimento de estratégias de intervenção de assistência geriátrica. Exemplo disso é o atual esforço de expansão e desenvolvimento da área dos cuidados continuados, essencialmente orientada para a manutenção das pessoas dependentes no seu domicílio em condições em que lhes possam ser garantidos os prementes cuidados terapêuticos e apoio social. Esta estratégia

de intervenção na assistência ao idoso apela, evidentemente, a um incremento não somente da responsabilidade por parte da família no apoio aos dependentes mas também por parte da própria comunidade (Ribeiro, Pinto & Regadas, 2014).

Considera-se a pessoa dependente como aquela que durante um certo período de tempo, mais ou menos prolongado, necessita de auxílio humano ou de equipamento para realizar determinadas atividades de autocuidado. Neste sentido, tem-se verificado ultimamente um crescimento exponencial de pessoas em situação de dependência, não só devido ao aumento da esperança média de vida mas também à acentuada prevalência de doenças crónicas e acidentes rodoviários.

Segundo alguns autores, “deve-se distinguir dependência, independência e autonomia. A independência e dependência têm sido consideradas como estados que só podem existir em relação a algo ou a alguém para realizar uma determinada tarefa; a independência é definida como condição de quem recorre aos seus próprios meios para a satisfação das suas necessidades; a dependência é encarada enquanto incapacidade do indivíduo para se abastar a si próprio, necessitando da ajuda de outro(s) para alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades. A autonomia será um comportamento do indivíduo em relação a si mesmo, como autor das suas decisões, regras e escolhas” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, p. 49).

A dependência comporta sempre e necessariamente uma ajuda imprescindível para a realização dos mais elementares feitos da vida. Não é simplesmente a incapacidade que cria a dependência; a mesma é o efeito ou somatório da incapacidade com a necessidade. Contudo, a dependência não é um estado permanente. É, sim, um processo dinâmico cuja evolução pode alterar-se e até ser prevenida ou reduzida em face de um ambiente e assistência adequados (Caldas, 2003, p. 775).

As expressões de dependência e autonomia compõem uma relação dinâmica, representada de formas diferentes nas diversas etapas do seu desenvolvimento.

Segundo Ribeiro, Pinto & Regadas (2014), a dependência deverá ser classificada como uma realidade inquestionável e com diferentes graus variáveis relativamente ao autocuidado. Nas sociedades ditas desenvolvidas, a problemática da dependência prende-se com a insuficiente caracterização da incapacidade das pessoas para

desempenharem as atividades inerentes ao autocuidado. Este facto, por sua vez, suscita dificuldades ao exercício profissional dos enfermeiros, confrontados com a necessidade da ocorrência de mudanças de paradigma no âmbito das intervenções preventivas e dos cuidados individualizados.

2.2 Rede Nacional de Cuidados Continuados

Com o aumento da esperança média de vida e das patologias associadas ao envelhecimento dilata-se o número de pessoas idosas em situação de dependência que permanecem no seu domicílio sob a “condição” de cuidado e supervisão de outros idosos, também eles com problemas de autonomia limitada. Está, assim, justificada e é inevitável uma intervenção por parte da sociedade no sentido de apoiar as pessoas em situação de dependência. No âmbito da saúde e da segurança social tornou-se imperiosa a definição de estratégias que respondam eficazmente às necessidades crescentes deste grupo populacional.

2.2.1 Contextualização

No ano de 1979 é criado em Portugal o Sistema Nacional de Saúde (SNS) regulamentado pelo Decreto-Lei 56/79 de 15 de setembro. No âmbito da sua atuação, o SNS institui uma rede de órgãos e serviços prestadores de cuidados globais de saúde a toda a população. Mais tarde, precisamente em 2003, surge a Rede de Cuidados de Saúde Primários (CSP) com o intuito de providenciar cuidados de saúde primários em permanente articulação com os cuidados de saúde hospitalares e os cuidados continuados.

A rede de CSP assume-se como um parceiro fundamental na promoção da saúde e na prevenção da doença e como um elemento determinante na gestão dos problemas clínicos agudos e crónicos.

Colateralmente aos CSP, é constituída em 2006 a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que visa dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. A sua missão é a prestação de cuidados adequados de saúde e apoio social a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência.

Com a criação da RNCCI atinge-se um nível superior na prestação de cuidados através do SNS: expandem-se os cuidados continuados, fomentando-se por sua vez a articulação entre o SNS e o setor social.

A RNCCI rege-se pelos seguintes valores: prestação individualizada, humanizada e oportuna dos cuidados, respeitando sempre a dignidade e a preservação da identidade e da privacidade; não discriminação; consideração por tudo o que a integridade física e moral implica; exercício da cidadania; consentimento informado das intervenções efetuadas e articulação entre os diferentes serviços; equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades.

No seguimento dos seus propósitos, a RNCCI preconiza a participação e corresponsabilização dos utentes e seus familiares/cuidadores informais, ou representantes legais, na elaboração e concretização do plano individual de intervenção. Sustentando-se nos lemas basilares de eficiência, eficácia, qualidade e sustentabilidade da prestação de cuidados, inclui os cuidados paliativos que se fundam na otimização do conforto e apoio social dirigidos especialmente aos utentes em fim de vida e respetivos familiares/cuidadores informais.

A RNCCI institui os cuidados continuados integrados, definindo-os como: “o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (D.L. 136, 2015, artº3, p. 5084).

Sintetizando, o objetivo geral da RNCCI é definido como “a prestação de cuidados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em

situação de dependência” (D.L. 136, 2015, art.º4, p. 5084). Por forma a contribuir para a melhoria das suas condições de vida e de bem-estar, a prestação de cuidados continuados de saúde e/ou de apoio social atua com a intenção de manter as pessoas com perda de funcionalidade, ou em risco de a perder, no domicílio próprio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social vitais à provisão e preservação do conforto e qualidade diários.

A continuidade dos cuidados assenta na sequencialidade, no tempo e dentro dos sistemas de saúde e de segurança social, implicando intervenções integradas de saúde e de apoio social delineadas a partir de uma avaliação precedente e de um subsequente planeamento de atuações conjuntas que, por seu turno, requerem, por parte dos profissionais que integram a equipa de prestação de cuidados, uma conduta complementar entre diferentes especialidades, porém com a assunção de objetivos comuns.

Como critérios de inclusão, os utentes que integram a RNCCI cumprem o grau de dependência e funcionalidade avaliado pela equipa multidisciplinar. Neste contexto, entende-se por *dependência* “a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (D.L. 136, 2015). Por seu turno, a *funcionalidade* define-se como “a capacidade que uma pessoa possui, em cada momento, para realizar tarefas de subsistência, para se relacionar com o meio envolvente e para participar socialmente” (D.L. 136, 2015, artº3, p. 5084).

O âmbito de atuação da RNCCI é o serviço comunitário de proximidade, definido como a “estrutura funcional criada através de parceria formal entre instituições locais de saúde, de segurança social e outras comunitárias para colaboração na prestação de cuidados continuados integrados, constituído pelas unidades de saúde familiar, ou, enquanto estas não existirem, pelo próprio centro de saúde, pelos serviços locais de segurança social, pelas autarquias locais e por outros serviços públicos, sociais e privados de apoio comunitário que a ele queiram aderir” (D.L. 136, 2015, artº3, p. 5082). A estrutura física de prestação do cuidado por parte da RNCCI cinge-se ao

domicílio, ou local onde reside a pessoa em situação de dependência, podendo este ser quer a residência particular, quer o estabelecimento ou a instituição onde habitualmente reside.

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e por outras de apoio social e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade que englobam os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e as autarquias locais. Assim se compreende que a RNCCI se baseie, perçetivelmente, num modelo de intervenção integrada e articulada assente nos seguintes alicerces de funcionamento (D.L. 136, 2015, artº8, p. 5085): interceção com os diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde e articulação prioritária com os diversos serviços e equipamentos do sistema de segurança social; articulação em rede, garantindo a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas de cuidados; coordenação entre os diferentes setores e recursos locais; organização mediante modelos de gestão que garantam uma prestação de cuidados efetivos, eficazes e oportunos, visando a satisfação das pessoas e o favorecimento da otimização dos recursos locais; e, finalmente, mas não menos importante, uma intervenção firmada no plano individual de cuidados e no cumprimento de objetivos.

2.2.2 Equipas de cuidados continuados

Os cuidados continuados só fazem sentido numa perspetiva holística, em que o cidadão é considerado como um todo. Tal como afirma Navalhas (2003, p.1) “para atingir esta finalidade necessita-se de equipas interessadas e empenhadas (...) com objetivos comuns, linguagem aferida, liderança motivada e aceite.” Os cuidados continuados são entendidos essencialmente como uma atitude, uma forma de assistir o outro, requerendo a sua harmoniosa continuidade uma visão integrada e multidisciplinar. Desta forma, a continuidade dos cuidados proporciona o conhecimento do doente não como um elemento isolado, mas, sim, intimamente entrosado num grupo familiar e na sua comunidade.

As ECCI são “equipas domiciliárias da RNCCI, multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social mas que não podem deslocar-se de forma autónoma” (D.L. 136, 2015, artº27, p. 5082).

Estas equipas, apoiando-se nos recursos locais disponíveis no âmbito de cada centro de saúde e conjugadas com os serviços comunitários e as autarquias, asseguram uma variedade de serviços, que englobam: cuidados domiciliários de enfermagem e médicos de natureza preventiva, curativa e reabilitadora, e ações paliativas, devendo as visitas dos clínicos ser programadas e regulares e sustentarem-se nas necessidades de saúde detetadas pela equipa; cuidados de fisioterapia; apoio psicossocial e ocupacional, envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados; educação para a saúde aos doentes, familiares e cuidadores; apoio na satisfação das necessidades básicas; auxílio no desempenho das atividades da vida diária; suporte nas atividades instrumentais da vida diária; coordenação e gestão dos casos com outros recursos de saúde e sociais (D.L. 136, 2015, artº 28, p. 5088).

De um modo geral, a admissão nas ECCI concretiza-se sob proposta dos médicos do centro de saúde correspondente ou das equipas de gestão de altas dos hospitais de referência da zona; porém, sendo o Algarve uma das regiões do país com maior falta de médicos assistentes, as referenciações são feitas, nomeadamente na região do barlavento, pelas próprias ECCI que, após a sinalização pelo enfermeiro ou por outro elemento da equipa multidisciplinar, pelos familiares ou por elementos de outras instituições, encorajam a equidade no acesso aos cuidados prestados pelas ECCI.

Ao apostar em praticar os cuidados no domicílio, a prestação favorecida pelas ECCI surge como a forma mais humanizada de resposta, na medida em que parece ser consensual que a manutenção da pessoa dependente em situação domiciliária deverá ter prioridade sobre a institucionalização. De facto, deve-se essa prioridade à coincidência das aspirações tanto das pessoas idosas e dependentes, como das famílias e do próprio Estado. O ambiente domiciliário desafia o enfermeiro a ser criativo e flexível, de forma

a sentir-se preparado para disponibilizar cuidados globais ao indivíduo e à família. Analisando a situação sob uma perspectiva diferente, a visitação domiciliária oferece aos enfermeiros oportunidades para o desenvolvimento de competências técnicas e comunicativas e de conhecimentos e atitudes. A continuidade dessa prática, favorece ainda o aprofundamento da observação, da iniciativa e do pensamento crítico na tomada de decisão e o desenvolvimento da consciência da necessidade de preservar a integridade, a identidade e a privacidade da pessoa. Assim, a ação dos enfermeiros é guiada pela preocupação efetiva de contribuir para uma máxima qualidade de vida e assegurar os devidos cuidados de acompanhamento e de suporte com respeito pela dignidade de cada pessoa e no cumprimento das regras da ética e da deontologia profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A enfermagem no domicílio tem uma abrangência global e é centrada holisticamente na pessoa cuidada bem como em todo o suporte social e familiar. Deste modo, embora os cuidados de enfermagem sejam entendidos, em todo este processo de apoio ao idoso com dependência, como os “protagonistas”, todas as demais intervenções, quando no mesmo sentido, devem igualmente ser consideradas e norteadas numa perspectiva multidisciplinar.

Resumindo até à sua essencialidade, os cuidados continuados são sobretudo uma atitude que se assume honestamente numa forma de cuidar fundada numa abordagem integrada, na qual não devem estar ausentes fatores humanos de contacto, interesse e cuidados. Desse modo, a intervenção individual ao utente com dependência bem como o apoio familiar e social tornam-se uma realidade efetiva, mediante a aproximação e conhecimento que se experiencia junto dos contextos vivenciais do utente.

2.2.3 A enfermagem nos cuidados domiciliários

Segundo Collière, cuidar “é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporariamente ou definitivamente, tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p. 235). No mesmo sentido Collière afirma que cuidar é “aprender a ter em conta os dois

parceiros dos cuidados: o que trata e o que é tratado (...)” (Collière, 1999, p. 155). Considerando-se que cuidar é assistir alguém, prestando-lhe serviços quando este mais necessita, conclui-se que na verdade se trata de uma atividade altamente complexa, com dimensões éticas, psicológicas, sociais, demográficas, revestindo-se, no seu conceito, também de aspetos clínicos, técnicos e comunitários.

O número reduzido de serviços vocacionados para cuidar de pessoas em contextos clínicos de doenças prolongadas, a escassez de respostas organizadas por parte das equipas de altas das instituições de saúde e a elevada percentagem de situações de dependência com uma relevante componente social levam a que a questão da continuidade da prestação de cuidados de enfermagem se coloque de forma cada vez mais atual.

O progressivo aumento do envelhecimento reflete-se, de certa forma, numa cada vez mais elevada prevalência de doenças crónicas e incapacitantes que conduzem indesejavelmente à perda gradual da autonomia e, forçosamente, a uma crescente procura de respostas em serviços sociais e de saúde.

Como equipas multidisciplinares, as ECCI englobam vários profissionais, de entre os quais se destacam os enfermeiros, por estarem representados em maior número e presentes por um período de tempo mais prolongado. Pelas duas razões mencionadas, os enfermeiros constituem elementos fundamentais na prestação de cuidados continuados domiciliários e na articulação entre os múltiplos profissionais, as diversas entidades e os familiares/cuidadores envolvidos no mesmo processo.

Rice (2004) defende o papel do enfermeiro no cuidado domiciliário como o facilitador da autodeterminação do utente para o autocuidado, apresentando-se, assim, como formador, defensor, gestor de caso e coparticipante espiritual e estético, cuja intervenção se guia pelas necessidades do utente/prestador de cuidados, com prioridade nas ações de enfermagem decididas em função da perceção pessoal do utente/prestador de cuidados e, em termos de autocuidado, das questões primárias de sobrevivência.

Para Duarte (2010, p. 102), “o papel do enfermeiro constrói-se no mundo social, na experiência das pessoas envolvidas e nos significados atribuídos à experiência. O enfermeiro é um agente ativo, implicado no processo dinâmico de dar forma ao

ambiente, que atua em interação com os outros, pretendendo compreender as condições e o contexto em que os cuidados de enfermagem ocorrem e as estratégias de ação e interação selecionadas em função das situações.”

Em Portugal, o D.L. 248/2009 de 22 de setembro (artº 9, p. 6762) regulamentou as competências do enfermeiro como sendo o profissional que identifica, planeia e avalia os cuidados de enfermagem, registando-os e participando incisivamente nas ações de preparação e de programação do trabalho em equipa, nos termos em que se transcrevem as competências que estão diretamente relacionadas com a prestação de cuidados domiciliários:

- a) “Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efetuar os respetivos registos, bem como participar nas atividades de planeamento e programação de trabalho de equipa a executar na respetiva organização interna;
- b) Realizar intervenções de enfermagem requeridas pelo indivíduo, família e comunidade, no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e da adaptação funcional;
- c) Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade;
- d) Participar e promover ações que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde;
- e) Recolher, registar e efetuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais na área da saúde;
- f) Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar.”

Os enfermeiros desempenham um papel crucial, no que toca aos esforços empreendidos pela Saúde Pública, no momento atual em que emergem sérios desafios que envolvem toda a sociedade: população envelhecida, alterações na composição

familiar, doença crónica, racionalização do hospital, população sem habitação e população migratória.

2.3 Regime Terapêutico Medicamentoso

Nas práticas relacionadas com a saúde, o recurso aos medicamentos é uma das intervenções mais comuns. Nas pessoas idosas, em consequência das comorbilidades associadas ao declínio próprio da idade, verifica-se uma elevada prevalência do uso de medicamentos. No entanto, a toma medicamentosa deve ser devidamente controlada e orientada. Segundo Henriques (2011), o uso de medicamentos pelos idosos está associado a um conjunto de circunstâncias secundárias, nomeadamente a um elevado risco de efeitos adversos, a alterações fisiológicas decorrentes da idade, à presença de múltiplas doenças crónicas, a um determinado tipo e número de medicamentos prescritos e não prescritos que os idosos tomam, ao acesso a vários prescritores, a alterações da capacidade cognitiva, a uma deficiente situação económica, à automedicação.

O elevado consumo de medicamentos repercute-se numa miríade de consequências ao nível socioeconómico. As despesas da saúde aumentam, não só em razão do desperdício de medicamentos acumulados no domicílio e que não serão utilizados, como também devido às reações adversas provenientes do uso inapropriado dos mesmos.

Torna-se, assim, imperioso conhecer as diversas vertentes do regime terapêutico medicamentoso, distinguindo conceitos que se relacionam com a intervenção, nomeadamente a adesão, a gestão e o autocuidado.

2.3.1 *Conceito de adesão ao regime terapêutico*

O vocábulo “adesão” (a.de.são) deriva etimologicamente do latim *adhaesio*, *-onis* e é um substantivo feminino que significa a ação que deriva do verbo aderir, a força que causa aderência; e, no sentido figurativo, apoio, assentimento, cooperação. (Priberam Informática S.A., 2008-2013).

O termo “adesão ao tratamento” remonta há 2400 anos, tendo sido usado pela primeira vez por Hipócrates, que refere a sua importância. Porém, o conceito de adesão ao tratamento, “*compliance*” só foi desenvolvido no século XX por Haynes que, baseando-se no modelo biomédico da subordinação hierárquica a um médico, o definiu como o grau em que o comportamento do doente coincide com a prescrição clínica. Este conceito resultou de uma pesquisa de revisão da literatura, envolvendo 500 estudos, tendo sido concluído que, após recorrerem aos serviços de saúde, entre 20% a 60% dos utentes não aderiam ao tratamento prescrito e indicado pelo médico (Haynes, Taylor & Sackett, 1979).

Mais tarde, “*compliance*” virá a ser substituído por “*adherence*”: a eficácia de tratamento deixa de ser considerada numa relação de subordinação do doente em relação ao prescritor e passa a ser abordada sob uma perspetiva diferente, baseada na cooperação e igualdade na relação médico-doente, através de uma “aliança terapêutica” na qual se reconhecem não só a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também a de todos os que se encontram envolvidos (direta ou indiretamente) no tratamento (Vermeire, Heanshaw, Van Royen & Denekens, 2001; Osterberg & Blaschke, 2005).

Na atualidade, quando os profissionais de saúde se referem à ação da toma dos medicamentos recomendados, utilizam mais comumente a expressão “adesão ao tratamento”, que se traduz num esforço voluntário por parte do utente que assume e participa com responsabilidade no seguimento do tratamento prescrito que inclui um conjunto de mudanças comportamentais que se define pela toma da medicação, por seguir dietas ou por executar diferentes hábitos de vida que coincidam com o regime terapêutico prescrito (Araújo I., 2010).

Mais recentemente surge a expressão “adesão parcial”, reportando-se aos erros na toma da medicação associados a uma dose ou a uma hora incorretas e inadequadas. A adesão parcial pode ser intencional ou não intencional. Ela é considerada intencional quando a pessoa opta unilateralmente por alterar a prescrição, em virtude de se sentir melhor ou pior, dos efeitos colaterais, do desconhecimento da real necessidade do tratamento ou da ingestão de bebidas alcoólicas. A adesão parcial intencional verifica-se com maior frequência na fase aguda da doença. A adesão parcial não intencional é mais comum em idosos e crianças, sendo causada pelo esquecimento da dose prescrita (causa mais comum), pela confusão nos esquemas de tratamento, pelo rótulo impreciso e/ou pela incapacidade de abrir as embalagens (Faria, 2008).

Segundo a WHO(a) (2003), a adesão ao regime terapêutico pode ser entendida como o grau ou extensão do comportamento da pessoa idosa em relação à toma de medicamentos, ao cumprimento da dieta e à alteração, indicada pelo profissional de saúde, de hábitos ou estilos de vida, sendo a sua plena observância considerada essencial para o bem-estar próprio e uma importante componente nos seus cuidados.

Comprova-se que os idosos estão polimedicados, sendo verdade que por vezes têm mais que um prescritor e que, na mesma matéria, não lhes assiste um acompanhamento adequado. Assim sendo, revela-se quase sempre impossível verificar a eficácia do fármaco na sua correlação com a patologia indicada. O aumento do número de fármacos prescritos à pessoa idosa e o défice na sua autonomia física e cognitiva apontam no sentido de um crescimento da não adesão ao tratamento.

A falta de adesão ocorre ainda para além da aplicação do regime terapêutico medicamentoso tal como prescrito, quando o comportamento do utente não corresponde às recomendações dos profissionais de saúde. Há não adesão ao regime terapêutico quando a pessoa idosa não segue as indicações relativas a alterações nos hábitos de saúde e nos estilos de vida, no sentido de adotar práticas saudáveis, bem como quando não comparece a consultas médicas previamente marcadas ou não realiza os exames complementares de diagnóstico que lhe foram prescritos.

Segundo (Borges, 2009), a medicação é essencial para o controlo sintomático das doenças que atingem os idosos e para a melhoria da sua qualidade de vida. Nos últimos anos, tem-se assistido ao surgimento de diversos estudos que refletem sobre a

problemática da medicação no idoso, nomeadamente a polimedicação, a adesão e a não adesão ao regime terapêutico medicamentoso (ARTM).

Na análise crítica da produção bibliográfica latino-americana realizada na última década, Reiner, Azevedo, Vieira & Arruda (2008, p. 2305) sugerem a importância de se investir devidamente nesta temática, pois “a maior carga de responsabilidade pela adesão/não-adesão ao tratamento é conferida ao paciente e (...) é necessário que os profissionais e serviços de saúde sejam corresponsáveis nesse processo.”

Vários autores entendem por ARTM o cumprimento e seguimento de todas as indicações dadas pelo prescritor e outros profissionais de saúde referentes à autoadministração de fármacos.

Segundo Bugalho & Carneiro (2004, p. 14), a falta de adesão “interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da medicação e promovendo a utilização de meios de diagnóstico e de tratamento desnecessários (...) O controlo e aumento da adesão terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde”, pelo que as intervenções destinadas a um aperfeiçoamento da adesão terapêutica constituem uma inigualável contribuição para o benefício da saúde da população idosa, melhorando a sua qualidade de vida e reduzindo significativamente as recorrências aos serviços de urgência e os internamentos por descompensação da patologia.

A falha na adesão ao tratamento estabelece-se como um dos principais obstáculos a um adequado controlo da sintomatologia presente em doentes com transtornos mentais, bem como em casos de outras patologias crónicas, além de que é ainda assinalada como sendo um dos fatores nucleares do prognóstico, aumentando significativamente as probabilidades de recaídas, os números e o tempo dos internamentos (Pereira & Santos, 2011).

A não adesão reveste-se de uma panóplia de consequências prejudiciais para a economia mundial, representando cerca de 65% do total de despesas com a saúde em todo o mundo. Prevê-se que, até 2020, este valor cresça a nível mundial e a nível nacional, o que obrigará, no que aos cuidados de saúde respeita, à procura de diferentes soluções baseadas em novas estratégias e alternativas (Bugalho & Carneiro, 2004).

Perante as importantes repercussões que a falta de cumprimento do tratamento assume na saúde pública, a investigação na área da adesão ao regime terapêutico (ART) tem motivado um interesse crescente (Dunbar-Jacob & Mortimer-Stephens, 2001; Vermeire, Heanshaw, Van Royen & Denekens, 2001; Bugalho & Carneiro, 2004; WHO(a), 2003).

Observou-se que, nos últimos anos, a ARTM é um assunto sobre o qual tanto os profissionais de saúde, e em especial os enfermeiros, como os idosos e suas famílias têm manifestado alguma preocupação. A não adesão ao regime terapêutico medicamentoso tem tido impactos a nível pessoal, económico e social, contribuindo para um aumento das hospitalizações, uma diminuição da qualidade de vida e, conseqüentemente, um crescimento da morbilidade e mortalidade. Como um dos principais fatores do prognóstico, a não adesão ao tratamento aumenta significativamente as probabilidades de recaídas, o número e o tempo dos internamentos (Pereira & Santos, 2011).

Para avaliar a ART, têm sido utilizadas duas tipologias de método: o método direto (fidedigno, dispendioso e pouco aplicado na prática) e o método indireto, que requer a participação do utente, sendo o mais vulgarmente utilizado, pela simplicidade, facilidade, por apresentar alta especificidade e por ser mais económico.

Através de métodos diretos confirma-se se, de facto, houve a ingestão do fármaco; no entanto, este tipo de avaliação obriga a uma intervenção invasiva junto dos participantes, o que aumenta a real probabilidade de recusa de participação no estudo. Essa intervenção passa por uma avaliação das concentrações séricas, realizada através da recolha de várias amostras de fluidos, que permite determinar a concentração do medicamento no organismo. Porém, nem sempre a análise quantitativa está disponível, na medida em que, para além de ser uma opção financeira dispendiosa, ela poderá ser influenciada por fatores biológicos. A análise sanguínea ao marcador biológico é um outro teste bastante preciso contemplado pelos métodos diretos mas, tal como a intervenção anterior, é bastante dispendiosa e não dispensa a recolha de diversas amostras de fluidos corporais.

A investigação com recurso aos métodos indiretos desenrola-se em moldes diferentes (Dias *et al.*, 2011). Nesse contexto, o relatório do doente é, indubitavelmente,

o teste mais utilizado, visto que se apresenta pouco dispendioso e é de simples aplicação. Outro exemplo concreto desta medida de avaliação é o uso de escalas como a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) ou a escala de adesão à terapêutica de Morisky. Mas, em todo o processo, a opinião do médico constitui também um método fácil, económico e de alta especificidade, apresentando, no entanto, uma diminuta sensibilidade e valorizando a adesão total. Por seu turno, o método do diário do doente, quando esse diário é corretamente preenchido, permite realizar uma correlação simples com os eventos relativos à patologia que ocorrem diariamente na sua vida. Aparentemente, a contagem dos comprimidos pareceria ser o método mais adequado para avaliar a taxa de adesão ao regime terapêutico. No entanto, a sua fragilidade revela-se, desde logo, pela circunstância de ser este um método de fácil manipulação pelo doente, que poderá retirar deliberadamente os comprimidos ou alegar tê-los perdido. Da mesma forma, o reabastecimento de terapêutica fornece uma média da taxa de adesão.

Cada vez mais os utentes sentem a necessidade de participar no processo de tratamento e reabilitação da sua patologia, recorrendo aos profissionais de saúde com o intuito de melhor se informarem e promoverem a sua adesão. Por parte dos profissionais de saúde exige-se uma abordagem biopsicossocial que perceba os utentes como parceiros ativos no percurso terapêutico, esclarecendo as suas dúvidas e desmistificando os seus medos e receio.

2.3.2 Conceito de gestão do regime terapêutico

A expressão “gestão do regime terapêutico” foi utilizada pela primeira vez na década de 1960 por Thomas Creer. Se, de início, “não teve aceitação (...) só mais tarde se tornou evidente a necessidade de uma participação mais ativa da pessoa com doença crónica” (Bastos, 2012, p. 61).

Por gestão do regime terapêutico designa-se um tipo de comportamento de adesão com características muito específicas: a execução das atividades de cumprimento de um programa de tratamento da doença e das suas complicações, considerando-se essas atividades como satisfatórias para se atingirem objetivos concretos de saúde. Ainda na

linha do seu âmbito muito específico, integra também atividades para tratamento ou prevenção de doença na vida diária (CIPE, 2006).

A gestão do regime terapêutico não depende exclusivamente das competências cognitivas e instrumentais do utente, sendo igualmente condicionada pelas medidas dos profissionais de saúde, acionadas com o propósito de conhecerem em profundidade as dificuldades inerentes à gestão do tratamento, de modo a capacitarem o utente no sentido da ARTM.

Compete, pois, ao profissional de saúde capacitar o utente nesse sentido, adaptando o tratamento à sua condição de saúde particular, de modo a promover convictamente o seu autocontrolo e qualidade de vida, com a implementação global de comportamentos cognitivos e instrumentais tendentes a diminuir a sintomatologia ou a alterar/manterem o seu estado de saúde. Esta problemática torna-se mais evidente quando se examinam pacientes com regimes terapêuticos complexos (Padilha, Oliveira & Campos, 2010).

Alguns autores defendem que a gestão do regime terapêutico pode ser efetuada pelo utente versus profissional de saúde ou, então, exclusivamente pelo utente, passando a designar-se esta última condição, quando assim acontece, de autogestão (Barlow *et al.*, 2002; Bodenheimer *et al.*, 2002).

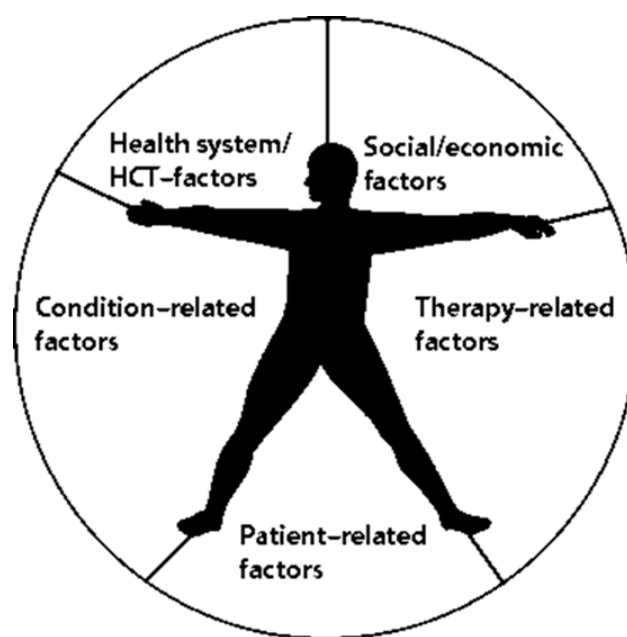
Constituindo-se como um fator da adesão terapêutica, a capacidade de gestão da medicação pressupõe uma competência funcional e cognitiva, ou seja, a autogestão de um regime medicamentoso prescrito presume que o utente seja capaz de uma adequada alimentação, de realizar exercício físico, de monitorizar os sintomas, de tomar os medicamentos e de procurar ajuda profissional sempre que se justifique (Lorig & Holman, 2003; Kripalani *et al.*, 2006).

2.3.3 *Determinantes da adesão e da gestão*

Seguindo o que até agora se investigou e que ressalta da revisão da literatura e dos estudos preliminares efetuados ao longo deste percurso, observaram-se vários determinantes condicionadores da adesão e gestão do regime terapêutico

medicamentoso, designadamente o facto de as populações estudadas serem, na sua maioria, pessoas idosas ou pessoas com um predominante historial de doenças crónicas (diabetes, hipertensão, insuficiência renal, patologia cardíaca), serem elas próprias as principais responsáveis pelo seu regime terapêutico medicamentoso, permanecerem no seu ambiente natural ou estarem a ser monitorizadas por profissionais de saúde. Quando, em muitos dos estudos, se percebe que os profissionais de saúde têm de assumir um papel mais interventivo na melhoria das condições da adesão, facilmente se entende que esta adesão varia de acordo com a patologia em si e com as suas complicações a curto e médio prazo. A WHO (WHO(a), 2003) sugere, em casos de doenças crónicas, serem cinco os fatores relacionados com a ARTM (Figura 3), nomeadamente os que se interligam com o sistema de saúde, os socioeconómicos e os que dizem respeito propriamente ao tratamento, à doença e à pessoa.

Figura 3 – As cinco dimensões da adesão ao regime terapêutico.



Fonte: WHO, 2003

Os fatores que se prendem com o sistema de saúde englobam a interação do sistema com a pessoa cuidada, podendo, nesta órbita de entendimento,

interrelacionarem-se quer com a infraestrutura organizacional de acessibilidade (recursos técnicos, acesso ao tratamento, continuidade dos cuidados, suportes comunitários, horários e duração das consultas), quer ainda com a componente humana (satisfação com os cuidados, conhecimento, atitudes e competências dos profissionais de saúde, grau de educação/esclarecimento dos utentes) (Araújo & Garcia, 2006; Giorgi, 2006).

Quanto aos fatores relacionados com a caracterização socioeconómica, foram identificados enquanto tal os seguintes: escolaridade; situação laboral; apoio social; habitação; transportes; distância; crenças; capacidade monetária para aquisição da terapêutica prescrita; autogestão; diminuição intencional da dose prescrita; e acesso à informação (Páscoa & Santos, 2012; Sousa *et al.*, 2011; Cintra, Guariento & Miyasaki, 2010; Machado M., 2009; Osterberg & Blaschke, 2005; Bugalho & Carneiro, 2004).

O conjunto de fatores que ao tratamento muito especificamente diz respeito abrange: reação adversa ao medicamento, perceção da baixa eficácia do medicamento, nível de confiança no tratamento prescrito, polimedicação, número de prescritores, comportamentos de saúde e complexidade do regime terapêutico, e algumas singularidades do medicamento, de que são exemplo as vias de administração, a forma como se apresenta, o sabor e tipo de embalagem (Santos & Almeida, 2010; Rocha *et al.*, 2008; Osterberg & Blaschke, 2005; Home, 2000; Coelho *et al.*, 2013).

Os aspetos que estão em estreita ligação com a doença e que têm sido apontados como determinantes da adesão e gestão do regime terapêutico são: comorbilidades, alterações da funcionalidade, presença ou ausência de dor, esquecimento, alterações cognitivas, diminuição da acuidade visual, situação de depressão, comportamento de procura de serviços de saúde (Coelho *et al.*, 2013; Mahtani *et al.*, 2011; Rocha *et al.*, 2008; MacLaughlin *et al.*, 2005).

Finalmente, da ordem dos fatores concatenados com a pessoa fazem parte os de natureza sociodemográfica (idade, género, escolaridade, coabitação), desmotivação (humor deprimido) ou crenças e os que se situam ao nível da literacia em saúde e motivação (Santos A., 2010; Machado M., 2009; Oliveira, Pedrosa & Gonçalves, 2008; Giorgi, 2006; Bugalho & Carneiro, 2004; Home, 2000; Brannon & Feist, 1997).

A adesão ao regime terapêutico pode ser avaliada em função de um, de mais do que um ou, mesmo, dos cinco fatores mencionados. “Ela diverge não só entre pessoas diferentes, como em cada uma das pessoas. Pode divergir também no tempo, isto é, em determinado momento da vida e noutra não” (Baptista, 2014, p. 20).

“A partir dos seus recursos materiais e humanos, com base na autoajuda e no suporte social, no desenvolvimento de sistemas flexíveis que reforcem a participação pública e orientem para a resolução dos problemas de saúde” (WHO, 1986), incumbirá aos profissionais de saúde abolir a descrença na eficácia da terapêutica, explicando à pessoa o benefício que uma correta, e naturalmente eficaz, gestão do regime terapêutico comporta para a sua saúde, ampliando, desse modo, a adesão.

2.3.4 A adesão e a gestão do regime terapêutico medicamentoso na população portuguesa

Realizou-se, para o planeamento da pesquisa sobre a temática em estudo, uma revisão integrativa da literatura dos estudos efetuados em Portugal. “A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução de custos, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas” (Mendes, Silveira & Galvão, 2008, p. 759).

Devido à crescente quantidade de informação científica disponível, torna-se imperioso concretizar uma pesquisa mais pormenorizada que, posteriormente, se converta em fonte de consulta e conhecimento, reunindo informações organizadas, criticamente avaliadas e quantitativamente mensuradas.

Diversos estudos avaliaram a adesão do doente à terapêutica, muito embora a maioria seja direcionada para portadores de doenças crónicas, como a síndrome de imunodeficiência adquirida, a diabetes e a hipertensão. Assinala-se, por isso, a escassez de dados específicos da adesão ao regime terapêutico por parte, nomeadamente, dos

doentes psiquiátricos e de utentes idosos dependentes, em particular os apoiados por equipas de cuidados domiciliários. As intervenções dirigidas às causas determinantes da não adesão precisam de ser apreciadas quanto aos respetivos efeitos e à sua possibilidade de generalização. As interposições baseadas na investigação, ao serem colocadas em prática, poderão melhorar os resultados e a qualidade dos cuidados, mitigando, dessa forma, os seus dispêndios.

Do ponto de vista metodológico, a linha orientadora desta revisão integrativa da literatura foi a questão inicialmente definida: avaliar a adesão e a gestão do RTM e conhecer os fatores condicionantes que lhes subjazem, para guiar a tomada de decisão clínica. Para a adequação da questão a ser focada na investigação e da respetiva pesquisa bibliográfica baseada na evidência, recorreremos à estratégia de PICO.

PICO é uma sigla que representa o participante (*participants*), a intervenção (*intervention*), a comparação (*comparisons*) e os resultados (*outcomes*); no fundo, esta sigla representa os quatro elementos fulcrais da pesquisa e da construção da pergunta de investigação e da realização da pesquisa bibliográfica de evidências (Santos, Pimenta & Nobre, 2007; Institute, 2011).

A pergunta, quando bem formulada, possibilita a definição correta das necessárias evidências na resolução da questão clínica, maximizando a recuperação de certeza nas bases de dados, focalizando o objetivo da investigação e evitando a realização de indagações desnecessárias.

Assim, a metodologia PICO foi utilizada na revisão bibliográfica para a construção da nossa questão, tendo sido feito um levantamento de: tipo de participantes (*participants*), focando-nos na atuação dos adultos e idosos relativamente à adesão e gestão do regime terapêutico; tipo de intervenção (*intervention*), centrando a nossa atenção nos fatores intervenientes na adesão ao regime terapêutico; tipo de comparação (*comparisons*), confrontando as variáveis dos estudos; e tipo de resultados (*outcomes*), compilando a quantificação das intervenções identificadas e das condicionantes da adesão e o cálculo da taxa de sucesso ou insucesso.

Esta revisão bibliográfica, que apoiou algumas das decisões no planeamento desta investigação, ocorreu entre os meses de janeiro e de fevereiro de 2015, durante a qual

foram eleitos como idiomas preferenciais o inglês, espanhol e português e se definiram os seguintes critérios de inclusão/exclusão: artigos publicados em revistas de cariz científico de acesso livre e gratuito em linha (online); artigos apresentados em texto integral (*full text*); artigos editados entre 2005-2014; artigos originais na população portuguesa adulta ou idosa; revisões bibliográficas ou sistemáticas com, pelo menos, um autor português; a abordagem à temática da adesão e gestão do regime terapêutico. Iniciou-se a revisão a partir de uma pesquisa em bases de dados eletrónicas: Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL); Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Biblioteca do Conhecimento Online (B-ON); Base de Datos de Enfermería Cuidados de Salud Iberoamérica (CUIDEN); Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) Enfermagem; Biblioteca Nacional Portuguesa (BNP). Em consonância com a temática em causa e cumprindo os critérios de seleção, foram identificados os artigos assinalados na Tabela 1.

Tabela 1 – Descritores de pesquisa com o respetivo código e o número de artigos.

Código	Descritores de pesquisa	N.º Artigos
1	Adesão	91
2	Gestão	576
3	Terapêutica	340
4	Idoso	33
5	Adesão gestão	9
6	Adesão terapêutica	21
7	Adesão idoso	2
8	Gestão terapêutica	5
9	Gestão Idoso	3
10	Terapêutica idoso	3
11	Adesão gestão terapêutica	3
12	Adesão terapêutica idoso	1

Atendendo aos critérios de seleção, os artigos designados estão apresentados em número na Tabela 2, por código de palavras e por ano.

Tabela 2 – Número de artigos pesquisados por ano e por palavras-chave*.

Ano	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
2014	12	46	28	5	3	4	--	2	--	--	1	--
2013	12	68	50	10	2	6	1	1	2	1	1	1
2012	17	93	64	5	1	4	--	2	1	--	1	--
2011	11	59	38	3	--	--	--	--	--	--	--	--
2010	11	62	30	4	1	3	1	--	--	--	--	--
2009	7	86	38	2	1	2	--	--	--	1	--	--
2008	5	74	21	1	--	--	--	--	--	--	--	--
2007	6	63	35	1	1	2	--	--	--	1	--	--
2006	4	12	32	1	--	--	--	--	--	--	--	--
2005	6	13	4	1	--	--	--	--	--	--	--	--

*código das palavras-chave de acordo com a Tabela 1.

Da pesquisa efetivada foram examinados dez artigos, metade deles, revisões de literatura e os demais, de investigação empírica. Da sua análise delimitaram-se cinco grupos de fatores condicionantes à adesão ao tratamento, assinaladamente sociodemográficos, socioeconômicos, fisiológicos, cognitivos e farmacológicos. No quadro de um plano de intervenções pensado para influenciar positivamente a adesão terapêutica, propõe-se o conhecimento das causas do abandono terapêutico e da relação entre o doente e os profissionais de saúde, o desenvolvimento da literacia em saúde, o apoio familiar, estratégias para evitar o esquecimento (telefonemas de monitorização, caixas multidoses), o recurso à farmácia habitual sob o verdadeiro pretexto da dispensa dos fármacos e ações de *coping* focadas no abandono (Quadro 1).

Quadro 1 – Artigos selecionados da revisão sistemática da literatura.

Autor/data/título	Metodologia/participantes	Intervenção proposta	Fatores condicionantes
Ferreira, 2014, Impacto da adesão terapêutica nos custos dos cuidados de saúde	Revisão bibliográfica 4 Estudos (2001-2010)	- Conhecer as causas de abandono - Relação médico-doente	- Esquecimento - Reação adversa - Perceção baixa eficácia medicamento
Monterroso, 2012, Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de psiquiatria do centro hospitalar barlavento algarvio	Descritivo Exploratório Correlaciona /61 utentes	- Aumentar a literacia em saúde	- Idade - Escolaridade - Classe Social
Páscoa, 2012, Determinantes de adesão em doentes submetidos a angioplastia transumanar percutânea coronária	Caso-controlo /21 utentes	- Apoio familiar - Telefonemas de monitorização/motivação	- Esquecimento - Falta de informação - Desmotivação (humor deprimido)
Machado LA, 2011, O desenvolvimento da confiança nas comunidades terapêuticas e o seu impacto na adesão ao tratamento	Descritivo Exploratório Metodologia Qualitativo Quantitativo/231 doentes e 9 comunidades	- Estabelecer confiança (doente, técnicos e instituição)	- Nível de confiança
Sousa MR, 2011, Chopin e adesão ao regime terapêutico	Revisão bibliográfica/20 estudos (1982-2008)	- Estabelecer estratégias de coping focadas no problema - Fatores psicossociais	- Estratégias de coping focadas na emoção - Sociodemográficos - Género - Pessoal, familiar e social influência a compreensão da doença e por consequência a adesão
Sousa S, 2011, Polimerização em doentes idosos e adesão à terapêutica	Transversal Exploratório/51 idosos	- Institucionalização diurna - Caixas multidoses	- Esquecimento - Dificuldade económica
Padilha, 2010, Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica	Revisão integrativa da literatura/8 artigos (2006-2009)	- Desenvolver programas de intervenção em enfermagem - Implementar e avaliar através de indicadores	- Admissão/readmissão hospitalar - Conhecimento - Satisfação nos cuidados
Santos M, 2010, Polimerização no idoso	Revisão bibliográfica /20 estudos (2000-2009)	- Quadros da posologia de fácil leitura - Estratégia eliminar esquecimento - Revisão terapêutica de 6/6 meses - Medicamento de dose única diária - Comunicação eficaz - Caixa de unidos - Incentivar o uso da mesma farmácia	- Institucionalização - Género - Diminuição visão - N.º fármacos - Défices memória - N.º prescritores - Dor - Automedicação

Quadro 1 (continuação) – Artigos selecionados da revisão sistemática da literatura.

Autor/data/ título	Metodologia/ participantes	Intervenção proposta	Fatores condicionantes
Sousa MR, 2008, Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico	Transversal Correlaciona /212 diabéticos	- Estabelecimento de relação empática - Facultar informação escrita - Envolver pessoas significativas - Disponibilidade de tempo do profissional	- Idade - Satisfação com os Cuidados Saúde
Henriques MAP, 2006, Adesão ao regime terapêutico em idosos	Revisão sistemática/11 estudos (2004-2006)	- Educacional (utente identifica as necessidades de aprendizagem) - Estabelecer comunicação à distância (telefone, falado ou e-mail)	- Características do RT - Comportamentos de saúde - Suporte social - Depressão - Função cognitiva - Incapacidade física de autoadministração - Limitações económicas - Diminuição intencional da dose prescrita
Ventura A, 2006 Adesão à Terapêutica anti retrovírica na infeção VIH/SID	Revisão de artigos/ 32 estudo	- Realização de estudos desenhados, por forma a encontrar estratégias para fortalecer a adesão	- Escolaridade - Estatuto socioeconómico - Depressão - Falta de motivação no tratamento - Complexidade RT

Dos artigos selecionados depreendeu-se que a investigação empírica realizada em Portugal se processa em torno de grupos específicos de utentes cujo fator comum obedece a uma determinada patologia. Neste conjunto, o fator condicionante da ARTM fixa-se sobretudo, com a idade, o estatuto socioeconómico, a literacia, o relacionamento com os profissionais de saúde e a estabilidade emocional do utente.

2.3.5 Autocuidado e suas implicações na gestão do regime terapêutico medicamentoso

O tema da adesão e gestão do regime terapêutico por parte do utente/doente enquadra-se na problemática do autocuidado, introduzida na prática da enfermagem por Dorothea Orem. Não raras vezes, no procedimento clínico de enfermagem diário, os enfermeiros atuam empiricamente de acordo com um modelo de enfermagem. Identificam conceitos e as suas intervenções são padronizadas em consonância com a

restante equipa, não obstante nem sempre conseguirem estabelecer uma relação direta entre as suas decisões clínicas e um paradigma teórico.

Justifica-se a anterior situação quando, na sua origem, ela se firma no pressuposto de que todo o ser humano possui um potencial natural para desenvolver conhecimentos e competências e manter a motivação necessária para o autocuidado e para o cuidado com os membros dependentes. A satisfação das necessidades de autocuidado comporta em toda a sua amplitude uma componente cultural, social e individual. As ações de autocuidado são planeadas em função do que se deseja e, nesse sentido, requerem intencionalidade. As mesmas atuações, quando estribadas na premissa de que as pessoas têm noção dos momentos em que precisam de executar ações específicas e em que carecem de ajuda exterior, são condicionadas pelo saber e pelo fazer. O ser humano procura sempre saber e desenvolver formas de satisfazer as suas necessidades de autocuidado.

Sendo um dos imperativos desta investigação a avaliação da adesão e gestão do RTM dos idosos dependentes e a identificação dos fatores influenciadores da não adesão ao RTM, após a nomeação dos mesmos, será determinante compreender até que ponto a pessoa idosa poderá, de facto, ser considerada autossuficiente na gestão do seu RTM. À luz do preceito do autocuidado, incumbe aos enfermeiros de apoio domiciliário orientar ações de enfermagem produtivas no desenvolvimento de um *empowerment* na pessoa idosa dependente.

Com a finalidade de que a pessoa idosa seja autossuficiente na gestão do RTM, torna-se essencial que desenvolva as suas competências de autogestão (*self-management*), definida esta como o resultado de um processo de aprendizagem e treino das aptidões necessárias para, face à doença, lhe garantirem uma vida independente e emocionalmente satisfatória.

Orem (2001) considera que, perante uma necessidade específica, será premente planear uma linha de ação. Dessa forma, os objetivos desejados serão intencionalmente atingidos com sucesso, nos casos em que se depreenda existir um inequívoco compromisso por parte da pessoa cuidada em dar continuidade ao plano previamente elaborado. Bastos (2012) defende que, muito mais do que o plano de intervenção, se devem também equacionar os seguintes aspetos como condições importantes para que a

pessoa promova o autocuidado: a motivação, a capacidade para a tomada de decisão, o conhecimento técnico, as capacidades cognitivas, perceptuais e interpessoais e a coerência e integração das ações de autocuidado na vida pessoal, familiar e comunitária.

O autocuidado é, na sua essência, um tipo de ação com características muito singulares, realizada pela própria pessoa e para o qual ela deve estar preparada (CIPE, 2006). Nesta perspectiva, o modelo do autocuidado regula a prestação dos cuidados de enfermagem, atendendo às necessidades da pessoa em autocuidado, com supervisão e atuação, com uma base de continuidade, e com o objetivo da manutenção da vida e da saúde. Neste âmbito, o enfermeiro pode estimular e promover o apoio e a educação para o autocuidado na gestão do regime terapêutico.

Acompanhar o idoso no seu processo de cuidados implica compreender a complexidade da experiência da pessoa que toma medicamentos, que reside na sua casa e que procura assumir o intrincado processo de gerir a própria medicação. Perceber a natureza dos cuidados que o enfermeiro presta e a teoria que os suporta encaminha todo o sistema, de um modo muito natural, a uma adequada conceitualização dos cuidados (Michaud, 1996; Schmetzer, 1999).

O desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência foi influenciado de modo determinante pela formulação de modelos que refletem a prática do cuidado e que, afetados por um conjunto de crenças e valores, fixam metas e aplicam os conhecimentos e habilitações que o profissional detém para prestar o cuidado de uma forma devida e responsável.

Segundo Fawcette (2005), a enfermagem é composta por quatro conceitos-chave: pessoa (destinatário das ações de enfermagem); saúde (estado de bem-estar ou doença do destinatário); meio ambiente (ambiente específico do destinatário); enfermagem (ações praticadas pelos enfermeiros em nome de/em conjunto com o destinatário).

Todas as ações de enfermagem devem observar adequadamente as crenças e valores de cada pessoa a ser cuidada; em razão de cada experiência pessoal, essa pessoa rececionará de modo diverso a significação do que lhe é sugerido.

No ano de 1958, Dorothea Orem inicia o desenvolvimento da sua teoria e, em 1991, num esforço de a aperfeiçoar, é confrontada com a dificuldade de definição das características concretas das práticas de enfermagem. Em 1971, Dorothea Orem publica as suas ideias sobre o processo de enfermagem, propondo as teorias articuladas do autocuidado, do défice de autocuidado e dos sistemas de enfermagem.

A teoria do autocuidado descreve a forma como as pessoas cuidam de si próprias e as causas do seu comportamento, incluindo, na sua fundamentação, a capacidade do homem de se cuidar, os fatores condicionantes básicos e a totalidade de ações necessárias de autocuidado. As categorias de requisitos do autocuidado são agrupadas em: 1) requisitos universais, respeitantes às qualidades individuais de cada ser humano, qualidades que são determinadas pela sua condição biológica ou sociopsicológica e que, dada a sua natureza específica, são únicas; 2) requisitos de desenvolvimento do autocuidado, relacionados com a progressão individual e a capacidade de readaptação ao longo do ciclo vital; 3) requisitos de desvio de saúde, englobando as qualidades individuais inaptas para a realização do autocuidado e a necessidade, imposta por essas qualidades, de procura de auxílio com exigências especiais. No esforço de se facultar o cuidado mais conveniente, esta imposição implica o cumprimento de certos preceitos, entre os quais se incluem: assegurar os cuidados apropriados (agentes físicos ou biológicos); consciencialização e observação das condições patológicas; compreensão do diagnóstico médico e a subsequente aplicação da terapêutica e das medidas de reabilitação, prevenção ou tratamento adaptadas à especificidade da patologia; identificação dos incómodos ou efeitos nocivos das medidas terapêuticas de cuidado que foram prescritas; modificação do autoconceito com a aceitação de se recorrer a formas específicas de cuidados de saúde; e aprendizagem de uma adequada convivência com a condição patológica, cuja assunção permitirá a construção de um projeto de vida.

O autocuidado é uma função humana reguladora que, consoante as condições individuais, as pessoas deliberadamente desempenham, de modo independente ou com o auxílio de outrem, tendo em vista a preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Os enfermeiros assumem as tarefas inerentes ao autocuidado quando a pessoa se encontra numa situação incapacitante que a impeça de exercer essa ação primordial. A enfermagem é um serviço de ajuda intencional, desempenhado pelos enfermeiros e dirigido às outras pessoas, mas por um período de tempo delimitado. Aquele que cuida de si mesmo ou presta este serviço a outras pessoas é designado como “agente de autocuidado”. Assim sendo, o próprio enfermeiro pode ser designado de agente de autocuidado.

A teoria do défice de autocuidado, que segundo George & Cols. (2000) representa o núcleo da teoria geral de Orem, descreve e explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem. Começa-se finalmente a compreender que, apesar da sua aparência simples, na verdade a teoria de Orem vai-se tornando muito complicada e implexa à medida que se vai aprofundando. Segundo estes autores, embora se trate de uma teoria abrangente e extensa, a interligação entre os conceitos propostos por Orem é correntemente compreensível, pela razão de que a noção base de autocuidado tem uma aplicação universal, sendo, por isso, facilmente transportada para a prática da Enfermagem. A teoria do défice de autocuidado promove o envolvimento da própria pessoa no processo do “cuidar-se” de forma deliberada, sendo, todavia, o enfermeiro quem estabelece o processo e as metas, esperando, com esse plano por si concebido, estimular as capacidades de autocuidado e autonomia do utente. Contudo, se o utente optar por rejeitar esse processo evolutivo da sua autonomia, preferindo sujeitar-se aos cuidados dos outros, competirá ao enfermeiro ajudar a pessoa a desenvolver o conceito da necessidade.

A essência da teoria geral do défice de autocuidado é determinada pela necessidade de intervenção da enfermagem, quando as exigências de autocuidado são maiores do que a capacidade da pessoa para o desenvolver de forma deliberada (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

A teoria dos sistemas de enfermagem descreve e explica as relações que têm de ser geradas e sustentadas para que se produza a enfermagem. As ações de enfermagem que fazem parte da teoria dos sistemas revestem-se de um carácter de suporte educativo ou compensatório.

Orem entende a enfermagem de forma tríplice, ou seja, como um serviço que nasceu especificamente para ajudar os seres humanos, como uma arte perante a habilidade de ajudar as pessoas na gestão do autocuidado e como tecnologia no momento em que se acede ao conjunto de informações sistematizadas para a obtenção de resultados. Na mesma linha de pensamento, o processo de enfermagem será uma metodologia que determinará a razão que está na origem da necessidade de cuidados por parte da pessoa, a partir da qual se conceberá a construção de um adequado plano de cuidados e a sua implementação.

Neste sentido, o foco do processo de enfermagem centra-se em gerir de forma contínua as necessidades do autocuidado para com o indivíduo que, como sujeito da ação, assume, num contrato formal ou informal com o enfermeiro, o que à assistência a ser prestada respeita. Assentando o seu conhecimento na “escola das necessidades”, Orem procura defini-las num contexto de inter-relação.

Orem identificou cinco métodos que os enfermeiros podem utilizar, de forma combinada ou isoladamente, quando cuidam da pessoa: executar ou agir, substituindo a pessoa no que não se sinta capacitada para desempenhar; orientar e encaminhar; prestar apoio físico e/ou psicológico; criar e manter um ambiente que favoreça o seu desenvolvimento; e ensinar (Tomey & Alligood, 2004).

O método para conduzir este processo obedece aos critérios (Tomey & Alligood, 2004) que determinam tanto os requisitos de autocuidado e da competência para o mesmo como da necessidade terapêutica, que trabalham no sentido de uma mobilização das competências do enfermeiro, ou que desencadeiam, nos sistemas de enfermagem, o planeamento da assistência.

A teoria de Orem tem vindo a ser muito utilizada, principalmente na prática, delimitando a sua focalização na doença e naquele que de momento se encontra institucionalizado. O seu contributo para a teoria, i.e., o conhecimento específico da enfermagem, assume uma amplitude suficientemente complexa que lhe permite enquadrar e dar sentido disciplinar à atividade profissional, na medida em que possibilita a construção de narrativas explicativas do que é feito pelos enfermeiros e de padrões de conhecimento em que os mesmos profissionais se fundamentam e que, por seu lado e em simultâneo, criam e enriquecem ante a necessidade de respostas para os

problemas de saúde, de doença e de bem-estar das pessoas e populações a que prestam a sua assistência de saúde (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Compreender a natureza dos seres humanos, a sua interação com o ambiente envolvente e o impacto que a mesma tem na sua saúde contribui para o planeamento da prática clínica e para a definição das intervenções prioritárias no fomento da saúde e do bem-estar das pessoas. A melhoria do cuidado deverá ser o principal objetivo de uma teoria geral da enfermagem (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

De acordo com o modelo teórico de Dorothea Orem, ao enfermeiro compete-lhe supervisionar o autocuidado do utente e dinamizar estratégias objetivando a capacitação da pessoa no sentido da autonomia e da eficácia no autocuidado. Um equilíbrio saudável entre a saúde e o bem-estar depende, sobremaneira, da consciencialização do idoso que tenha medicamentos prescritos para patologias crónicas da importância de uma eficaz adesão e gestão do regime terapêutico.

Os enfermeiros são conhecedores da sua atividade e possuem a necessária competência para a explicarem aos outros, pelo que a teoria em enfermagem conduz à desejada autonomia profissional, orientando as práticas assistenciais, de ensino e de investigação no âmbito em que se movem (Tomey & Alligood, 2004).

3 JUSTIFICAÇÃO E OBJETIVO DO ESTUDO

Procura-se com este capítulo valorizar uma questão fundamental para o desenvolvimento de qualquer estudo de investigação que se pretende válido, útil e reconhecido pela comunidade científica no seio da qual ele será integrado.

Numa fase ainda exploratória da pesquisa foi possível reunir alguns contributos sobre a temática da adesão e da gestão do regime terapêutico medicamentoso que agrupam resultados de investigação e propostas de problematização, constituindo estes indícios relevantes que apontam para e justificam a pertinência da pesquisa a desenvolver e a clarificação das respetivas intenções de investigação.

Essas referências contribuíram decididamente para o esclarecimento e possíveis entendimentos sobre a conveniência do estudo a desenvolver.

Segundo a WHO, os valores do ARTM são reconhecidos como um importante indicador da eficiência dos serviços de saúde e um significativo modificador da eficácia dos sistemas de saúde. A baixa adesão ou não adesão à terapêutica revela-se um problema mundial de grande amplitude, acentuando a incidência e a prevalência de várias patologias e aumentando as despesas em saúde (WHO(a), 2003).

Apostar na adesão à terapêutica poderá ser o melhor investimento para o controlo das doenças crónicas, propiciando, dessa forma, a segurança do doente. A adesão ao tratamento é um processo dinâmico que é influenciado por vários fatores. Ele exige o esforço conjunto e simultâneo de um acompanhamento cuidadoso, com intervenções específicas em termos individuais, familiares, organizacionais e da comunidade em geral.

Pela revisão integrativa da literatura verificámos que o número de estudos portugueses no âmbito da temática em causa é reduzido, sendo que os mesmos apenas se debruçam sobre populações de crianças, adultos ou idosos com determinada doença crónica, nomeadamente diabetes, hipertensão, doenças cardíacas ou portadores do vírus da imunodeficiência humana.

A problemática da baixa adesão ao regime terapêutico foi sendo evidenciada no decurso das visitas domiciliárias, em que se confirmou que os idosos estavam polimedicados e apresentavam dúvidas relacionadas com a gestão do regime terapêutico. Enquanto prestadora de cuidados de enfermagem a pessoas dependentes internadas em regime domiciliário, torna-se verdadeiramente fundamental conhecer a sua realidade para que, de modo consciente, se possa assegurar um plano de intervenções de enfermagem baseadas em evidências, de aperfeiçoamento das habilidades no cuidado e de estabelecimento de recursos, visando, com essas atuações, proporcionar educação e segurança ao idoso dependente.

Num primeiro momento surge, pois, a necessidade de conhecer o nível de adesão do idoso ao regime terapêutico e identificar os fatores que o condicionam.

As intervenções em enfermagem assumem uma vital importância na melhoria da qualidade de vida, com reconhecidos benefícios para a saúde em geral, devido ao conhecimento alargado dos contextos comunitários, à experiência e à visão integrada dos problemas de saúde/doença das pessoas.

Com essa intenção, desenvolveu-se um estudo preliminar que foi realizado na unidade de cuidados na comunidade de Infante, que abrange os concelhos de Lagos, Vila do Bispo e Aljezur e é composta por 4 ECCI, com uma capacidade de admissão de utentes na ordem das 170 pessoas. A amostra do estudo foi constituída por 55 participantes com idades compreendidas entre os 65 anos e os 90 anos e uma média de idade de 78 [\pm 7,8] anos. Conclui-se que nesta população a adesão é, de facto, baixa, sendo influenciada de modo negativo pelo estado mental (depressivo), pelo diminuído nível de rendimento e pela situação de solidão em que vivem. Apesar de não se verificar uma associação estatística, dos resultados obtidos ressalta que os fatores mencionados condicionam significativamente a ART.

Após a obtenção desses dados a partir do estudo preliminar, optou-se pela conceção da investigação que o sucedeu, numa tentativa intencional de almejar respostas às problemáticas que, entretanto, se equacionaram e dada a inexistência de estudos que englobassem populações de idosos dependentes integrados em ECCI em Portugal e, mais especificamente, na região do Algarve.

O presente estudo surge, assim, com a intenção direta de dar resposta, produzindo conhecimento, às seguintes questões de investigação: Qual o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes integradas nas ECCI da região do Algarve? Quais os fatores que condicionam a adesão e gestão do RTM?

Estabeleceu-se como objetivo geral da presente investigação a avaliação da adesão e da gestão do RTM dos utentes acompanhados pelas ECCI da região do Algarve, identificando ainda os fatores influenciadores da não adesão e não gestão do regime terapêutico medicamentoso, com a finalidade de contribuir com conhecimento para a implementação de medidas que favoreçam a eficácia do RTM, enriquecendo a qualidade de vida das pessoas idosas.

Para a prossecução na nossa investigação definiram-se como objetivos específicos: analisar o conhecimento científico produzido sobre a problemática da adesão e gestão do RTM dos idosos; orientar intervenções de enfermagem baseadas no modelo do autocuidado; caracterizar o perfil biopsicossocial dos idosos dependentes; descrever o perfil fármaco-terapêutico dos idosos dependentes; identificar o nível de adesão ao RTM dos idosos dependentes; indicar as variáveis associadas à adesão ao RTM dos idosos dependentes; e enumerar estratégias de intervenção para melhorar a adesão e gestão do RTM, de modo a obter evidentes benefícios em saúde.

4 MATERIAL E MÉTODOS

Neste capítulo apresentam-se os aspetos metodológicos e o desenho da investigação realizada, descrevendo-se os procedimentos adotados nas diferentes etapas do estudo, designadamente a definição e delimitação dos conceitos a estudar, os critérios de inclusão e exclusão na pesquisa, a amostra estudada, os procedimentos de recolha de dados, que incluem os instrumentos de avaliação e as variáveis do estudo, a análise de dados e, por último, as questões éticas. A metodologia da investigação é a fase do trabalho em que o investigador, em razão de prosseguir com o seu objetivo de encontrar resposta para as questões de investigação definidas, estabelece os procedimentos e as estratégias que serão integrados num plano de trabalho que ditará as atividades conducentes à realização da investigação.

4.1 Tipo de estudo

Um trabalho válido e profícuo implica, da parte do investigador, uma correta definição sobre o que procura, devendo, obrigatoriamente, escolher um fio condutor que o encaminhe a um resultado menos moroso, mais estruturado e coerente. Neste item abordam-se os aspetos relacionados com a metodologia utilizada, em conformidade com os objetivos propostos.

O tipo de estudo “(...) descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever as variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade” (Fortin M., 2009, p. 133). De acordo com a mesma autora, a escolha do tipo de estudo acontece no decurso da formulação do problema, exatamente no momento em que a questão de investigação resulta definitiva.

Na ideia de se alcançarem todos os objetivos propostos para esta investigação, selecionou-se uma abordagem quantitativa, por se tratar de um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, fundamentado na auscultação de factos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador. Trata-se, é certo, de um processo que reflete um decurso deveras complexo, obrigando a uma restrição dos resultados, por forma a que a direção pretendida contenha o menor enviesamento possível. A objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem. A finalidade do método de investigação quantitativo concorre para o desenvolvimento e validação dos acontecimentos, oferecendo a possibilidade de se generalizarem os resultados e de se predizerem e controlarem os acontecimentos (Fortin M., 2009).

Por sua vez, este foi também um estudo observacional, ao permitir, a partir da recolha e análise dos dados, deduzir conclusões e estabelecer eventuais relações de associação com as variáveis apresentadas. Por fim, assinala-se que o presente estudo tem uma característica correlacional/transversal, na medida em que, para a medição da prevalência do problema, foram utilizados métodos de análise estatística na verificação das hipóteses descritas anteriormente. Neste estudo não houve lugar para a manipulação de variáveis, pretendendo-se com o mesmo descrever as características da amostra, bem como estabelecer relações e associações entre variáveis.

4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Este estudo, dirigido a todos os idosos apoiados pelas ECCI no período de um ano, decorrido entre maio de 2012 e maio de 2013, contou com a aplicação de critérios de inclusão e exclusão para a seleção da amostra.

Entendem-se como critérios de inclusão num estudo as regras sobre características específicas (que poderão incluir características pessoais, características da doença ou características do tratamento) que uma pessoa deve cumprir para que, na base da

semelhança com os demais, seja selecionada e faça parte do estudo na qualidade de participante. Apenas pessoas que cumpram todos os critérios de inclusão podem participar de um estudo de investigação. No âmbito do presente estudo, os critérios de inclusão estruturados obedeceram a uma série de constantes, nomeadamente as seguintes: encontrar-se integrado numa ECCI da ARS Algarve I.P. durante o período da investigação; ter idade igual ou superior a 65 anos; apresentar suficientes capacidades cognitivas para responder ao instrumento de recolha de dados; ser responsável pela gestão do seu RTM; e aceitar participar, de livre e espontânea vontade, no estudo, assinando o “Consentimento Informado” (Anexo 2).

Por seu turno, os critérios de exclusão comportam as normas que impossibilitam a participação de uma pessoa num estudo de investigação, mesmo que preencha todos os critérios de inclusão. Por outras palavras, os critérios de exclusão identificam características muito específicas, como condições clínicas particulares, que podem interferir na condição de resposta, diminuindo as hipóteses de se concluir o estudo com sucesso. Consideraram-se como critérios de exclusão: a recusa inicial na participação do estudo; a desistência do participante no decorrer do estudo; a apresentação de alterações psíquicas evidentes durante a recolha de dados; a ausência do participante na data agendada para a recolha de dados; e a necessidade do auxílio do cuidador no momento de o informar quanto à gestão do regime terapêutico.

4.3 Amostra

Entende-se por amostra o conjunto de sujeitos retirados de uma população, quando compreendida como um grupo bem definido de elementos que apresenta em comum uma ou várias características semelhantes, sobre o qual assenta a investigação.

A rede de cuidados de saúde primários da região do Algarve tem como órgão máximo a ARS Algarve I.P., que se subdivide em 3 ACES (Barlavento, Central e Sotavento). Por sua vez, cada ACES é constituído por um conjunto de centros de saúde

onde estão sediadas as ECCI. Cada ECCI tem uma limitada capacidade instalada de acesso aos doentes, originando que, em alguns centros de saúde, face ao elevado número de utentes a carecer desse tipo de apoio, se sinta a necessidade de se admitirem várias ECCI.

Como resultado dessa conjuntura, no contexto dos 15 centros de saúde da região existem 28 ECCI, distribuídas da seguinte forma: Albufeira – 1; Alcoutim – 1; Faro – 3; Lagoa – 1; Lagos – 2; Loulé – 5; Monchique – 1; Olhão – 1; Portimão – 3; S. Brás Alportel – 1; Silves – 3; Tavira – 1; Vila do Bispo – 1; Aljezur – 1; e Vila Real Santo António/Castro Marim – 3. A capacidade instalada de resposta comunitária é de 1240 utentes dependentes (ARS-Algarve, 2012). Na Tabela 3 estão representados, por cada ACES, o número de utentes acompanhados pelas ECCI durante o período de recolha de dados (universo), o número de pessoas que preenchem os critérios de inclusão no estudo (população) e o número de pacientes incluídos no estudo (amostra).

O universo foi constituído por 997 utentes, a população por 245 idosos, tendo sido obtida uma amostra de conveniência, constituída por 198 idosos. Para seleção da população a estudar foi realizada previamente uma reunião com as ECCI, onde se fez uma consulta de processos clínicos para averiguar quais os utentes que poderiam participar no estudo, obtendo moradas e contactos.

No processo de amostragem foram incluídos todos os utentes que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos; estar integrado nas equipas durante a fase de recolha de dados; serem autónomos na gestão do seu regime terapêutico medicamentoso; ter capacidades cognitivas para responder e aceitar participar no estudo de forma livre e esclarecida. Como critérios de exclusão foram contemplados todos os utentes que não aceitaram participar no estudo e aqueles utentes que, na data da recolha de dados, apresentavam alterações cognitivas.

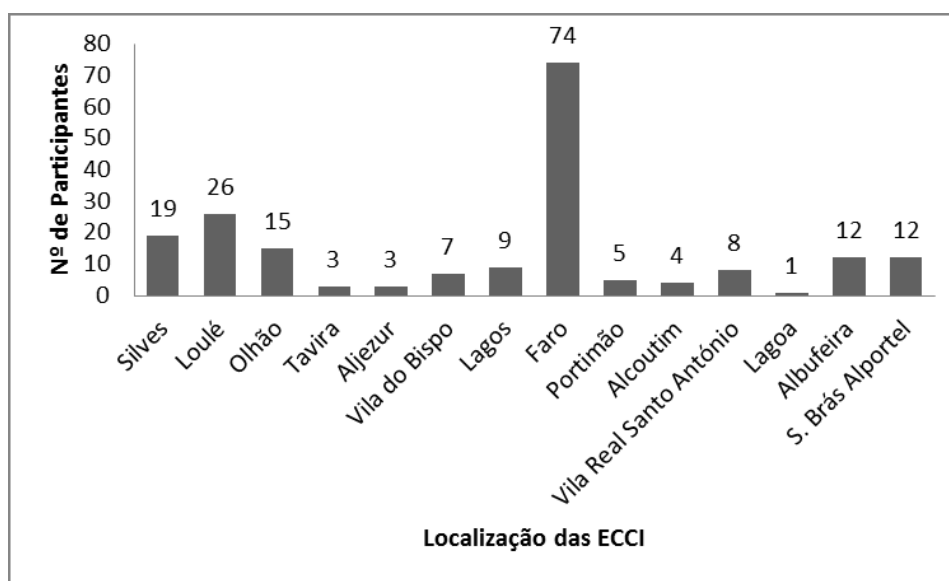
Tabela 3 – Localização geográfica dos três ACES do Algarve com a representatividade do estudo.

ACES	Centros de Saúde	Internamento nas ECCI		
		Universo	População	Amostra
Barlavento	Lagoa, Lagos, Monchique, Portimão, Vila do Bispo, Aljezur, Silves	268	56	44
Central	Albufeira, Faro, Loulé, Olhão, S. Brás	577	162	139
Sotavento	Alcoutim, Tavira, Vila Real de Santo António, Castro Marim	152	27	15
Total Idosos		997	245	198

No decurso do estudo foram excluídos 47 participantes, pelos seguintes motivos: 1 por desistência, 5 por morte, 13 por deterioração psíquica refletida na incapacidade de resposta e 28 por recusa.

A amostra foi composta por 198 participantes, correspondendo a 80,0% dos idosos internados da população estudada. A distribuição da amostra por cada ECCI da região está representada no gráfico da Figura 4.

Figura 4 – Distribuição dos participantes por ECCI.



4.4 Procedimentos de recolha de dados

O processo de recolha de dados foi realizado por meio de visita domiciliária ao utente, articulada com as ECCI, de modo a não interferir com a prestação de cuidados. Num primeiro contacto telefónico com a pessoa idosa dependente agendou-se uma primeira visita domiciliária para a obtenção do consentimento informado, livre e esclarecido, e para aplicação do questionário sob a forma de uma entrevista. Este procedimento foi da responsabilidade do investigador que, contudo, contou com o apoio das equipas de cuidados continuados para a localização geográfica do domicílio da pessoa. A recolha de dados processou-se durante um ano, compreendido entre maio de 2012 e maio de 2013.

A amostra inicial era composta por 199 idosos e deu-se início à aplicação de uma das entrevistas. No entanto, ocorreu nessa fase a desistência de um dos idosos. Importa salientar o idoso em questão não o fez por vontade própria, mas por coação do cônjuge, com ameaças de maus-tratos físicos ao participante e ao investigador. O ato de violência gerado ocorreu na sequência das questões da escala de depressão geriátrica, não tendo sido possível obter a resposta à questão “11 – Acha que é bom estar vivo?”. Logo de imediato se deu por concluída a visita. Procedeu-se à ativação de todo o sistema de apoio à violência doméstica, denunciando-se a situação à ECCI e aos familiares (filhas) que, não tendo sido anteriormente alertadas para a situação que até então desconheciam, sobre a mesma averiguaram e, perante a confirmação dos resultados, decidiram ter os progenitores sob a sua supervisão, de modo a tentarem evitar os comportamentos intencionalmente infligidos que eventualmente viessem a comprometer e, até, a colocar em perigo a integridade física do idoso em causa.

4.4.1 *Instrumentos de avaliação*

“Um instrumento de colheita de dados é o utensílio utilizado pelo investigador para recolher informação válida e pertinente à realização do trabalho de pesquisa” (Marconi & Lakatos, 1996, p. 91). Os dados foram recolhidos através da aplicação de

um questionário constituído por três escalas de medida validadas para a população portuguesa e inferidas ao longo de um conjunto de questões elaboradas com o expresse propósito de se poder vir a melhorar o regime terapêutico.

Método de avaliação biopsicossocial

O método de avaliação biopsicossocial (MAB) é um método estruturado e uniformizado de avaliação de tipo rastreio e de classificação biopsicossocial de adultos que permite caracterizar estados biopsicossociais e funcionais, bem como descrever e detetar perturbações da funcionalidade (Botelho, 2000). Encontra-se informatizado na Rede Nacional de Cuidados Continuados, sendo, em diversos momentos, aplicado durante o processo de acompanhamento do doente. A versão de ambulatório divide-se em 3 áreas de avaliação (biológica, psicológica e social), perfazendo um total de 12 domínios que se enumeram de seguida. A Área Biológica é composta por oito domínios: Sexo; Idade; Queixas da saúde; Estado de nutrição; Quedas; Locomoção; Autonomia física; e Autonomia instrumental. Por seu lado, a Área Psicológica inclui dois domínios: Queixas emocionais; e Estado cognitivo, obtendo-se este último pela média aritmética do resultado de dois subdomínios que o agregam, a saber: Orientação no tempo e Orientação no espaço. A Área Social, por sua vez, é constituída por dois domínios, cada um deles reunindo outros tantos subdomínios: o domínio Estado social engloba os subdomínios Isolamento social e Habilidades literárias, e o domínio Hábitos conjuga os subdomínios Atividade física e Número de refeições/dia. O resultado de cada um dos 12 domínios mencionados é obtido a partir de 56 perguntas cuja resposta é apresentada numa escala de tipo Likert.

Os domínios Idade, Género e Queixas da saúde apresentam uma resposta dicotómica. O domínio Estado de nutrição é avaliado em três níveis: magro ou obeso (0), baixo peso ou excesso de peso (1), adequado (3). Os domínios Quedas, Locomoção, Autonomia física, Autonomia instrumental, Queixas emocionais, Estado cognitivo, Estado social e Hábitos são examinados em quatro níveis. Para os domínios da funcionalidade – Locomoção, Autonomia física, Autonomia instrumental – a autora da escala utiliza as classificações de incapaz (0), dependente (1), autónomo (2) e

independente (3). Quanto aos restantes domínios (Quedas, Queixas emocionais, Estado cognitivo, Estado social e Hábitos), a pontuação avaliativa perpassa desde o mau (0), ao insatisfatório (1), satisfatório (2) e bom (3). Na sua versão original, a categorização das respostas de algumas variáveis desdobra-se em três ou mais escalões. Neste estudo, e de acordo com a sugestão da autora da escala original, na exposição dos resultados utilizaram-se simplesmente duas categorias, que se traduziram, para os domínios da Funcionalidade, entre (0-1) dependente e (2-3) independente, e, para os demais domínios, prevalecerem os graus situados entre (0-1) desfavorável e (2-3) favorável.

Para os domínios da Autonomia física (Katz), da Autonomia instrumental (Lawton) e do Estado cognitivo (excerto MMS de Folstein), verifica-se que o instrumento em uso aglutina escalas de medida validadas. O mesmo confirmou reprodutibilidade das variáveis, viabilizando a sua utilização em estudos longitudinais (Fontes, Botelho, & Fernandes, 2014). A avaliação da reprodutibilidade foi possível através do teste-reteste, cujo coeficiente de concordância *Kappa* para as diferentes subescalas da Funcionalidade variou ente 0,60 e 1,0 (Botelho, 2000).

Regime terapêutico

Numa tentativa melhorada de se descrever o regime terapêutico, incluíram-se questões que permitiram obter o índice de complexidade do tratamento (ICT) através da fórmula expressa abaixo, imputando-se CM à complexidade do medicamento:

$$ICT = CM_1 + CM_2 + \dots + CM_n$$

A CM calcula-se com a aplicação da equação: $CM = CF \times (CD + AR) + (IA \times FIA)$.

Nesta fórmula, sendo CF a “Complexidade da frequência”, considera-se a frequência de administração do medicamento em 24 horas e, sequencialmente, o número de ações mecânicas requeridas. Com CD, ou “Complexidade da dose”, procura-se contabilizar a quantidade de comprimidos/cápsulas ou doses dos medicamentos a serem administrados por vez. AR refere-se às “Ações requeridas”, ou, por outras palavras, cada dose administrada implica dificuldades no seu conseguimento,

nomeadamente divisão do blister, dosificação do xarope, preparação e aplicação do injetável, entre outras. IA engloba as “Instruções adicionais”, ou quantidade de recomendações diretamente relacionadas com a administração do fármaco, designadamente a toma em jejum, a toma após a refeição, as doses alternadas, etc. Com FIA, ou “Frequência das instruções adicionais”, calcula-se o número de vezes, por dia, em que a instrução adicional deve ser seguida (Acurcio *et al.*, 2009). Prosseguindo o objetivo da consecução do ICM, e de modo a se poder dar resposta à fórmula, construiu-se uma tabela com perguntas sobre a terapêutica.

De acordo com Henriques M. (2011) “a validação do ICM foi realizada por um painel de enfermeiros clínicos gerontológicos e gestores. O coeficiente de correlação de Sperman’s de 0,98 foi o resultado obtido com a comparação das pontuações do painel de peritos.” No teste-reteste, com um alfa de Cronbach de 0,61, alcançou-se 80% de concordância e consistência interna (Conn, Taylor & Kelley, 1991).

Adicionalmente foram incluídas duas questões no sentido de melhor se avaliar a capacidade do utente na aquisição dos medicamentos prescritos e a existência de uma rede de apoio para a aquisição dos mesmos. A opção pelo atual instrumento justificou-se pelo facto de, até à data presente, se observar a ausência de outro semelhante.

Medida de adesão ao tratamento

Com um claro objetivo de se determinar a adesão à terapêutica medicamentosa da população em estudo utilizou-se o MAT desenvolvido por Delgado & Lima (2001). Trata-se, na sua essência, de uma escala composta por sete questões pensadas de forma a se conseguir sistematizar os hábitos e crenças da adesão ao tratamento medicamentoso. Para cada questão, as respostas são apresentadas numa escala de Likert com 6 níveis: sempre (1), quase sempre (2), com frequência (3), às vezes (4), raramente (5) e nunca (6). Após a recolha dos dados, os mesmos são somados e divididos pelo número total de questões, obtendo-se, dessa forma, o Índice de Adesão ao Regime Terapêutico. A sua leitura permite observar que os valores mais elevados representam um maior nível de adesão. Este instrumento revelou uma muito aceitável consistência interna, com um alfa Cronbach de 0,74 no estudo de validação desenvolvido por

Delgado & Lima (2001). Na presente pesquisa conseguiu-se uma consistência interna ainda mais favorável, com um alfa de Cronbach de 0,864. A Tabela 4 resume, item a item, a caracterização do instrumento.

Tabela 4 – Caracterização psicométrica da Medida de Adesão ao Tratamento.

Item	Média ± DP	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
1	5,01 ± 0,95	0,562	0,856
2	4,89 ± 0,95	0,559	0,857
3	5,31 ± 0,89	0,692	0,837
4	5,23 ± 0,97	0,627	0,847
5	5,42 ± 0,81	0,662	0,842
6	5,19 ± 0,85	0,640	0,845
7	5,47 ± 0,75	0,754	0,833

Escala da depressão geriátrica

A escala da depressão geriátrica, na sua versão reduzida a 15 itens (EDG 15), foi desenvolvida em 1983 por Ysavage, tendo sido vertida para português (Brasil) e validada para a população idosa por Almeida & Almeida (1999). Na sua substância, ela distingue-se por ser de fácil aplicação e apresentar evidências válidas no rastreamento de quadros depressivos. A escala é composta por 15 questões de resposta dicotômica (sim/não), pontuando-se cada resposta de modo muito simples e imediato com 0 ou 1 pontos. As questões 1, 5, 7, 11 e 13 com resposta negativa pontuam 1 ponto, ao contrário das demais, a cuja resposta positiva é atribuído 1 ponto. O resultado reflete a necessária informação sobre o estado de depressão do idoso.

Como instrumento de medida revela uma boa consistência interna, com um alfa de Cronbach de 0,81 (Almeida & Almeida, 1999). Apóstolo *et al.* (2014) apresentaram

os resultados da validação da EDG de 15 itens para a população portuguesa, igualmente com uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,83).

No estudo efetuado sobre a confiabilidade interna deste instrumento (Tabela 5), reparou-se que só a eliminação do item 9 (“Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas?”) aumentaria a consistência interna da escala; no entanto, uma vez que, na sua totalidade, o alfa de Cronbach se manifesta muito satisfatório (0,864), manteve-se o formato original da mesma.

Tabela 5 – Caracterização psicométrica da Escala da Depressão Geriátrica.

Item	Média ± DP	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for eliminado
1	0,52 ± 0,50	0,646	0,819
2	0,77 ± 0,42	0,294	0,830
3	0,63 ± 0,48	0,419	0,823
4	0,69 ± 0,46	0,509	0,819
5	0,44 ± 0,50	0,488	0,820
6	0,71 ± 0,45	0,329	0,833
7	0,55 ± 0,50	0,551	0,815
8	0,26 ± 0,44	0,164	0,837
9	0,54 ± 0,50	0,006	0,850
10	0,26 ± 0,44	0,172	0,837
11	0,23 ± 0,42	0,303	0,830
12	0,45 ± 0,50	0,317	0,831
13	0,70 ± 0,46	0,245	0,833
14	0,42 ± 0,50	0,281	0,834
15	0,47 ± 0,50	0,191	0,837

Com vista à operacionalização dos objetivos e atendendo aos instrumentos de avaliação selecionados, que, pela revisão da literatura, demonstraram ser os mais indicados no percurso da presente investigação, definiram-se variáveis para a caracterização da amostra e do perfil biopsicossocial de cada idoso que, conforme a

organização do MAB descrita anteriormente, foram reunidos por áreas. Sistematizando-se, incluíram-se, na área biológica, as variáveis Sexo, Idade, Queixas da saúde, Estado de nutrição, Quedas, Locomoção, Autonomia física e Autonomia instrumental; na área psicológica, importaram-se as Queixas emocionais, o Estado cognitivo e o Estado de depressão; finalmente, na área social, inseriram-se o Isolamento, Habilitações literárias, Atividade física e Número de refeições/dia.

Na caracterização do perfil fármaco-terapêutico dos idosos incorporaram-se as variáveis Índice de complexidade do tratamento, Registo das indicações médicas, Capacidade de aquisição dos medicamentos prescritos e Rede de apoio para aquisição dos medicamentos.

Excetuando-se as variáveis Idade e Índice de complexidade do medicamento, que foram trabalhadas numericamente, todas as demais figuram sob um perfil categórico.

4.5 Análise de dados

Procede-se, neste tópico, à verificação descritiva e inferencial dos dados, realizada através do programa de análise estatística “Statistical Package for Social Sciences” (SPSS), na sua versão 20.0.

A descrição dos resultados foi elaborada e patenteada em tabelas de distribuição das frequências para as variáveis categóricas e através da apresentação das medidas de tendência central e de dispersão para as variáveis numéricas. Os dados foram indicados em função do género, faixa etária e ACES.

Atendendo aos concretos objetivos da análise estatística, foram avaliados dois grupos etários – idosos, com idades compreendidas entre os 65 e os 79 anos, e muito idosos, com idade igual ou superior a 80 anos. Aceitando a orientação sugerida pelos autores da MAT, o índice de ARTM foi dicotomizado pela mediana, desdobrando-se

entre o grupo que não adere (Índice de ARTM < 5,28) e o que adere (Índice de ARTM \geq 5,28) ao RTM.

No sentido de se identificarem os fatores influenciadores da ARTM, recorreu-se à estatística inferencial. Para o efeito, e obedecendo à necessidade específica de se averiguar sobre a existência de correlação entre a ARTM e os itens, domínios e subdomínios MAB, utilizou-se o teste de Correlação Spearman. No caso particular das variáveis independentes quantitativas, aplicaram-se os testes de Kolmogorov-Smirnov. Já, diferentemente, para se apurarem os pressupostos de aplicação de testes paramétricos na comparação de médias entre os grupos, selecionou-se, pelas suas características, o teste de Levene. Não se tendo corroborado estes pressupostos, o teste de Mann-Whitney foi aplicado para comparar as variáveis quantitativas entre os grupos Adere e não Adere ao RTM. Quanto às categóricas, para se avaliar a sua associação com a ARTM optou-se pelo teste não-paramétrico de qui-quadrado (χ^2).

O nível de confiança considerado em todas as análises foi da ordem de 95%.

4.6 Questões éticas

Em todas as fases de desenvolvimento desta investigação, adotaram-se atitudes e procedimentos fundadas no que é considerado como sendo eticamente correto. Em prol de a pesquisa se desenvolver em meio natural, com testemunho e informação de pessoas, assumiu-se como principal preocupação assegurar os seus direitos.

Precedendo a recolha de dados, foi previamente solicitada uma autorização por escrito à Administração Regional da Saúde (ARS) Algarve I.P., acompanhada de um documento descritivo com as especificações e objetivos da investigação, de cuja resposta por parte da entidade competente resultou a necessária permissão, com parecer favorável da Comissão de Ética (Anexo 3).

No planeamento do contacto com os idosos, reuniram-se todos os coordenadores das ECCI, de modo a que, em conjunto, se considerassem os utentes que convenientemente preenchiem os critérios de inclusão. Selecionando-se o instrumento de recolha de dados, composto por várias escalas de medida validadas para a população portuguesa, e almejando-se a sua utilização, procedeu-se ao pedido formal, contactando-se por correio eletrónico os seus autores originais, de quem se obteve o parecer favorável à sua aplicação (Anexo 4).

As pessoas idosas participantes no estudo foram devidamente informadas sobre os objetivos do mesmo, tendo sido garantido a cada uma o seu direito à autonomia, respeitando a sua liberdade em consentir ou não em participar no estudo; à intimidade, podendo responder livremente e sem constrangimentos às questões e sendo a própria pessoa idosa a determinar que informações partilharia; ao anonimato e à confidencialidade, tendo sido salvaguardada a identidade de cada respondente; e à proteção contra o desconforto e prejuízo, na medida em que os idosos desistentes não perderam qualquer direito aos cuidados nem a um tratamento justo e equitativo. Todas as informações mencionadas revelam-se essenciais a um consentimento ou a uma recusa esclarecida quanto a uma eventual participação na atividade de investigação.

Forneceu-se individualmente a cada idoso um duplicado do consentimento informado, acrescido do contacto do investigador principal, disponibilizando, desta forma, a oportunidade de posteriormente o contactarem com o fim de lhes serem facultados esclarecimentos no âmbito de qualquer dúvida relacionada (Anexo 2).

Ao longo da investigação foram apresentados trabalhos preparatórios, em conferências científicas, e publicados artigos cujas edições respeitaram os princípios éticos anteriormente enumerados, sem prejuízo de qualquer interveniente.

A redação final do presente título documentou-se cientificamente na pesquisa bibliográfica consultável em bases de dados eletrónicas e em edições impressas, sendo que todas as citações que o sustentam estão devidamente referenciadas, respeitando-se, desse modo correto, a propriedade intelectual dos seus autores.

5 RESULTADOS

Este capítulo, agrupado por tópicos determinados em função dos parâmetros recolhidos, apresenta os resultados da sua avaliação. Assim sendo, justifica-se que, numa primeira parte, se proceda à descrição das características sociodemográficas da população estudada, considerando-se as variáveis idade, género, ACES a que pertence, estado civil, habilitações literárias e categoria profissional. Num preceito lógico recorre-se, já numa segunda parte, à estatística inferencial no sentido de se identificarem associações entre variáveis dos perfis, ou seja, avaliam-se os componentes biológico, social, psicológico e fármaco-terapêutico em função do género, faixa etária e ACES. Por último, a terceira parte foca-se na análise da adesão ao regime terapêutico medicamentoso e do nível de ARTM, servindo-se, para efeitos de uma exatidão mais apurada, da estatística descritiva (mínimo, máximo, média e desvio padrão) das variáveis do MAT dicotomizadas em “adere” e “não adere” e da sua interligação com os perfis biológico, social, psicológico e fármaco-terapêutico.

5.1 Caracterização sociodemográfica

A amostra contempla 198 pessoas idosas com uma idade média de 81 [\pm 7,8] anos, variando entre os 65 e os 102 anos. O grupo dos idosos é constituído por 44,4% (n=88) dos participantes e o grupo dos muito idosos por 55,6% (n=110).

Como podemos analisar na Tabela 6, quanto ao género, a amostra é formada maioritariamente por mulheres, representadas por 64,1% (n=127), enquanto os homens correspondem a 35,9% (n=71).

Relativamente aos ACES, a Tabela ilustra que 22,2% (n=44) da população idosa dependente pertence ao ACES do Barlavento, muito abaixo do valor de 70,2% (n=139)

correspondente ao ACES Central, mas acima da percentagem de 7,6% (n= 15) do ACES do Sotavento.

No tocante ao estado civil dos participantes, a Tabela 6 mostra que 111 (56,1%) são casados ou vivem em união de facto, enquanto 87 (43,9%) são solteiros, separados ou viúvos.

Na amostra estudada, as habilitações literárias dos participantes são maioritariamente baixas (analfabetismo) em 76,3% (n=151) e insatisfatórias (1 a 6 anos de escolaridade) em 21,2% (n=42), enquanto somente cinco participantes (2,5%) se enquadram num perfil de habilitações satisfatórias.

No que concerne à profissão dos participantes, classificam-se 151 (76,3%) indivíduos na categoria de não qualificado (rurais, domésticos ou pedreiros), 40 (20,2%) como qualificado (costureiras, motoristas, encarregado) e apenas sete (3,5%) como intermédio, o que, no presente caso, corresponde às profissões de comerciantes e subdiretores.

Tabela 6 – Caracterização sociodemográfica.

Sociodemográficas	Género		Total
	Homens N=71	Mulheres N=127	
Faixa etária			
Idosos	40 (56,3)	48 (37,8)	88 (44,4)
Muito idosos	31 (43,7)	79 (62,2)	110 (55,6)
ACES			
Barlavento	14 (19,7)	30 (23,6)	44 (22,2)
Central	50 (70,4)	89 (70,1)	139 (70,2)
Sotavento	7 (9,9)	8 (6,3)	15 (7,6)
Estado Civil			
Solteiro/Viúvo/Divorciado	20 (28,2)	67 (52,8)	87 (43,9)
Casado/União de Fato	51 (71,8)	60 (47,2)	111 (56,1)
Habilitações Literárias			
Baixas	52 (73,2)	99 (78,0)	151 (76,3)
Insatisfatórias	17 (23,9)	19,7% (25)	42 (21,2)
Satisfatórias	2 (2,8)	3 (2,4)	5 (2,5)
Profissão			
Não qualificado	52 (73,2)	99 (78,0)	151 (76,3)
Qualificado	16 (22,5)	24 (18,9)	40 (20,2)
Intermédio	3 (4,2)	4 (3,1)	7 (3,5)

5.2 Perfil biopsicossocial e fármaco-terapêutico

Neste estudo pretendeu-se descrever o perfil biopsicossocial e fármaco-terapêutico da população em estudo e verificar se existe associação entre estas variáveis e o género, a faixa etária e o ACES de origem de cada idoso. Os resultados desta análise são descritos de seguida.

5.2.1 *Perfil Biológico*

As Tabelas 7, 8 e 9 que se seguem resumem a associação entre as variáveis do perfil biológico e, respetivamente, o género, a faixa etária e o ACES. No aspeto relacionado com as queixas da saúde, 93,9% (n=186) dos participantes refere ter alguma queixa da saúde, contrariamente a um valor muito baixo de 6,1% que não alude a qualquer queixa. Na linha contínua da análise da amostra em confronto, 38,9% dos utentes apresenta risco desfavorável de queda, ao passo que em 61,1% o nível de semelhante risco é favorável. O estado de nutrição é adequado em 37,9% (n=75) dos idosos, mas 62,1% (n=123) apresenta peso desadequado, por razões de baixo ou de excesso de peso. Ao nível da locomoção, constata-se que 67,2% (n=133) dos utentes são dependentes (necessitando do auxílio de equipamentos ou de terceiros) e os restantes 32,8% (n=65) são independentes. Na relação de dependência apurou-se ainda que, por um lado, 62,1% (n=123) das pessoas dependentes necessitam de apoio quanto ao domínio da autonomia física, e, por outro, 86,4% (n=171) são dependentes na autonomia instrumental.

Tabela 7 – Associação entre as variáveis do perfil biológico e o género.

Perfil Biológico	Género		Total	P
	Masculino N=71	Feminino N=127		
Idade (anos)	79,2 ± 8,5	81,1 ± 7,8	80,4 ± 8,1	0,074
Faixa etária				
Idoso (≥ 65 e < 80 anos)	40 (56,3)	48 (37,8)	88 (44,4)	0,012
Muito idoso (≥ 80 anos)	31 (43,7)	79 (62,2)	110 (55,6)	
Queixas de saúde				
Com Queixas	64 (90,1)	122 (96,1)	186 (93,9)	0,094
Sem Queixas	7 (9,9)	5 (3,9)	12 (6,1)	
Quedas				
Desadequado	28 (39,4)	49 (38,6)	77 (38,9)	0,906
Adequado	43 (60,6)	78 (61,4)	121 (61,1)	
Estado de nutrição				
Desadequado	36 (50,7)	87 (68,5)	123 (62,1)	0,013
Adequado	35 (49,3)	40 (31,5)	75 (37,9)	
Locomoção				
Dependente	48 (67,6)	85 (66,9)	133 (67,2)	0,923
Independente	23 (32,4)	42 (33,1)	65 (32,8)	
Autonomia física				
Dependente	49 (69,0)	74 (58,3)	123 (62,1)	0,135
Independente	22 (31,0)	53 (41,7)	75 (37,9)	
Autonomia instrumental				
Dependente	62 (87,3)	109 (85,8)	171 (86,4)	0,768
Independente	9 (12,7)	18 (14,2)	27 (13,6)	

Associando o perfil biológico com o género, constata-se na Tabela 7 que, apesar de não se evidenciarem diferenças significativas para a idade entre os géneros, a média de idades das mulheres não deixa, contudo, de se revelar superior à dos homens (81,1 [± 7,8] VS 79,2 [± 8,5]). Adicionalmente, regista-se uma proporção maior de mulheres muito idosas, com uma associação estatisticamente significativa entre variáveis (p=0,012). Atesta-se ainda uma relação estatística entre o estado de nutrição e o género (p=0,013), sendo que as mulheres, comparativamente aos homens, patenteiam uma maior proporção de estado de nutrição desadequado.

Tabela 8 – Associação entre as variáveis do perfil biológico e a faixa etária.

Perfil Biológico	Faixa etária		Total	P
	Idoso N=88	Muito Idoso N=110		
Género				
Masculino	40 (45,5)	31 (28,2)	71 (35,9)	0,012
Feminino	48 (54,5)	79 (71,8)	127 (64,1)	
Queixas de saúde				
Com Queixas	83 (94,3)	103 (93,6)	186 (93,9)	0,842
Sem Queixas	5 (5,7)	7 (6,4)	12 (6,1)	
Quedas				
Desadequado	31 (35,2)	46 (41,8)	77 (38,9)	0,344
Adequado	57 (64,8)	64 (58,2)	121 (61,1)	
Estado de nutrição				
Desadequado	58 (65,9)	65 (59,1)	123 (62,1)	0,326
Adequado	30 (34,1)	45 (40,9)	75 (37,9)	
Locomoção				
Dependente	53 (60,2)	80 (72,7)	133 (67,2)	0,063
Independente	35 (39,4)	30 (27,3)	65 (32,8)	
Autonomia física				
Dependente	48 (54,5)	75 (68,2)	123 (62,1)	0,049
Independente	40 (45,5)	35 (31,8)	75 (37,9)	
Autonomia instrumental				
Dependente	71 (80,7)	100 (90,9)	171 (86,4)	0,037
Independente	17 (19,3)	10 (9,1)	27 (13,6)	

Pela leitura da Tabela 8 depreende-se a existência de uma associação estatisticamente significativa entre a faixa etária e os domínios da autonomia física ($p=0,049$) e da autonomia instrumental ($p=0,037$), concluindo-se que, no grupo dos muito idosos, ela se traduz uma maior proporção de dependentes.

Tabela 9 – Associação entre as variáveis do perfil biológico e os ACES.

Perfil Biológico	ACES			Total	P
	Barlavento N=44	Central N=139	Sotavento N=15		
Idade (anos)	79,9 ± 7,3	80,7 ± 8,4	80,0 ± 7,2	80,4 ± 8,1	0,849
Faixa etária					
Idoso (≥ 65 e < 80 anos)	17 (38,6)	64 (46,0)	6 (40,0)	87 (43,9)	0,655
Muito idoso (≥ 80 anos)	27 (61,4)	75 (54,0)	9 (60,0)	111 (56,1)	
Sexo					
Masculino	14 (31,8)	50 (36,0)	7 (46,7)	71 (35,9)	0,584
Feminino	30 (68,2)	89 (64,0)	8 (53,3)	127 (64,1)	
Queixas de saúde					
Com Queixas	41 (93,2)	131 (94,2)	14 (93,3)	186 (93,9)	Não válido (0,962)
Sem Queixas	3 (6,8)	8 (5,3)	1 (6,7)	12 (6,1)	
Quedas					
Desadequado	20 (45,5)	53 (38,1)	4 (26,7)	77 (38,9)	0,412
Adequado	24 (54,5)	86 (61,9)	11 (73,3)	121 (61,1)	
Estado de nutrição					
Desadequado	30 (68,2)	81 (58,3)	12 (80,0)	123 (62,1)	0,165
Adequado	14 (31,8)	58 (41,7)	3 (20,0)	75 (37,9)	
Locomoção					
Dependente	27 (61,4)	95 (68,3)	11 (73,3)	133 (67,2)	0,601
Independente	17 (38,6)	44 (31,7)	4 (26,7)	65 (32,8)	
Autonomia física					
Dependente	28 (63,6)	87 (62,6)	8 (53,3)	123 (62,1)	0,760
Independente	16 (36,4)	52 (37,4)	7 (46,7)	75 (37,9)	
Autonomia instrumental					
Dependente	40 (90,9)	118 (84,9)	13 (86,7)	171 (86,4)	0,598
Independente	4 (9,1)	21 (15,1)	2 (13,3)	27 (13,6)	

Por último, a Tabela 9 reproduz a ausência de qualquer ligação estatisticamente significativa no que respeita à origem dos utentes por ACES, significando este resultado que os grupos são similares.

5.2.2 Perfil Psicológico

A análise do perfil psicológico contemplou os domínios das queixas emocionais e do estado cognitivo e ainda o índice de depressão geriátrica. Sobre a mesma importa adiantar que, quanto à percepção de queixas emocionais, entende-se que, embora pouco mais de metade dos participantes se classifique como desfavorável, ou seja, numa linha percentual de 53,0% (n=105), a grande maioria exhibe um favorável estado cognitivo, na ordem de 76,3% (n=151). As Tabelas 10, 11 e 12 expõem a conexão entre as variáveis do perfil psicológico e o género, a faixa etária e o ACES. Na primeira que se segue (Tabela 10) não se deteta uma associação significativa entre o género e as variáveis do perfil psicológico ($p>0,05$).

Tabela 10 – Associação entre as variáveis do perfil psicológico e o género.

Perfil Psicológico	Género		Total	P
	Masculino N=71	Feminino N=127		
Queixas emocionais				
Desadequado	35 (49,3)	70 (55,1)	105 (53,0)	0,431
Adequado	36 (50,7)	57 (44,9)	93 (47,0)	
Orientação no tempo				
Desadequado	21 (29,6)	43 (33,9)	64 (32,3)	0,537
Adequado	50 (70,4)	84 (66,1)	134 (67,7)	
Orientação no espaço				
Desadequado	15 (21,1)	33 (26,0)	48 (24,2)	0,444
Adequado	56 (78,9)	94 (74,0)	150 (75,8)	
Estado cognitivo				
Desadequado	14 (19,7)	33 (26,0)	47 (23,7)	0,320
Adequado	57 (80,3)	94 (74,0)	151 (76,3)	
Depressão				
Índice de depressão	7,68 [± 3,88]	7,62 [± 3,99]	7,64 [± 3,94]	0,902

A faixa etária manifesta um nexu de associação estatisticamente significativo com o domínio do estado cognitivo ($p<0,001$) e com os respetivos subdomínios da orientação no tempo ($p=0,004$) e no espaço ($p=0,002$), redundando numa maior

proporção de resultados desfavoráveis nas pessoas mais velhas. Como se pode reparar na Tabela 11, existem claramente diferenças significativas no índice de depressão, que se traduzem em valores mais elevados entre o grupo das pessoas muito idosas, relativamente ao dos idosos (8,39 [± 3,80] VS 6,70 [± 3,94]).

Tabela 11 – Associação entre as variáveis do perfil psicológico e a faixa etária.

Perfil Psicológico	Faixa etária		Total	P
	Idoso N=88	Muito Idoso N=110		
Queixas emocionais				
Desadequado	42 (47,7)	63 (57,3)	105 (53,0)	0,181
Adequado	46 (52,3)	47 (42,7)	93 (47,0)	
Orientação no tempo				
Desadequado	19 (21,6)	45 (40,9)	64 (32,3)	0,004
Adequado	69 (78,4)	65 (59,1)	134 (67,7)	
Orientação no espaço				
Desadequado	12 (13,6)	36 (32,7)	48 (24,2)	0,002
Adequado	76 (86,4)	74 (67,3)	150 (75,8)	
Estado cognitivo				
Desadequado	10 (11,4)	37 (33,6)	47 (23,7)	<0,001
Adequado	78 (88,6)	73 (66,4)	151 (76,3)	
Depressão				
Índice de depressão	6,70 [± 3,94]	8,39 [± 3,80]	7,64 [± 3,94]	0,003

A Tabela 12, com referência aos ACES, assinala a sua relação estatisticamente significativa com as variáveis dos subdomínios da orientação no tempo ($p=0,004$) e no espaço ($p=0,002$) e, concomitantemente, com o domínio do estado cognitivo ($p=0,001$), tendo emergido dessa observação analítica que o ACES central será o que pior estado cognitivo apresenta. Não se verificaram, contudo, entre os três ACES diferenças relevantes no índice de depressão ($p=0,166$).

Tabela 12 – Associação entre as variáveis do perfil psicológico e os ACES.

Perfil Psicológico	ACES			Total	p
	Barlavento N=44	Central N=139	Sotavento N=15		
Queixas emocionais					
Desadequado	22 (50,0)	78 (56,1)	5 (33,3)	105 (53,0)	0,220
Adequado	22 (50,0)	61 (43,9)	10 (66,7)	93 (47,0)	
Orientação no tempo					
Desadequado	10 (22,7)	54 (38,8)	0 (0,0)	64 (32,3)	0,003
Adequado	34 (77,3)	85 (61,1)	15 (100,0)	134 (67,7)	
Orientação no espaço					
Desadequado	6 (13,6)	42 (30,2)	0 (0,0)	48 (24,2)	0,006
Adequado	38 (86,4)	97 (69,8)	15 (100,0)	150 (75,8)	
Estado cognitivo					
Desadequado	4 (9,1)	43 (30,9)	0 (0,0)	47 (23,7)	0,001
Adequado	40 (90,9)	96 (69,1)	15 (100,0)	151 (76,3)	
Depressão					
Índice de depressão	8,66 [± 4,25]	7,30 [± 3,87]	7,87 [± 3,36]	7,64 [± 3,94]	0,116

5.2.3 Perfil Social

Seguidamente, e no âmbito do perfil social, nas Tabelas 13, 14 e 15 é apresentada a associação entre as suas variáveis e o género, a faixa etária e o ACES. Mais consistentemente, na Tabela 13 é possível confirmar-se que 82,3% (n=163) dos inquiridos experienciam um estado social desfavorável, não coexistindo, porém, interligações estatisticamente significativas com o género (p=0,180). Ainda assim, quando observados os subdomínios, infere-se que o isolamento social se poderá eventualmente relacionar estatisticamente, e de modo assertivo, com o género (p<0,005), comparando analiticamente que as mulheres apresentam piores resultados, na medida em que se encontram em situações de elevado isolamento.

Os dados indicados no domínio hábitos permitem deduzir uma associação estatística com o género (p=0,048), verificando-se, pelos elementos enumerados, que são novamente as mulheres que revelam os resultados mais desfavoráveis (67,7% VS 53,5%). Quando avaliados isoladamente, os subdomínios da atribuição a nível dos

hábitos, repara-se que, por um lado, a maioria das pessoas (65,2%, n=129) desenvolve um nível de atividade física desfavorável (0-2 horas), mas, por outro lado, uma igualmente maioria – senão esmagadora (97,5%, n=193) – consomem um favorável número de refeições, na verdade 3 refeições por dia.

Tabela 13 – Associação entre as variáveis do perfil social e o género.

Perfil Social	Género		Total	P
	Masculino N=71	Feminino N=127		
Isolamento social				
Muito isolado	16 (22,5)	54 (42,5)	70 (35,4)	0,005
Pouco isolado	55 (77,5)	73 (57,5)	128 (64,6)	
Habilitações literárias				
Desadequado	69 (97,2)	124 (97,6)	193 (97,5)	Não válido (0,845)
Adequado	2 (2,8)	3 (2,4)	5 (2,5)	
Estado social				
Desadequado	55 (77,5)	108 (85,0)	163 (82,3)	0,180
Adequado	16 (22,5)	19 (15,0)	35 (17,7)	
Atividade física				
Desadequado	41 (57,7)	88 (69,3)	129 (65,2)	0,102
Adequado	30 (42,3)	39 (30,7)	69 (34,8)	
N.º refeições/dia				
Desadequado	4 (5,6)	1 (0,8)	5 (2,5)	Não válido (0,037)
Adequado	67 (94,4)	126 (99,2)	193 (97,5)	
Hábitos				
Desadequado	38 (53,5)	86 (67,7)	124 (62,6)	0,048
Adequado	33 (46,5)	41 (32,3)	74 (37,4)	

Na Tabela 14 assinalam-se os resultados da interligação entre o perfil social e a faixa etária. Neste âmbito, predomina o relacionamento estatisticamente indicativo com o subdomínio do isolamento social ($p=0,015$), verificando-se entre os muito idosos um maior isolamento. Apesar da inexistência de uma associação estatisticamente expressiva entre o domínio hábitos e a faixa etária, percebe-se que o valor de p é próximo do limite de significância ($p=0,071$). Deriva desse entendimento que se nota uma maior

proporção de muito idosos a realizar apenas 0-2 horas de atividade física, não se podendo, pois, concluir tratar-se de uma posição análoga à mesma situação avaliada entre os idosos.

Tabela 14 – Associação entre as variáveis do perfil social e a faixa etária.

Variáveis Perfil Social	Faixa etária		Total	P
	Idoso N=88	Muito Idoso N=110		
Isolamento social				
Muito Isolado	23 (26,1)	47 (42,7)	70 (35,4)	0,015
Pouco Isolado	65 (73,9)	63 (57,3)	128 (64,6)	
Habilitações literárias				
Desadequado	87 (98,9)	106 (96,4)	193 (97,5)	Não válido (0,265)
Adequado	1 (1,1)	4 (3,6)	5 (2,5)	
Estado social				
Desadequado	69 (78,4)	94 (85,5)	163 (82,3)	0,197
Adequado	19 (21,6)	16 (14,5)	35 (17,7)	
Atividade física				
Desadequado	51 (58,0)	78 (70,9)	129 (65,2)	0,057
Adequado	37 (42,0)	32 (29,1)	69 (34,8)	
N.º refeições/dia				
Desadequado	4 (4,6)	1 (0,9)	5 (2,5)	Não válido (0,105)
Adequado	84 (95,5)	109 (99,1)	193 (97,5)	
Hábitos				
Desadequado	49 (55,7)	75 (68,2)	124 (62,6)	0,071
Adequado	39 (44,3)	35 (31,8)	74 (37,4)	

Quando avaliadas as associações entre as variáveis previstas pelo domínio do estado social e os ACES, os dados recolhidos e apresentados na Tabela 15 são reveladores, no sentido em que permitem denunciar não terem sido encontradas ligações estatisticamente pertinentes. Porém, ao nível do domínio dos hábitos torna-se significativa a sua associação com os ACES ($p=0,002$), sobretudo no Agrupamento do

Sotavento, no qual se encontra o grupo de participantes com uma maior proporção de hábitos adequados (80,0%, n=12).

Tabela 15 – Associação entre as variáveis do perfil social e os ACES.

Variáveis Perfil Social	ACES			Total	p
	Barlavento N=44	Central N=139	Sotavento N=15		
Isolamento social					
Muito isolado/Isolado	13 (29,5)	54 (38,8)	3 (20,0)	70 (35,4)	0,230
Pouco isolado/Não isolado	31 (70,5)	85 (61,2)	12 (80,0)	128 (64,6)	
Habilitações literárias					
Desadequado	42 (95,5)	136 (97,8)	15 (100,0)	193 (97,5)	Não válido (0,550)
Adequado	2 (4,5)	3 (2,2)	0 (0,0)	5 (2,5)	
Estado social					
Desadequado	33 (75,0)	118 (84,9)	12 (80,0)	163 (82,3)	0,315
Adequado	11 (25,0)	21 (15,1)	3 (20,0)	35 (17,7)	
Atividade física					
Desadequado	29 (65,9)	94 (67,6)	6 (40,0)	129 (65,2)	0,102
Adequado	15 (34,1)	45 (32,4)	9 (60,0)	69 (34,8)	
N.º refeições/dia					
Desadequado	3 (6,8)	2 (1,4)	0 (0,0)	5 (2,5)	Não válido (0,114)
Adequado	41 (93,2)	137 (98,6)	15 (100,0)	193 (97,5)	
Hábitos					
Desadequado	29 (65,9)	92 (66,2)	3 (20,0)	124 (62,6)	0,002
Adequado	15 (34,1)	47 (33,8)	12 (80,0)	74 (37,4)	

5.2.4 Perfil Fármaco-terapêutico

Os resultados provenientes da recolha que se produziu em função do perfil fármaco-terapêutico seguiram a mesma linha orientadora, em concordância com o género, a faixa etária e o ACES. Na Tabela 16, embora não se detetem, entre os géneros, diferenças estatisticamente relevantes no número de medicamentos prescritos, importa salientar que as mulheres tomam mais medicação do que os homens (5,23 [\pm 2,58] VS 4,32 [\pm 2,64]), manifestando, por esse motivo, um índice de complexidade

mais elevado (11,08 [\pm 6,98] VS 10,39 [\pm 7,53]). Confrontados com o questionamento sobre a posição que assumem no tocante à aquisição dos medicamentos prescritos, a grande maioria dos participantes, ou seja, 93,4% (n=185), independentemente do género, declara granjeá-los a todos. No seguimento do mesmo e, equivalentemente, sem associação estatisticamente significativa com o género, em resposta à questão “Quem adquire a medicação”, 78,8% (n=156) dos indivíduos aponta, para o caso específico, os familiares, vizinhos e amigos.

Tabela 16 – Associação entre as variáveis ligadas à medicação e o género.

Variáveis ligadas à medicação	Género		Total	P
	Masculino N=71	Feminino N=127		
N.º de medicamentos	4,32 \pm 2,64	5,23 \pm 2,58	4,73 \pm 2,61	0,100
Índice de complexidade do medicamento	10,39 \pm 7,53	11,08 \pm 6,98	10,88 \pm 7,17	0,516
Aquisição de todos os medicamentos prescritos				
Sim	67 (94,4)	118 (92,9)	185 (93,4)	0,692
Não	4 (5,6)	9 (7,1)	13 (6,6)	
Quem adquire a medicação				
Próprio	13 (18,3)	21 (16,5)	34 (17,2)	Não válido (0,960)
Familiares, vizinhos, amigos	55 (77,5)	101 (79,5)	156 (78,8)	
ECCI	2 (2,8)	4 (3,1)	6 (3,0)	
Outros	1 (1,4)	1 (0,8)	2 (1,0)	

Na Tabela 17 assinala-se, quanto ao índice de complexidade do medicamento, uma acentuada diferença estatística entre os idosos e os muito idosos (p=0,015) que transparece mais elevada (12,27 [\pm 7,76] VS 9,69 [\pm 6,47]) mormente entre os idosos. Não obstante o resultado do teste de qui-quadrado na associação entre a variável da aquisição do medicamento e a faixa etária a quem se destina a sua prescrição, inferiu-se que 26,1% dos idosos adquire a sua própria medicação, enquanto apenas 10% dos muito idosos o faz.

Tabela 17 – Associação entre as variáveis ligadas à medicação e a faixa etária.

Variáveis ligadas à medicação	Faixa etária		Total	P
	Idoso N=88	Muito Idoso N=110		
N.º de medicamentos	4,90 ± 2,72	4,59 ± 2,52	4,73 ± 2,61	0,481
Índice de complexidade do medicamento	12,27 ± 7,76	9,69 ± 6,47	10,88 ± 7,17	0,015
Aquisição de todos os medicamentos prescritos				
Sim	81 (92,0)	104 (94,5)	185 (93,4)	0,480
Não	7 (8,0)	6 (5,5)	13 (6,6)	
Quem adquire a medicação				
Próprio	23 (26,1)	11 (10,0)	34 (17,2)	
Famíliares, vizinhos, amigos	64 (72,7)	92 (83,6)	156 (78,8)	Não válido
ECCI	0 (0,0)	6 (5,5)	6 (3,0)	(0,005)
Outros	1 (1,1)	1 (0,9)	2 (1,0)	

Os dados obtidos para o estudo da relação entre as variáveis ligadas ao medicamento e os ACES descritos na Tabela 18, permitem compreender que existem diferenças estatisticamente significativas entre os Agrupamentos, quanto ao número e índice de complexidade dos medicamentos. Nesta perspetiva, sobressaem os utentes da região do sotavento como os que um maior número de medicamentos tomam, bem como um maior índice de complexidade do medicamento apresentam. Aparentemente paradoxal, surge a mesma região como a que, no entanto, contempla uma maior proporção de utentes não adquirentes da totalidade dos medicamentos prescritos (p=0,003).

Tabela 18 – Associação entre as variáveis ligadas à medicação e os ACES.

Variáveis ligadas à medicação	ACES			Total	P
	Barlavento N=44	Central N=139	Sotavento N=15		
N.º de medicamentos	5,27 [± 2,19]	4,35 [± 2,44]	6,67 [± 3,99]	4,73 [± 2,61]	0,004
Índice de complexidade do medicamento	13,07 [± 9,13]	9,68 [±6,01]	15,00 [± 7,96]	10,88 [± 7,17]	0,005
Aquisição de todos os medicamentos prescritos					
Sim	43 (97,7)	131 (94,2)	11 (73,3)	185 (93,4)	0,003
Não	1 (2,3)	8 (5,8)	4 (26,7)	13 (6,6)	
Quem adquire a medicação					
Próprio	8 (18,2)	26 (18,7)	0 (0,0)	34 (17,2)	Não válido (0,008)
Familiares, vizinhos, amigos	31 (70,5)	111 (79,9)	14 (93,3)	156 (78,8)	
ECCI	4 (9,1)	2 (1,4)	0 (0,0)	6 (3,0)	
Outros	1 (2,3)	0 (0,0)	1 (6,7)	2 (1,0)	

5.3 Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso

Neste subcapítulo, são apresentados os resultados relativos ao nível de ARTM, bem como da análise de associação entre as variáveis ARTM e as diferentes variáveis do perfil biopsicossocial e do perfil fármaco-terapêutico.

5.3.1 *Nível de ARTM*

A ARTM foi examinada por meio do índice de ARTM, que produziu para esta população específica uma média de 5,22 [± 0,66], com uma flutuação de valores entre 2,57 e 6,00 (valor máximo da escala). Confirma-se, pela leitura da Tabela 19, que os níveis inferiores de adesão prevalecem nas questões que se prendem com o horário da toma do medicamento (4,89 [± 0,95]) e com o esquecimento (5,01 [± 0,95]).

Tabela 19 – Estatística descritiva das questões do MAT.

Questões do MAT	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Esqueceu-se alguma vez	1,00	6,00	5,01	0,95
Descuidado com a hora	1,00	6,00	4,89	0,95
Abandono por se sentir melhor	3,00	6,00	5,31	0,89
Abandono por se sentir pior	2,00	6,00	5,23	0,97
Mais comprimidos	3,00	6,00	5,42	0,81
Não ter o medicamento em casa	2,00	6,00	5,19	0,85
Abandono por outras razões	2,00	6,00	5,47	0,75
Índice ARTM	2,57	6,00	5,22	0,66

5.3.2 Relação da ARTM com o Perfil Biológico

Na abordagem à relação entre a ARTM e o perfil biopsicossocial e fármaco-terapêutico dos participantes, e no sentido de uma mais prudente sistematização, conforme advertido anteriormente, os indivíduos foram classificados em aderentes e não aderentes, identificando-se que 97 (49,0%) dos casos avaliados se referem a não aderentes.

Na Tabela 20 visualiza-se a relação entre as variáveis que caracterizam o perfil biológico e a ARTM. No mesmo contexto, independentemente das razões que os precedem, não existem, de facto, diferenças significativas na idade entre os utentes que aderem e os que não aderem ao RT ($p=0,335$). Diferentemente, persiste uma coexistência estatisticamente significativa entre a ARTM e um quadro de variáveis completado pelas queixas da saúde ($p=0,014$), pelo estado de nutrição ($p=0,002$) e pela autonomia instrumental ($p=0,030$). Adicionalmente, assiste-se a uma reveladora correlação positiva entre a ARTM e a presença de queixas da saúde ($p=0,010$; $r=0,182$), devendo esta situação ser interpretada com base no facto de os participantes com um maior índice de adesão corresponderem indubitavelmente aos mesmos que denunciam queixas da saúde instrumental (Anexo 5). Uma mesma posição relacional favorável se presencia entre a ARTM, a variável estado de nutrição ($p=0,001$; $r=0,220$) e os itens

“usar transportes” (p=0,006; r=0,196) e “gerir dinheiro” (p=0,006; r=0,194) do domínio configurado pela variável da autonomia.

Tabela 20 – Associação entre as variáveis do perfil biológico e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

Perfil Biológico	ARTM		Total	P
	Não Adere N=97	Adere N=101		
Idade (anos)	80,9 ± 7,5	80,0 ± 8,6	80,4 ± 8,1	0,335
Faixa etária				
Idoso (≥ 65 e < 80 anos)	39 (40,2)	49 (48,5)	88 (44,4)	0,240
Muito idoso (≥ 80 anos)	58 (59,8)	52 (51,5)	110 (55,6)	
Gênero				
Masculino	33 (34,0)	38 (37,6)	71 (35,9)	0,597
Feminino	64 (66,0)	63 (62,4)	127 (64,1)	
Queixas de saúde				
Com Queixas	87 (89,7)	99 (98,0)	186 (93,9)	0,014
Sem Queixas	10 (10,3)	2 (2,0)	12 (6,1)	
Quedas				
Desadequado	40 (41,2)	37 (36,6)	77 (38,9)	0,507
Adequado	57 (58,8)	64 (63,4)	121 (61,1)	
Estado de nutrição				
Desadequado	71 (73,2)	52 (51,5)	123 (62,1)	0,002
Adequado	26 (26,8)	49 (48,5)	75 (37,9)	
Locomoção				
Dependente	66 (68,0)	67 (66,3)	133 (67,2)	0,798
Independente	31 (32,0)	34 (33,7)	65 (32,8)	
Autonomia física				
Dependente	60 (61,9)	63 (62,4)	123 (62,1)	0,940
Independente	22 (38,1)	53 (37,6)	75 (37,9)	
Autonomia instrumental				
Dependente	89 (91,8)	82 (81,2)	171 (86,4)	0,030
Independente	8 (8,2)	19 (18,8)	27 (13,6)	

5.3.3 *Relação da ARTM com o Perfil Psicológico*

A Tabela 21 configura dados relevantes que permitem transmitir o conhecimento de que não se prevê, com efeito, uma associação estatística entre os domínios das queixas emocionais e do estado cognitivo do perfil psicológico e a adesão ao regime terapêutico. E que subsiste uma correlação negativa entre a ARTM e os itens “Em que mês estamos” ($p=0,012$; $r= - 0,178$) e “Em que dia da semana estamos” ($p=0,024$; $r= - 0,160$), do domínio da orientação no tempo, e ainda o que questiona “Em que distrito vive” ($p=0,011$; $r= - 0,181$), coligido no domínio da orientação no espaço (Anexo 5).

Verifica-se que os utentes que não aderem ao RTM apresentam um índice de depressão percetivelmente mais elevado, quando os dados dos seus resultados são colocados lado a lado no relatório de estudo que os compara com os que aderem ($8,35 [\pm 3,91]$ VS $6,96 [\pm 3,87]$). A mesma informação é corroborada pela correlação de Spearman entre estas variáveis, sendo ela negativa ($p=0,001$; $r= - 0,230$) (Anexo 5) ao indicar que os idosos com um maior índice de depressão comportam um pior nível de ARTM.

Tabela 21 – Associação entre os domínios do perfil psicológico e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

Perfil Psicológico	ARTM		Total	P
	Não Adere N=97	Adere N=101		
Queixas emocionais				
Desadequado	55 (56,7)	50 (49,5)	105 (53,0)	0,310
Adequado	42 (43,3)	51 (50,5)	93 (47,0)	
Orientação no tempo				
Desadequado	26 (26,8)	38 (37,6)	64 (32,3)	0,104
Adequado	71 (73,2)	63 (62,4)	134 (67,7)	
Orientação no espaço				
Desadequado	21 (21,6)	27 (26,7)	48 (24,2)	0,404
Adequado	76 (78,4)	74 (73,3)	150 (75,8)	
Estado cognitivo				
Desadequado	19 (19,6)	28 (27,7)	47 (23,7)	0,179
Adequado	76 (80,4)	73 (72,3)	151 (76,3)	
Depressão				
Índice de Depressão	8,35 [± 3,91]	6,96 [± 3,87]	7,64 [± 3,94]	0,009

5.3.4 *Relação da ARTM com o Perfil Social*

A relação de associação possível entre a ARTM e o perfil social informa sobre uma associação estatisticamente significativa com o subdomínio do isolamento social ($p=0,046$), sendo que essa associação conduz à percepção de que uma maior proporção de pessoas muito isoladas não adere, por razões evidentes, ao RTM. Os demais domínios e subdomínios não preconizam um encadeamento direto com a ARTM.

Tabela 22 – Associação entre os domínios do perfil social e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

Variáveis Sociais MAB	ART		Total	P
	Não Adere N=97	Adere N=101		
Isolamento social				
Muito isolado	41 (42,3)	29 (28,7)	70 (35,4)	0,046
Pouco isolado	56 (57,7)	72 (71,3)	128 (64,6)	
Habilitações literárias				
Desadequado	95 (97,9)	98 (97,0)	193 (97,5)	Não válido (0,684)
Adequado	2 (2,1)	3 (3,0)	5 (2,5)	
Estado social				
Desadequado	80 (82,5)	83 (82,2)	163 (82,3)	0,656
Adequado	17 (17,5)	18 (17,8)	35 (17,7)	
Atividade física				
Desadequado	68 (70,1)	62 (60,4)	129 (65,2)	0,152
Adequado	29 (29,9)	40 (39,6)	69 (34,8)	
N.º refeições/dia				
Desadequado	2 (2,1)	3 (3,0)	5 (2,5)	Não válido (0,684)
Adequado	67 (97,9)	98 (97,0)	193 (97,5)	
Hábitos				
Desadequado	65 (67,0)	59 (58,4)	124 (62,6)	0,211
Adequado	32 (33,0)	42 (41,6)	74 (37,4)	

Prepondera uma correlação positiva entre a ARTM e a variável do estado social ($p=0,013$; $r=0,173$), na medida em que os idosos com um índice de adesão superior correspondem, verdadeiramente, aos que se inserem num contexto social adequado, assegurado por uma situação de reduzido isolamento que se explica pela circunstância de partilharem a sua residência com outros coabitantes e de, por força dessa desejável constante, vivenciarem sozinhos menos horas (Anexo 5).

5.3.5 Relação da ARTM e o Perfil Fármaco-terapêutico

A Tabela 23 resume a importante informação sobre a relação de dependência entre a aquisição de todos os medicamentos prescritos e a consequente ARTM ($p=0,037$). O grupo de participantes que adquire todos os medicamentos representa-se em maior proporção de aderentes ao RTM. Não sendo possível de outro modo, a uma maior proporção de indivíduos que adere ao RTM corresponde um grupo de idosos que se faz acompanhar pela contribuição dos familiares, vizinhos e amigos na aquisição dos medicamentos. Equivale este resultado a uma situação aduzida pelos factos apresentados, na medida em que não valida com o teste de qui-quadrado.

Tabela 23 – Associação entre as variáveis ligadas à medicação e adesão ao regime terapêutico.

Variáveis ligadas à medicação	ARTM		Total	P	
	Não Adere N=97	Adere N=101			
N.º de medicamentos	4,90 ± 2,83	4,57 ± 2,38	4,73 ± 2,61	0,672	
Índice de complexidade do medicamento	10,76 ± 6,68	10,91 ± 7,64	10,88 ± 7,17	0,914	
Aquisição de todos os medicamentos prescritos					
	Sim	87 (89,7)	98 (97,0)	185 (93,4)	0,037
	Não	10 (10,3)	3 (3,0)	13 (6,6)	
Quem adquire a medicação					
	Próprio	9 (9,3)	25 (24,8)	34 (17,2)	Não válido (0,015)
	Familiares, vizinhos, amigos	82 (84,5)	74 (73,3)	156 (78,8)	
	ECCI	5 (5,2)	1 (1,0)	6 (3,0)	
	Outros	1 (1,0)	1 (1,0)	2 (1,0)	

6 DISCUSSÃO

Pretende-se com este capítulo a discussão dos resultados preponderantes que resultaram do presente estudo. Em todo o percurso em que se concretizou este relatório, configurou-se como seu objetivo geral o conhecimento do nível de e dos fatores que condicionam a adesão e gestão do RTM das pessoas idosas dependentes integradas nas ECCI da região do Algarve.

As conclusões serão integradas no contexto fundamentado em que decorreu a investigação, desenvolvida nos capítulos que constituem o enquadramento teórico e de interpretação pessoal que, por sua vez, se encontra naturalmente influenciada e baseada no conhecimento construído ao longo do mesmo percurso científico.

Procurar-se-á nas próximas linhas produzir uma análise crítica sobre a atualidade e adequação das opções metodológicas que estruturaram o estudo, seguindo-se a discussão da interpretação de dados que se orientará segundo o sequencial fio condutor da ordem que subjazeu à apresentação dos resultados, focalizando-os nos objetivos propostos.

Numa primeira abordagem contextualiza-se a atualidade e a pertinência do estudo, seguindo-se uma reflexão sobre as opções metodológicas selecionadas e, por fim, a inevitável discussão, à luz da revisão bibliográfica, sobre os resultados obtidos. Na mesma linha de raciocínio, e de modo a identificar-se e a estabelecer-se uma relação de causalidade entre as variáveis e a faixa etária, o género e o ACES de abrangência, inicia-se a sua estruturação expositiva e justificativa, com a caracterização sociodemográfica da população estudada, a que se sucederá a apresentação dos perfis biopsicossocial e fármaco-terapêutico. Finaliza-se a discussão com a elaboração de conhecimento sobre o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso, inferido em função dos dados relevantes que sobressaírem da análise operada sobre a relação entre a ARTM e os perfis biológico, psicológico, social e fármaco-terapêutico.

Um dos motores geradores do presente estudo foi, desde o início e na sua essência, a necessidade de se avaliar o conhecimento científico produzido sobre a

complexa temática – dada a sua delicada natureza – da adesão e gestão do RTM dos idosos. Para o efeito, realizou-se uma revisão integrativa da literatura que, posteriormente, permitiu enquadrar o estudo no crescente interesse sobre a promoção da adesão e gestão do regime terapêutico dos idosos.

Da pesquisa efetuada sobre o mais recente entendimento em torno da problemática em causa, concluiu-se que, entre os mais utilizados critérios cronológicos na classificação da pessoa em idosa, varia o seu início entre os 60 e os 65 anos. O envelhecimento demográfico é um fenómeno com relevantes repercussões que tem vindo a ser observado em todo o mundo, mormente na Europa e, especificamente, em Portugal (INE, 2015; WHO(a), 2003).

Nesse estágio da vida ocorrem, inevitavelmente, certas alterações físicas, mentais e sociais que, em muitos casos, conduzem a pessoas idosas a indesejáveis situações de dependência no especial contexto do seu autocuidado, forçando-as a recorrer ao auxílio de meios ou de terceiros no sentido de alcançar uma solução para as mesmas (Amaral & Vicente, 2001). A dependência na pessoa idosa, associada à deterioração do estado fisiológico resultante do processo de envelhecimento, relaciona-se por vezes com o aumento da prevalência de doenças crónicas, nomeadamente diabetes, cardiopatias, problemas osteoarticulares, hipertensão arterial, amputação de membros, cegueira, paraplegia, cancro, doença renal (Capelo, 2000).

Dado o quadro presente e futuro em que se insere o envelhecimento da população em Portugal, uma realidade irrefutável com que continuamente nos deparamos, será extremamente importante compreender as mudanças fisiológicas que se operam durante o seu estágio, para que os enfermeiros, os familiares e as instituições possam planear estratégias individuais e comunitárias corretas, no sentido de proporcionarem um ambiente seguro ao idoso, preferencialmente no seio familiar (Moniz, 2003; Rendas, 2001). “O envelhecimento deve ser pensado numa perspetiva positiva, centrado nas características da pessoa que envelhece e nas medidas preventivas de controlo e redução das perdas, e não apenas nos efeitos negativos da velhice” (Sequeira, 2010, p. 8).

O papel dos enfermeiros na promoção de um “adequado” envelhecimento, e face às debilidades que ameaçam a integridade física da pessoa idosa decorrentes da sua incapacidade de realizar o autocuidado, revela-se fulcral na medida em que, através de

uma série de atuações que desencadeia na sua prática, o enfermeiro pode proporcionar uma melhoria na autonomia da pessoa idosa e, subsequentemente, na sua qualidade de vida. Desse modo, incumbe ao enfermeiro conhecer e identificar as alterações fisiológicas ocorridas, trabalhar no sentido do cuidado preventivo, intervir na reabilitação, mobilizar a família e os recursos comunitários para uma resposta social, imediata e responsável, ao idoso e atuar como educador.

A revisão bibliográfica sobre o RTM veio permitir uma melhor compreensão das questões relacionadas com o avançar da idade e o aparecimento de doenças crónicas, bem como com o aumento da ingestão de terapêutica medicamentosa, sobremaneira influenciado pelas duas primeiras situações. Na verdade, assume-se como um facto concreto que a medicação se tem revelado fundamental tanto para o controlo sintomático das doenças que atingem os idosos como também para a melhoria da sua qualidade de vida (Borges, 2009). A problemática da medicação no idoso contempla os conceitos de adesão e de gestão (autocuidado) do regime medicamentoso. Entende-se a adesão como o grau ou extensão do comportamento da pessoa idosa em relação à toma de medicamentos, ao cumprimento da dieta e à alteração de hábitos ou estilos de vida indicados pelo profissional de saúde como elementos essenciais nos seus cuidados pessoais, que, a serem cumpridos, beneficiarão o próprio bem-estar (WHO(a), 2003). Contrariamente, a não adesão implica repercussões a nível pessoal, económico e social, ao contribuir desfavoravelmente para a diminuição da qualidade de vida, em virtude do subsequente crescimento da morbilidade e mortalidade, e para o aumento do número de hospitalizações, do tempo de internamento e de recaídas. Mundialmente, o comportamento de não adesão representa cerca de 65% do total de despesas com a saúde (Pereira & Santos, 2011; Bugalho & Carneiro, 2004).

A gestão do regime terapêutico é um tipo de comportamento de adesão com características bem demarcadas, na medida em que compromete a responsabilidade do seu executor no cumprimento das necessárias atividades de tratamento ou prevenção clínica na vida diária, integradas num programa devidamente pensado no sentido de se evitarem as complicações da doença e de se atingirem, de modo considerado satisfatório, objetivos específicos de saúde (CIPE, 2006).

Para que a pessoa idosa seja capaz de realizar autonomamente a gestão do regime terapêutico será essencial que a mesma mantenha ativas as suas competências funcionais e cognitivas, nomeadamente as que à vida quotidiana e à nova situação de doença respeitam, focalizando-se, para o efeito, na motivação que a inspire a satisfazer todas as necessidades do autocuidado, designadamente uma alimentação adequada, exercício físico, a monitorização dos sintomas da sua doença, a toma consciente dos medicamentos e a identificação adequada de quando a ajuda profissional se torna necessária (Lorig & Holman, 2003).

A revisão bibliográfica permitiu a contextualização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Criada em 2006, a RNCCI assume como missão a prestação de cuidados adequados de saúde e de apoio social à pessoa que, independentemente da sua idade, se encontre em situação de dependência. Na sua essência, a rede valoriza sempre o cuidado no domicílio, garantindo as terapêuticas e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida.

A RNCCI é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, de apoio social e de cuidados e ações paliativos, inseridas nos serviços comunitários de proximidade que contemplam hospitais, centros de saúde, serviços distritais e locais da segurança social, a rede solidária e autarquias (D.L. 136, 2015).

A RNCCI cria as equipas domiciliárias, designadas por ECCI, que se singularizam por um conceito multidisciplinar com capacidade de resposta médica, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social. As ECCI apoiam-se nos recursos locais disponíveis no âmbito de cada centro de saúde, conjugados com os serviços comunitários e as autarquias locais.

O ambiente domiciliário apresenta-se ao enfermeiro como um desafio oportuno à sua criatividade e à sua flexibilidade: focando-se na pessoa cuidada, entendida no seu todo de uma forma holística, bem como em todo o suporte social e familiar envolvente, desenvolve, no sentido humanista do auxílio, as suas competências técnico-científicas, comunicativas e relacionais. As intervenções da área da enfermagem são o reflexo das necessidades reais de sobrevivência em termos de autocuidado do utente/prestador (Rice, 2004).

Muitas das intervenções de enfermagem orientadas no sentido do autocuidado, e à luz da teoria dos sistemas, poderão implicar, por parte do profissional de saúde – enfermeiro – um diagnóstico modelado por alterações na adesão e gestão do regime terapêutico, de modo a, nesse sentido determinado, mais eficazmente capacitem a pessoa idosa para a autonomia.

Todo o ser humano possui um potencial para desenvolver conhecimentos e competências e manter a motivação necessária para o autocuidado (Orem, 2001).

A teoria do autocuidado descreve as causas e a forma como a pessoa cuida de si própria, agindo empiricamente em função das básicas e ancestrais noções humanas do saber-fazer. Na sua essência, o saber-fazer exige a manutenção da independência no exercício das atividades de sobrevivência quotidiana. A atuação da pessoa que cuida de si é planeada de modo intencional e em função dos objetivos que se desejam atingíveis.

Considera-se como prioritária a intervenção da enfermagem quando as exigências são maiores do que a capacidade da pessoa de dar uma resposta adequada a essas exigências (Queirós, Vidinha & Filho, 2014).

Uma prestação de assistência de enfermagem verdadeiramente justificada, tendo como premissa de orientação a valorização da autonomia da pessoa em autocuidado, deve atuar no sentido de ir ao encontro das necessidades reais da pessoa, identificando e supervisionando eventuais lacunas nas suas competências e atuação. Tendo sempre presente o ideal de manutenção da saúde e da qualidade de vida da pessoa idosa de uma forma continuada, incumbe ao enfermeiro comprovar se o idoso manifesta competências individuais para assegurar cuidados apropriados (agentes físicos ou biológicos), para se consciencializar da sua condição patológica e a manter sob observação, para compreender o diagnóstico médico e executar a terapêutica e as medidas de reabilitação, prevenção ou tratamento adaptadas à especificidade da patologia, para identificar os incómodos ou efeitos nocivos das medidas terapêuticas de cuidado prescritas, para modificar o seu autoconceito, aceitando recorrer a formas específicas de cuidados de saúde, e, finalmente, para aprender a conviver com a própria condição patológica (Orem, 2001).

Todas as intervenções de enfermagem devem tomar em consideração as crenças e valores de cada pessoa, na medida em que a atuação do profissional de enfermagem poderá ter, por parte da pessoa cuidada, um entendimento paralelo e fora da verdade planeada pelo profissional. Os enfermeiros só podem assumir as tarefas do autocuidado quando a pessoa se sentir em situação de incapacidade, reconhecida em contrato formal ou informal entre quem cuida e quem é cuidado.

De acordo com o modelo teórico de Dorothea Orem, o enfermeiro deve determinar as competências da pessoa para o autocuidado e dinamizar estratégias para a capacitação da sua autonomia, assegurando uma adesão bem-sucedida ao RTM. De facto, o enfermeiro necessita de desempenhar esta função, uma vez que uma boa adesão e gestão do regime terapêutico se revela fundamental para a saúde e bem-estar da pessoa, funcionando como uma garantia de manutenção das doenças crónicas sob controlo.

Partindo de um dos objetivos do presente estudo, o que consistia em “caracterizar o perfil biopsicossocial dos idosos dependentes”, foi analisada uma amostra da região (19,84%), estratificada em dois grupos: o dos idosos (44,4%) e o dos muito idosos (55,6%). Este estudo foi realizado em 2012 e, na altura, na RNCCI analisada, 44,5% dos idosos que a integravam estavam em situação de dependência.

A amostra revelou-se predominantemente do género feminino (64,1%), verificando-se neste aspeto coincidência com o estudo realizado anteriormente por Oliveira *et al.* (2010) sobre o perfil do envelhecimento da população que, para efeitos da sua investigação, contou com uma amostra de 2672 indivíduos, representativa da população continental portuguesa, com idade superior a 55 anos, estratificada por grupos etários e distribuída pelas 5 regiões NUTS II – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Nesta amostra, 978 indivíduos (36,6%) pertenciam ao grupo etário dos 65 aos 74 anos e 694 indivíduos (26,0%) pertenciam ao grupo etário com 75 ou mais anos; 1533 indivíduos (57,4%) eram do sexo feminino, contrastando com uma percentagem de 64,1% resultante do presente estudo, e 1139 do sexo masculino (42,6%).

No estudo realizado por Acúrcio (2009) sobre a complexidade do regime terapêutico prescrito a idosos, a amostra constituiu-se por 667 pessoas com 60 ou mais

anos de idade, vinculadas ao regime geral de providência social e residentes em Belo Horizonte. Eram, na sua maioria, do género feminino (69,2%), com uma média de idade de 72,4 anos.

Numa investigação realizada nos Estados Unidos pela University of Southern Califórnia, abrangendo 13 países (Austrália, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Inglaterra e País de Gales, França, Itália, Holanda, Noruega, Espanha, Suécia, Suíça e Estados Unidos), concluiu-se que, entre uma vasta população adulta com idades compreendidas entre os 50 e os 80 anos, o género feminino é predominante, como resultado de os homens apresentarem um défice de resistência a doenças cardiovasculares, causado pela exagerada ingestão de gorduras saturadas, bem como pelo elevado consumo de tabaco. Comparativamente com as mulheres, os indivíduos do género masculino representam, nesse estudo, 30% do excesso de mortes (Beltrán-Sánchez, Finch & Crimmins, 2015).

Neste estudo, referente à região do Algarve, a média de idades das mulheres (81,1 [± 7,8] VS 79,2 [± 8,5]) é ligeiramente superior à dos homens (20,98% VS 17,97%). Existe uma proporção maior de mulheres muito idosas, com uma associação estatisticamente significativa entre variáveis ($p=0,012$). Este achado não contrasta, porém, com o índice de envelhecimento da população. As estatísticas nacionais e internacionais espelham, no fundo, resultados similares (INE, 2015; WHO W., 2011).

Um estudo realizado por Sousa *et al.* (2008) em 212 diabéticos, com idade igual ou superior a 30 anos, que frequentavam a consulta de enfermagem em dois centros de saúde e num hospital da área do Grande Porto, concluiu que 54,7% pertencia ao género feminino e 45,3% ao masculino e que apresentavam uma média de idades de 62,6 anos (62,4 [± 12,4] VS 62,8 [± 12,4]); contudo, e apesar de os participantes serem comprovadamente em maior número do género feminino, a média de idades do género masculino revelou-se superior. O estudo procurava inferir sobre a satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem, tendo-se verificado, no seu desenvolvimento, que os resultados haviam sido favoravelmente influenciados pela adesão ao regime terapêutico.

Nesta investigação partimos do universo de utentes que faziam parte das ECCI no momento da recolha de dados e, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a população do estudo passou a ser constituída por: 21% (n=56) do ACES do barlavento,

28% (n=162) do ACES central e 18% (n=27) do ACES do sotavento. No decurso do estudo, foram excluídos 4,7% (n=47) dos participantes, 0,1% por razões de desistência, 0,5% por morte, 1,3% por alteração do estado de saúde e 2,8% por recusa. Como resultado destas alterações, a amostra do estudo ficou confinada a uma distribuição de 22,2% (n=44) de participantes pertencentes ao ACES do barlavento, 70,2% (n=139) ao ACES central e 7,6% (n=15) ao ACES do sotavento. Não foi encontrada uma justificação para a percentagem apurada em relação à distribuição da população, não tendo, também, sido possível efetuar uma analogia com outros estudos, na medida em que se tratou de uma investigação primária no país, em geral, e nesta região, em particular.

Relativamente ao estado civil, 56,1% (n= 111) dos participantes são casados ou vivem em união de facto, enquanto 43,9% (n=87) são solteiros, separados ou viúvos. Outros estudos apresentam resultados similares (Machado M., 2009). No entanto, foram encontrados dados diferentes aos da presente investigação num estudo, desenvolvido no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), em São Paulo, sobre a adesão medicamentosa de idosos em seguimento ambulatorial nas especialidades médicas de cardiologia geral, medicina interna e oftalmologia. Neste estudo participaram 165 idosos, de ambos os géneros, com idade igual ou superior a 60 anos, apontando as suas conclusões para um maior número de participantes casados ou em união de facto, na ordem dos 66,7% (n=110), comparativamente com 33,3% (n=55) de solteiros ou viúvos (Cintra, Guariento & Miyasaki, 2010).

Os participantes no nosso estudo revelam um baixo nível das habilitações literárias, classificadas maioritariamente como baixas (analfabetismo) em 76,3% (n=151) dos participantes, insatisfatórias (1 a 6 anos de escolaridade) numa percentagem de 21,2% (n=42) e satisfatórias unicamente em cinco participantes (2,5%). Resultados contrários foram os encontrados por Correia (2007) num estudo empírico realizado na Lourinhã sobre a adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos de tipo 2. A uma amostra formada por 50 utentes diabéticos, maioritariamente do género feminino, com uma média de idade rondando os 64 anos, correspondia uma taxa de analfabetismo de 11,7%. No entanto, a escolaridade mínima obrigatória em apenas 18,4% da população aproxima-se dos dados correspondentes obtidos no nosso estudo. Porque conduz naturalmente à desinformação, o baixo nível de escolaridade constitui

um dos fatores que poderão condicionar deveras a gestão do regime terapêutico (Bugalho & Carneiro, 2004).

A nível profissional constatou-se que 76,3% (n=151) dos participantes preenchiem unicamente os requisitos de um trabalho considerado como não qualificado (rurais, domésticos ou pedreiros), 20,7% (n=40) dos indivíduos exerciam um trabalho tido como qualificado (costureiras, motoristas, encarregado) e 3,5% (n=7) eram os que desempenhavam profissionalmente uma atividade classificada como intermédia (comerciantes, subdiretores). Os resultados derivam das habilitações literárias de cada um e encontram paralelo nos elementos apresentados pela autora do MAB, no seu relatório de caracterização multidimensional dos idosos utentes de um centro de saúde urbano de Lisboa (Botelho, 2000).

Perfil biológico

Avaliando o perfil biológico da amostra, 93,9% (n=186) dos participantes referem alguma queixa da saúde. Trata-se este de um resultado que difere ligeiramente de um outro em que indubitavelmente se verifica uma prevalência de queixas da saúde desfavorável mais baixa, já na ordem dos 74,5% (Oliveira *et al.*, 2010; Botelho, 2000).

Salienta-se que o risco desfavorável de quedas é a ordem dos 38,9%, enquanto num estudo similar o risco de queda é significativamente mais alto: 43,8% (Oliveira *et al.*, 2010).

No que às demais variáveis diz respeito, este estudo aponta para um estado de nutrição desadequado em 62,1% das pessoas e uma locomoção dependente em 67,2% dos utentes, que necessitam do auxílio de equipamentos ou de terceiros para minimizar os impactos dessa incapacidade. Quanto à autonomia física e autonomia instrumental, são dependentes 62,1% e 86,4% dos utentes, respetivamente. No estudo de Oliveira (2010), os valores desfavoráveis aduzidos são significativamente mais baixos. Temos, no entanto, de referir que, no estudo aqui apresentado, os participantes encontram-se em situação de dependência, necessitando de vigilância constante por parte dos profissionais de saúde e estando, por isso, integrados na RNCCI.

No âmbito dos propósitos contemplados por este estudo, também se constata que o género se associa estatisticamente com o domínio do estado de nutrição ($p=0,013$), apresentando as mulheres uma maior proporção de nutrição desadequada, comparativamente com os homens. Sendo este indicador obtido através da soma dos valores de índice de massa corporal e de perímetro abdominal e sua divisão por 2, e sendo do conhecimento científico que existe uma relação direta entre o estado de nutrição e o domínio dos hábitos (atividade física e número de refeições/dia), a presente investigação permitiu concluir que as mulheres, nestes dois domínios, apresentam resultados mais desfavoráveis (Direcção-Geral da Saúde, 2012).

Quanto aos achados referentes às variáveis do perfil biopsicossocial, detetou-se uma interligação estatisticamente significativa entre a faixa etária e a autonomia física ($p=0,049$) e instrumental ($p=0,037$) das pessoas. Assemelhando-se os dados deste estudo com os de outros (Oliveira *et al.*, 2010), definiu-se que o grupo dos muito idosos revela uma maior proporção de pessoas dependentes, diferentemente do grupo dos idosos. Nos três ACES da região não se refere qualquer associação estatisticamente relevante com as variáveis do perfil biológico, o que significa que, relativamente a estas características, os grupos são similares.

Perfil Psicológico

Na avaliação do perfil psicológico não se detetou qualquer associação estatisticamente significativa, não obstante o facto de 53,0% ($n=105$) da população avaliada ter obtido uma classificação de desfavorável relativamente à perceção de queixas emocionais. A percentagem de 76,3% ($n=151$) que se verifica no estado cognitivo favorável não pode constituir objeto explicativo, na medida em que se salvaguarda desde já que, neste estudo, um dos critérios essenciais de inclusão e exclusão contemplou o favorecimento das capacidades cognitivas na resposta ao instrumento da recolha de dados. Pela razão de os grupos em causa se revestirem de uma prevalência similar relativamente a estas características, apenas a faixa etária apresenta uma associação estatisticamente significativa com o domínio do estado cognitivo ($p<0,001$) e com os respetivos subdomínios, a saber, a orientação no tempo ($p=0,004$) e a orientação no espaço ($p=0,002$). As pessoas mais velhas são as que

apresentam maior proporção de resultados desfavoráveis neste domínio e subdomínios. Estudos de avaliação multidimensional da população portuguesa refletem resultados idênticos (Fontes A., 2014; Botelho, 2000). Na amostra do presente estudo, associada à idade avançada salienta-se a depressão, sobretudo entre as pessoas mais velhas (8,39 [± 3,80] VS 6,70 [± 3,94]). Dados semelhantes têm sido amplamente descritos, quer em estudos nacionais quer de dimensão internacional, realizados com populações idosas a residirem em diversos contextos (Oliveira *et al.*, 2012; Ferreira & Tavares, 2013; Vaz & Gaspar, 2011; Oliveira, Santos, Cruvinel & Néri, 2006).

Analisados os indicativos na sua globalidade e depois de estratificados por ACES, concluiu-se, quanto ao perfil psicológico, que nos achados entre o barlavento e o sotavento as pessoas se revelam cognitivamente mais estáveis ($p=0,001$), patenteando, consequentemente, valores mais favoráveis na orientação no tempo ($p=0,004$) e na orientação no espaço ($p=0,002$). Por seu lado, entre os idosos da região do barlavento os índices de depressão prevalecem significativamente mais elevados.

Perfil Social

Constatou-se que 82,3% ($n=163$) dos inquiridos vivenciam um estado social desfavorável. Avaliados isoladamente os subdomínios do domínio dos hábitos, comprova-se que a maioria das pessoas (65,2%, $n=129$) experiencia um nível de atividade física desfavorável (0-2 horas), mas que a esmagadora maioria (97,5%, $n=193$) ingere um favorável número de refeições/dia, isto é, 3 refeições/dia.

Apesar de não se conseguir aduzir correlações estatisticamente preponderantes entre o estado social e o género ($p=0,180$), infere-se que nesta amostra mais de metade dos participantes se insere no “globo” de um estado social desfavorável, grupo esse em que as mulheres são quem, maioritariamente ($p=0,005$), se confronta com o indesejável isolamento social. Resultados idênticos foram descritos numa investigação realizada no âmbito de um doutoramento na Universidade Nova de Lisboa, em que, valendo-se do MAB como instrumento de recolha de dados, se examinaram utentes internados nas unidades de convalescença e média duração da região do Algarve: a amostra, embora predominantemente feminina (62,1%), constituiu-se, de facto, por 451 indivíduos idosos

de ambos os géneros, com idade igual ou superior a 65 anos e uma média de idade na ordem dos 79,48 [± 7,46] anos (Fontes A., 2014).

O domínio dos hábitos, quando detalhadamente analisado, demonstra a coexistência de uma associação estatisticamente significativa com o género ($p=0,048$). De acordo com o resultado obtido, são novamente às mulheres que correspondem os dados mais desfavoráveis (67,7% VS 53,5%). Na prática de exercício físico e número de refeições por dia, os homens assumem uma posição mais favorável. Contudo, o Algarve é a região do país que ostenta indicativos mais desfavoráveis (Oliveira *et al.*, 2010).

Seguindo um caminho investigativo semelhante ao de outros estudos (Oliveira *et al.*, 2010) (Botelho, 2000), observa-se na presente amostra uma evidente relação estatística com o subdomínio do isolamento social ($p=0,015$), factualmente muito maior entre os muito idosos.

Ainda que não sobressaia nenhuma associação estatisticamente significativa entre o domínio dos hábitos e a faixa etária, evidencia-se, no entanto, um valor de p muito próximo do limite de significância ($p=0,071$), havendo, pois, uma maior proporção de muito idosos a realizar apenas 0-2 horas de atividade física. Como resposta consequente ao avançar da idade, assiste-se à diminuição da prática de exercício físico ($p=0,057$) e a um aumento das incapacidades e dependência física e instrumental das pessoas.

A resultados análogos chegaram as investigadoras que realizaram um estudo comparativo dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. A amostra compunha-se de 72 idosos divididos em dois grupos: um grupo de 38 idosos sedentários (GS) do centro cultural e social João de Deus de São Bartolomeu de Messines e do centro de dia de São Marcos da Serra e um outro grupo formado por 34 idosos fisicamente ativos (GA) pertencentes às classes de desporto sénior de São Bartolomeu de Messines. Os critérios de inclusão envolveram os indivíduos com idades iguais ou superiores a 65 anos, de ambos os géneros, que não faziam uso de medicamentos antidepressivos (Mingheli *et al.*, 2013).

Na continuação da avaliação dos dados, não se descobriram associações estatisticamente significativas entre as variáveis do domínio do estado social e os ACES. Mas quando se procede a uma análise mais rigorosa dos hábitos, repara-se que as pessoas residentes na área de influência do ACES do sotavento manifestam uma atividade física e uma ingestão de número de refeições mais favoráveis ($p=0,002$).

Adesão ao RTM dos idosos dependentes

Em função do perfil fármaco-terapêutico, constatou-se na presente investigação que o nível de adesão se situa na ordem de 51%, contrariando o resultado de um estudo similar de Sousa *et al.* (2011) elaborado a partir de uma amostra circunscrita a um número de 51 idosos polimedicados, com 4 ou mais medicamentos, de um centro de dia do concelho de Olhão, com idades compreendidas entre os 64 e os 98 anos, rondando uma média de 80 anos, e maioritariamente do género feminino (70%). A referida conclusão aponta um total de 100% de adesão ao regime terapêutico. A este resultado não é alheio o facto da ARTM dos idosos ser supervisionada pelos profissionais de saúde.

Na mesma teoria científica de uma forte adesão cruza-se um outro estudo, realizado por Coelho *et al.* (2013) num hospital-escola do interior de S. Paulo, no Brasil, a pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea, após confirmação da alta hospitalar. Trata-se este de estudo transversal ocorrido entre maio de 2011 e julho de 2012, contando, para o efeito, com uma amostra de 101 pacientes. Destes, 53,5% ($n=54$) eram homens. No final, constatou-se igualmente uma elevada taxa de ARTM (97%) e procedeu-se à inquirição dos fatores que eventualmente pudessem ter influenciado o sucesso dos resultados, designadamente: viés na resposta, replicando a pessoa o que contingentemente pensasse ser o mais acertado, de modo satisfazer a pesquisadora ou por receio de que a mesma entrasse em contacto com os membros da equipa de saúde, informando-os sobre o inadequado uso dos medicamentos; dirigir-se a uma população adulta com uma média de idade de 59,5 anos e um desvio padrão de 10,3 anos; ou um conhecimento informado da conexão entre a perceção da gravidade da doença e a adesão terapêutica.

Resultados mais aproximados do presente estudo, cujas populações agrupam características idênticas, são, de facto, os inferidos a partir das investigações de Rocha *et al.* (2008) e de Machado (2009). Essas investigações adotaram como ponto de partida da análise uma amostra constituída por 466 idosos, do município de Porto Alegre, Brasil, em plena noção e função das suas capacidades para se dirigirem ao local da entrevista e gerirem autonomamente o seu regime terapêutico. Os autores indicaram que 173 (37,1%) aderiam ao regime terapêutico (Rocha *et al.*, 2008). Um diferente estudo foi realizado em território nacional, mais rigorosamente numa clínica de hemodiálise de Braga a uma amostra de 74 pessoas com uma média de 63 anos, em que, em ambos os extremos cronológicos, se situavam um mais idoso com 86 anos e um mais novo com 31 anos. As pessoas distribuíam-se entre uma maioria predominante de participantes do género masculino (64,9%, n=48) e uma minoria inserida no género feminino (35,1%, n=26). No estudo, a sua autora verificou um número muito elevado de não aderentes, ou seja, de 55,4% dos participantes (Machado M., 2009).

Ao se definir como um dos objetivos primários da presente investigação “caracterizar o perfil fármaco-terapêutico dos idosos dependentes”, no percurso para essa caracterização observou-se a inexistência de associações estatisticamente significativas em função do género. Idêntico resultado revelam os estudos de Rocha *et al.* (2008) e Cintra, Guariento & Miyasaki (2010). No presente estudo apurou-se que, no concernente ao número de medicamentos prescritos, as mulheres tomam mais medicamentos que os homens (5,23 [± 2,58] VS 4,32 [± 2,64]), exibindo um índice de complexidade mais elevado (11,08 [± 6,98] VS 10,39 [± 7,53]). Estes indicativos manifestam-se altamente superiores aos aduzidos por outros autores, nomeadamente Acurcio *et al.* (2009), que, utilizando o mesmo método para calcular a complexidade terapêutica, e fundamentando-se num índice de complexidade terapêutica variável entre 1 a 24, com uma média igual a 6,1 e mediana 5,0, concluíram no sentido de um aumento tendencial em função do elevado número de medicamentos prescritos. Os mesmos dados facultaram informações preciosas no sentido de se perceber que as terapias mais complexas se correlacionam com o menor cumprimento do tratamento proposto. A simplificação do tratamento medicamentoso poderia, indubitavelmente, melhorar o autocuidado entre os idosos.

No confronto dos dados da relação entre a ART e a aquisição de todos os medicamentos ($p=0,037$) dimana a certeza de que é no grupo dos participantes que adquire todos os medicamentos que se agrupa uma maior proporção de adesão. Acrescente-se que, e muito embora o teste de qui-quadrado não seja significativo ($p=0,015$), a maior proporção de indivíduos que adere ao RTM funda-se entre os que contam com a colaboração dos familiares, vizinhos e amigos na aquisição dos medicamentos. O estudo de Sousa *et al.* (2011) revela resultados semelhantes. Contudo, numa tessitura contrária ao investigado, outros estudos sugerem que quanto maior o número de fármacos prescritos ao utente, menor a adesão ao tratamento (Rocha *et al.*, 2008). Numa revisão bibliográfica para melhor se conhecer a evidência sobre a polimedicação nos idosos, os investigadores concluíram que esse estágio da vida representa os utentes que mais consomem medicamentos e que recorrem frequentemente a vários prescritores. O risco de interação cresce exponencialmente com o número de fármacos prescrito, sendo os idosos institucionalizados os que lidam inconscientemente com um risco major. Em média, estima-se por ano cerca de 140 000 mortes, sendo 50% das urgências hospitalares justificadas pelas interações medicamentosas (Santos & Almeida, 2010).

Os fatores sociodemográficos e socioeconómicos estudados influenciam negativamente a adesão ao RT (Sousa M., 2011). Acurcio *et al.* (2009) obtêm dados similares, sugerindo, em parte, que as variáveis pessoais, familiares e sociais poderão afetar a representação da doença e, por conseguinte, o tipo de *coping* relacionado com a adesão ao tratamento. Ao longo do ciclo vital de uma mesma doença, esta poderá ser percebida de diferente modo pela mesma pessoa. Numa revisão bibliográfica sobre a temática do *coping* e a adesão ao regime terapêutico, os estudos consultados referem que estratégias de *coping* do tipo confrontativo, predominantemente focadas no problema, promovem a adesão ao regime terapêutico.

Numa tentativa de “identificar as variáveis com associação à ARTM dos idosos dependentes”, verificou-se com o presente estudo que as variáveis relacionadas com a não adesão são muitas e contemplam quatro dimensões: biológica, psicológica, social e terapêutica (WHO(a), 2003).

A dimensão biológica agrupa três variáveis que influenciam sobremaneira o ARTM. O facto de os idosos alegarem ter queixas de saúde, apresentarem um estado de nutrição mais favorável e uma maior autonomia instrumental correlaciona-se favoravelmente com uma maior ARTM.

Os mesmos fatores foram identificados quer em estudos nacionais quer num contexto internacional sobre a problemática da adesão (Sousa M., 2011; Machado M., 2009; Oliveira, Pedrosa & Gonçalves, 2008; Giorgi, 2006; Home, 2000; Brannon & Feist, 1997). Reiterando a ideia mencionada anteriormente, e apoiada cientificamente nas teses destes autores, as variáveis pessoais, familiares e sociais poderão influenciar a representação da doença, bem como o tipo de *coping* relacionado com a adesão ao tratamento.

Analisando a dimensão psicológica, atesta-se uma associação e correlação significativas entre a ARTM e o índice de depressão, na medida em os indivíduos com alterações do estado de humor e, conseqüentemente, com um nível de depressão maior terão dificuldades agravadas em gerir o seu regime terapêutico.

Resultados semelhantes têm sido amplamente descritos em estudos nacionais e internacionais realizados com populações idosas a residirem em diversos contextos (Coelho *et al.*, 2013; Mahtani *et al.*, 2011; Rocha *et al.*, 2008; MacLaughlin *et al.*, 2005). Um estudo produzido por Reyset *al.* (2006), a partir de um grupo populacional formado por 86 idosos com mais de 60 anos de idade, encaminhado, devido a queixas de memória, para avaliação na consulta de ambulatório de psiquiatria, permitiu perceber a incontestável ligação entre a depressão e a demência, na medida em que as dificuldades de memorização nos idosos têm uma validade preditiva para a demência e poderão evidenciar comprometimento cognitivo passado e futuro. Num estudo realizado por MacLaughlin *et al.* (2005), os seus investigadores insistem que a depressão e outras doenças específicas, nomeadamente as cardiovasculares, poderão ser preditoras da não adesão.

Analogamente, identificou-se na dimensão social uma variável deveras influenciadora da adesão ao ARTM. O isolamento social assume, de facto, uma correlação positiva entre o estado social ($r=0,176$; $p=0,013$) e a ARTM. O seu resultado

indica que os indivíduos com um mais consistente suporte social têm uma maior probabilidade de aderirem ao RTM.

Associações entre as variáveis referentes à dimensão social e a ARTM foram apuradas em outros estudos nacionais e internacionais (Santos A., 2010; Machado M., 2009; Oliveira, Pedrosa & Gonçalves, 2008; Giorgi, 2006; Home, 2000; Brannon & Feist, 1997).

Na dimensão terapêutica identificaram-se duas variáveis que apresentam uma estreita relação com a ARTM. A primeira prende-se com a aquisição de todos os medicamentos prescritos ($p=0,037$). Neste aspeto, importa salientar que os idosos que mencionam adquirir todos os medicamentos revelam maior ARTM.

A segunda variável refere-se a “quem adquire a medicação”. Neste contexto, não obstante o resultado não significativo do teste de qui-quadrado, infere-se uma maior proporção de indivíduos que adere ao RTM no grupo dos que contam com a participação dos familiares, vizinhos e amigos na aquisição dos medicamentos.

As mesmas variáveis pontuam como influenciadoras da ART em outros estudos, quer a nível nacional quer no foro científico internacional (Coelho *et al.*, 2013; Rocha *et al.*, 2008; Osterberg & Blaschke, 2005; Home, 2000).

Como último objetivo desta investigação definiu-se “enumerar estratégias de intervenção para melhorar a adesão e a gestão do RTM, obtendo ganhos em saúde”. Os autores Mahtani *et al.* (2011) consideram que, para se alterarem os atuais níveis de adesão, convertendo-os numa situação considerada como mais desejável, deve aceitar-se que esta temática representa o segundo estágio no complexo processo que conduz um doente a assumir na sua vida uma conjuntura de medicação. Na verdade, o primeiro grande pilar do comportamento de adesão é a sua concordância em tomar ou não tomar os medicamentos, concertação essa resultante do compromisso que assume com o profissional de saúde, no sentido de o auxiliar no processo de adaptação a esse novo comportamento.

Será imprescindível identificar na população-alvo quais as variáveis envolvidas e relacionadas com o abandono do tratamento ou o não cumprimento das orientações

terapêuticas, em conformidade com a estrutura disponível para o atendimento da mesma população.

Por conseguinte, o presente estudo insiste que a sociedade deverá assumir o seu fundamental e muito especial papel no acompanhamento constante da pessoa idosa, evitando o seu isolamento e discriminação. Nesse sentido, reveste-se ainda de uma superior importância o apuramento dos determinantes da adesão, de forma a se estabelecerem estratégias que contribuam preponderantemente para se reduzir ou eliminar a não adesão, prevenindo a morbidade e mortalidade da pessoa idosa por razão da sua atitude de afastamento do regime terapêutico.

Face ao exposto, constata-se que as intervenções têm de ser adequadas a cada pessoa, de acordo com os seus conhecimentos e expectativas e o seu nível de autonomia na gestão dos medicamentos. Essas ações devem pautar-se pela simplicidade, devido aos fatores de risco implicados numa situação de não adesão, e devem apostar no envolvimento da pessoa idosa no seu tratamento e no esforço de adaptação à sua doença, no sentido de, em contexto de domicílio, se sentir competente para cumprir o seu regime medicamentoso e o gerir eficazmente.

No que se refere a esta população em concreto, e de acordo com os dados obtidos e analisados, existe a necessidade das ECCI intervirem no planeamento de ações promotoras destinadas a aumentar a adesão e gestão do RTM. Sugere-se que o enfermeiro da ECCI priorize um plano de atuações que contemple nomeadamente:

- A verificação periódica da terapêutica do idoso;
- A identificação do número de prescritores;
- O conhecimento pormenorizado do número de fármacos bem como, por meio da aplicação da fórmula estudada $ICT = CM1 + CM2 + \dots + CMn$ (Acurcio *et al.*, 2009), da complexidade da toma do fármaco;
- A observação de alterações detetadas no idoso quanto ao autocuidado na gestão do regime terapêutico medicamentoso;
- A descoberta, aplicando a escala de avaliação do MAT (Delgado & Lima, 2001), dos mitos que possam contribuir para a recusa da toma do medicamento;

- A avaliação, de 6 em 6 meses e através do uso da EDG de 15 itens, dos níveis de depressão geriátrica do utente, procedendo, em caso de necessidade, ao devido encaminhamento;
- A adaptação da linguagem comunicativa às habilitações literárias, propiciando o aumento da literacia em saúde;
- O estabelecimento de uma relação empática e duradoira entre o profissional de saúde e o idoso, ensinando-o, por meio de um seguimento contínuo e prolongado, a optar pelas melhores estratégias;
- A promoção de ações comunitárias que envolvam outros técnicos e parceiros comunitários para melhorar os hábitos de atividade física e nutrição das pessoas.

A estratégia deverá iniciar-se logo no primeiro contacto com o doente e, numa tentativa de manutenção do seu efeito, repetir-se com abundante frequência, (Giorgi, 2006).

O presente estudo denuncia limitações demarcadas que se prendem com o facto de a amostragem ter sido elaborada em função da conveniência e não de forma probabilista. Assim sendo, estas limitações refletiram-se num comprometimento com a ideia de não se estimarem as variáveis ligadas à patologia do utente e à tipologia da medicação, optando-se pela homogeneidade do grupo distribuído por patologia. Saliencia-se, por essa ordem de razões, que a extrapolação dos resultados para a população deverá ser cuidadosa.

7 CONCLUSÕES

A problemática da adesão e gestão do regime terapêutico tem vindo a ser estudada desde há bastante tempo, sendo que os primeiros estudos envolvendo esta questão remontam a 1979 (Haynes). Constatou-se, pela revisão da literatura, que vários estudos têm sido efetuados, embora com a particularidade de incidirem sobre grupos específicos, portadores de características patológicas comuns (diabetes, hipertensão, patologia cardíaca, patologia renal...). Estes estudos, por um lado, revelam a existência de um baixo nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso e, por outro, assinalam como fatores preditores da adesão a idade, o estatuto socioeconómico, a literacia, a relação estabelecida com os profissionais de saúde e a estabilidade emocional do utente.

Com base nessa informação e partindo da necessidade de esclarecimento e ação, enquanto prestadora de cuidados, procurámos obter resposta às questões estabelecidas para o nosso estudo – Qual o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes integradas nas ECCI da região do Algarve? Quais os fatores que condicionam a adesão e gestão do RTM? –, tendo-se concebido o seu plano, definido a população a ser estudada e os instrumentos de recolha de dados a serem utilizados.

A escolha da região, o próprio local onde exercemos a profissão, resultou do fato de se tratar de uma área geográfica dispersa, abrangendo, do mesmo modo, tanto uma população rural como cidadina, em ambos os casos muito envelhecida, e, ainda, em virtude de ter sido a região piloto na implementação da RNCCI.

Selecionou-se uma amostra dos idosos da região, com 198 idosos dependentes, distribuídos num arco cronológico entre uma idade mínima de 65 anos e uma máxima de 102 anos, numa média de 81 anos e com um desvio padrão de 8,09 anos. No âmbito da amostra, os utentes são maioritariamente do género feminino (64,1%) e 55,6% de um estado considerado de muito idoso (com idade igual ou superior a 80 anos). A maioria dos idosos (93,9%) apresenta queixas de saúde; 62,1% encontra-se num estado de

nutrição desfavorável; em 38,9% dos participantes o risco de quedas considera-se desfavorável; 67,2% apresenta dependência na locomoção; 62,1%, na autonomia física e 86,4%, na autonomia instrumental. Cerca de metade da população representada apresenta queixas emocionais (53,0%) e em 23,7% são evidentes alterações no estado cognitivo. Mais de um terço dos idosos apresenta-se socialmente muito isolado (35,4%), 97,5% é a percentagem dos que apresentam uma baixa literacia e 82,3% a dos que se confrontam com um estado social desfavorável. Os hábitos de nutrição e de atividade física são desfavoráveis em 62,6% dos idosos. A não adesão ao RTM atinge 49,0% do grupo estudado. As mulheres tomam mais medicamentos que os homens e apresentam um índice de complexidade mais elevado. Quanto à aquisição dos medicamentos prescritos, a maioria dos participantes (93,4%) adquire a totalidade dos mesmos, e, relativamente à pessoa que adquire a medicação, 78,8% reporta-se a familiares, vizinhos e amigos.

Nesta amostra verificou-se que os utentes muito idosos apresentam uma maior probabilidade de virem a manifestar uma menor autonomia física e instrumental, a revelar um pior estado cognitivo, incluindo pior orientação no tempo e pior orientação no espaço, e a experienciarem um maior isolamento social.

Quanto ao género, apurou-se que as mulheres são o género com uma maior propensão ao isolamento social e que apresentam um pior estado de nutrição.

Relativamente ao perfil fármaco-terapêutico, constatou-se que no sotavento os idosos tomam mais medicamentos, revelam índices maiores de complexidade e que a proporção de idosos que não adquire a totalidade dos medicamentos é superior.

Nesta região, a média de medicamentos prescritos a cada utente é de 5,22 [\pm 0,66], apresentando o fármaco um índice de complexidade na ordem dos 10,88 [\pm 7,17].

As dificuldades dos idosos na gestão do regime terapêutico prendem-se com variáveis associadas a quatro dimensões: a biológica – quando se verifica um estado de nutrição desfavorável e uma baixa autonomia instrumental; a psicológica – na presença de estados depressivos; a social – quando se observa um indesejável isolamento social; e a terapêutica – na persistência de uma incapacidade para a aquisição de todos os medicamentos prescritos e falta de apoio/suporte social na compra da medicação, em

contraposição com os casos em que, por se assistir a uma efetiva participação dos familiares, vizinhos e amigos na obtenção dos medicamentos, também se verifica uma maior ARTM.

Planear em saúde exige conhecer, caracterizar e intervir junto da comunidade, procurando solucionar/minimizar, com o menor número possível dos recursos a que se tem acesso, os problemas identificados. O planeamento em saúde é imprescindível, na medida em que, através dele, as ECCI pretendem dar uma resposta mais eficaz em favor da promoção da saúde, da prevenção de doenças, da cura e da reabilitação. Por meio desse planeamento as ECCI chegam mais junto das comunidades, numa tentativa de procurarem captar os seus interesses, de modo a que as pessoas que as constituem aceitem voluntariamente alterar os seus comportamentos.

Sugere-se que as ECCI apostem numa investigação-ação que, a curto prazo, preconize a criação de parcerias com a rede social no desenvolvimento de atividades lúdicas e recreativas, com o claro objetivo de colmatar as falhas de isolamento social e, tanto quanto possível, afastar ou diminuir a presença da depressão.

Conhecendo a multiplicidade de aspetos envolvidos no processo de adesão, os profissionais de saúde podem, numa perspetiva inter e transdisciplinar, planear e implementar estratégias adequadas ao idoso dependente, de forma a contemplar as singularidades de cada situação.

Este estudo permitiu conhecer os fatores que influenciam a ARTM dos idosos da região do Algarve e servir de diagnóstico para o planeamento futuro de ações promotoras de um melhoramento da ARTM desta população. Partindo do uso de escalas validadas para a população portuguesa e concluindo-se sobre a sua viabilidade numa investigação desta natureza, confirma-se que este estudo poderá servir de base para outros de investigação-ação nas ECCI de todo o país. Por seu lado, o uso do índice de complexidade terapêutica será, a nosso ver, uma mais-valia na reflexão sobre a prescrição aos idosos.

Este estudo apresenta algumas limitações relacionadas com o facto de a amostragem ter sido efetuada por conveniência e não de forma probabilista e por não terem sido contempladas nem as variáveis respeitantes à patologia do utente nem a

tipologia da medicação. Assim sendo, salienta-se que a extrapolação dos resultados para a população deverá ser feita de forma cuidadosa.

Outros estudos podem vir a ser realizados com a ideia de se avaliar a adesão farmacológica, por meio de técnicas muito diferentes, nomeadamente, a contagem de medicamentos, a monitorização da renovação da receita e a avaliação de marcadores biológicos. Essas avaliações poderão, na sequência dos mesmos estudos, vir a ser comparadas com o autorrelato do paciente sobre a adesão farmacológica. Destacamos, ainda, a necessidade de estudos que detalhem a correlação entre o estado de saúde percebido e a terapêutica instituída ao idoso dependente.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 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.
- Almeida, H., Versani, E., Dias, A., Novaes, M., & Trindade, E. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicação Ciências de Saúde*, 18 (1): 57-67.
- Almeida, M. (2011). Autocuidado e promoção da saúde do idosos: contributo para uma intervenção de enfermagem. *Tese de Doutoramento*. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Almeida, O., & Almeida, S. (1999). A confiabilidade da versão brasileira da escala da depressão geriátrica (DGS) versão reduzida. *Arquivos Neuropsiquiatria*, 57 (2-B): 421-426.
- Amaral, M., & Vicente, M. (2001). Grau de dependência dos idosos. *Nursing*, 158 (13): 8-12.
- André, R. (2005). *Adesão à terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA*. Lisboa: Stória Editores.
- Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sften, R. (2014). Contribuições para a adaptação da geriatric depression scale (DGS) - 15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (3): 65-73 .
- Araújo, G., & Garcia, T. (2006). Adesão ao tratamento hipertensivo: na análise conceitual. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 8 (2): 259-272.
- Araújo, I. (2010). Cuidar da família com idoso dependente: formação em enfermagem. *Tese de Doutoramento*. Porto: Universidade do Porto. Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Baptista, A. (2014). Perceção dos profissionais saúde face à adesão dos utentes aos programas de reabilitação. *Dissertação de Mestrado*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-Management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counseling*, 48 (2): 177-187.

- Bastos, F. (2012). A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico. *Tese de Doutoramento*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Beltrán-Sánchez, H., Finch, C., & Crimmins, E. (2015). Twentieth century surge of excess adult male mortality. *PNSA - Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112 (29): 8993-8998.
- Berger, L., & Mailloux-Poirier, M. (1995). *Pessoas idosa: Uma Abordagem Global*. (M. Madeira, F. Silva, L. Abecasis, & M. Rosa, Trans.) Lisboa: Lusociência.
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288 (19): 2469-2475.
- Borges, J. (2009). Adesão e gestão medicamentosa no idoso. *Revista Referência em Enfermagem*, 2 (10, Supl.): 358.
- Botelho, M. (2000). *Autonomia funcional em idosos: caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto: Laboratórios Bial.
- Brannon, L., & Feist, J. (1997). Adhering to medical advice. In *Health Psychology - An Introduction to Behavior and Health* (3^a ed., pp. 187-209). International Thomson Publishing.
- Brito, J. (2001). *Introdução à metafísica do trabalho científico*. Braga: Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Filosofia.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Centro de Estudos Baseados na Evidência .
- Cabral, M., & Silva, P. (2010). *A adesão terapêutica em Portugal. Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas* (1^a ed.). Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Caderno Saúde Pública*, 19 (3): 773-781.
- Capelo, F. (2000). A integração do paciente dependente na família: um estudo de caso num centro de saúde da área da grande Lisboa. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Cintra, F., Guariento, M., & Miyasaki, L. (2010). Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciência e Saúde Colectiva*, 15 (Supl. 3): 3507-3515.

- CIPE, C. (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem* (2ª ed.). Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Coelho, M., Costa, E., Richter, V., Dessotte, C., Ciol, M., Schmidt, A., . . . Furuya, R. (2013). Estado de saúde percebido e adesão farmacológica em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34 (3): 86-94.
- Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (M. Abecasis, Trad.) Lisboa: Lidel.
- Conn, V., Taylor, S., & Kelley, S. (1991). Medication regimen and adherence among older adults. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23: 231-235.
- D.L.136. (2015). Primeira alteração do Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 de Junho de 2006, a qual dispõe sobre a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Decreto-Lei*. Portugal: Diário da República - I Série: 5081-5091.
- D.L.248. (2009). Decreto-Lei n.º 248/09, de 22 de Setembro de 2009, a qual dispõe sobre o regime da carreira especial de enfermagem, bem como os respectivos requisitos de habilitação profissional. *Decreto-Lei*. Portugal: Diário da República - I Série (184): 6761-6765.
- Delgado, A., & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 2 (2): 81-100.
- Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão de literatura. *Millenium*, 201-219.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012). Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012 - 2016. Lisboa. Obtido de <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Duarte, S. (2010). Continuidade em cuidados domiciliários: o papel do enfermeiro. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Dunbar-Jacob, J., & Mortimer-Stephens, M. (2001). Treatment adherence in chronic disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54: 857-860.
- Faria, H. (2008). Factores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Dissertação de Mestrado*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
- Fawcette, J. (2005). Criteria for Evaluation of Theory. *Nursing Science Quarterly*, 18 (2): 131-135.

- Ferreira, D. (2014). Impacto da adesão terapêutica nos custos dos cuidados de saúde. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30: 268-270.
- Ferreira, P., & Tavares, D. (2013). Prevalência e fatores associados ao indicativo de depressão entre idosos residentes na zona rural. *Revista Escola Enfermagem USP*, 47 (2): 421-426.
- Fontes, A. (2014). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. Um modelo multidimensional e multideterminado da funcionalidade em idosos assistidos na rede nacional de cuidados continuados integrados do Algarve. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas.
- Fontes, A., Botelho, A., & Fernandes, A. (2014). A biopsychosocial evaluation method and the international classification of functioning, disability, and health (ICF). *Educational Gerontology*, 40 (9): 686-699.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- George, B., & Cols. (2000). *Teorias de enfermagem - os fundamentos para a prática profissional* (4ª ed.). (A. Thorell, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas.
- Giorgi, D. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento antihipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1): 47-50.
- Gomes, O. (s/d). *Infiresources*. Obtido de http://www.infiresources.ca/fer/depotdocuments/Compreender_a_adesao_do%20idoso_ao_tratamento-OliviaGomes.pdf
- Gonçalves, P., Cunha, L., & Ribeiro, C. (2009). Qualidade de vida, adesão e satisfação com o tratamento nos doentes com cefaleias primárias. *Revista de Enfermagem Referência*, Série II (10 Supl): 63.
- Goulart, F. (2011). *Doenças crónicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial de Saúde.
- Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia. Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 1 (Supl): 9-10.
- Haynes, B., Taylor, D., & Sackett, D. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

- Henriques, M. (2006). Adesão ao regime terapêutico em idosos - Revisão sistemática (2004-2006). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Henriques, M. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. *Tese de Doutoramento*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Home, R. (2000). Compliance, adherence and concordance. *Behavioural Approach to Pharmacy Practice*, 166-183.
- INE,I. (2015). *INE.pt*. Obtido de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156657607&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
- Institute, J. B. (2011). *Joanna Briggs Institute Reviewers Manual: 2011 edition*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.
- Joyce-Moniz, L., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para os cuidados de saúde: desenvolvimento e intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Kripalani, S., Henderson, L., Chiu, E., Robertson, R., Kolm, P., & Jacobson, T. (2006). Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *Journal of general internal medicine*, 21 (8): 852-856.
- Lorig, K., & Holman, H. (2003). Self-Management education: history, definition, outcomes and mechanisms. *Annals Behavioral Medicine*, 26 (1): 1-7.
- 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.
- Machado, M. (2009). Adesão ao regime terapêutico representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. *Dissertação de Mestrado*. Braga: Universidade do Minho. Instituto Educação e Psicologia.
- MacLaughlin, E., Raehl, C., Treadway, A., Sterling, T., Zoller, D., & Bond, C. (2005). Assessing medication adherence in elderly which tools to use in clinical practice? *Drugs Aging*, 22 (3): 231-255.
- Mahtani, K., Heneghan, C., Glaszion, P., & Perera, R. (2011). Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications (Review). *The Cochrane Database of Systematic Review*, 7 (9).
- Marconi, M., & Lakatos, E. (1996). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

- Mendes, K., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Textos e Contextos Enfermagem*, 17(4): 758-764.
- Michaud, P. (1996). Independent older persons managing medications at home: a ground theory. *Dissertation doctor of philosophy*. Boston College: Graduate School of Nursing.
- Mingheli, B., Tomé, B., Nunes, C., Neves, A., & Simões, C. (2013). Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Revista Psiquiatria Clinica*, 40 (3): 71-76.
- Ministério, d. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Despacho Ministerial*. Portugal: Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde.
- Moniz, J. (2003). *A Enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Monterroso, L., Pierdevara, L., & Joaquim, N. (2012). Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de psiquiatria do centro hospitalar barlavento algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7: 39-45.
- Mota Pinto, M. (2001). *O fenómeno da longevidade*. In: Mota Pinto A (Coord). *Envelhecer vivendo*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Navalhas, J. (2003). Projeto de intervenção no âmbito da visitação domiciliária no contexto do cuidar em enfermagem. *Enfermagem*, 7: 6-14.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da popula o portuguesa*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M., & Néri, A. (2006). Rela o entre a ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 11 (2): 351-359.
- Oliveira, M., Bezerra, V., Silva, A., Alves, M., Moreira, M., & Caldas, C. (2012). Sintomatologia da depress oautoferrida por idosos que vivem em comunidade. *Ciências e Saúde Coletiva*, 17 (8): 2191-2198.
- Oliveira, T., Pedrosa, L., & Gonçalves, R. (2008). Estudo da hipertensão arterial sist mica: Repercurs es quanto   adesão ao tratamento. *Revista Triângulo*, 1 (1): 97-110.
- OMS, O. M. (1991). *3^a Conferência internacional sobre a promo o da saúde, Sundsvall*. Sundsvall: Organiza o Mundial de Saúde.

- Ordem , d. (2006). *Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). Classificação para a prática de enfermagem versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem d. (2009). Código Deontológico - Inserido no Estatuto da OE publicado como anexo. *Lei 111/2009 de 16 Setembro*. Portugal.
- Orem, D. (2001). *Nursing - concepts of practice* (5^a ed.). St. Louis: Mosby.
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug therapy: adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, 353:487-497.
- Padilha, J., Oliveira , M., & Campos, M. (2010). Revisão integrativa da literatura sobre gestão do regime terapêutico em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crónica. *Rev Escola de Enfermagem USP*, 44 (4): 1129-1134.
- Páscoa, C., & Santos, M. (2012). Determinantes da adesão a doentes submetidos a angioplastia transluminal percutânea coronária. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (2): 410-432.
- Pereira, A., & Santos, E. (2011). *Tratamento em saúde mental: aderência à terapêutica medicamentosa e principais reacções adversas de psicofármacos*. Obtido de Web artigos: <http://www.webartigos.com/artigos/tratamento-em-saude-mental-aderencia-a-terapeutica-medicamentosa-e-principais-reacoes-adversas-de-psicofarmacoterapicos/56660/>
- Petronilho, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- PNSPI, M. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Despacho Ministerial*. Portugal: Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde.
- Polit, D., & Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Priberam I. (2008-2013). *Dicionário Priberam da Língua Portuguesa*. Obtido de www.priberam.pt/dlpo/ades%C3%A3o
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (3): 157-164.
- Reiners, A., Azevedo, R., Vieira, M., & Arruda, A. (2008). Produção bibliográfica sobre adesão/não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*, 13 (Supl 2): 2299-2306.
- Rendas, A. (2001). Adaptações normais e patológicas do organismo humano durante o envelhecimento - "Idade biológica" versus "Idade cronológica". In A. Mota Pinto, *Envelhecer vivendo* (pp. 49-55). Coimbra: Quarteto Editora.

- Reys, B., Bezerra, A., Vilela, A., Keusen, A., Marinho, V., Paula, E., & Jerson, L. (2006). Diagnóstico de demência, depressão e psicose em idosos por avaliação cognitiva breve. *Revista Associação Médica Brasileira*, 52 (6): 401-404.
- Ribeiro, O. (2011). Famílias com dependentes no autocuidado: Um olhar sobre a pessoa dependente. *Dissertação de Mestrado*. Porto: Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (3): 25-36.
- Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Rocha, C., Oliveira, A., Ferreira, C., Faggiani, F., Schroeter, G., Souza, A., . . . Werlang, M. (2008). Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre. *Ciências Saúde Coletiva*, 13 (Supl): 703-710.
- Rodrigues, S. (2009). A educação para a saúde na rede nacional de cuidados continuados integrados. Um estudo exploratório sobre as percepções de doentes e enfermeiros. *Dissertação de Mestrado*. Braga: Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia.
- Santos, A. (2010). Regresso a casa após o internamento hospitalar: dificuldades sentidas pela pessoa idosa com doença cardíaca na manutenção da terapêutica medicamentosa. *Dissertação de Mestrado*. Faro: Universidade do Algarve.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 15 (3).
- Santos, J. (2002). Parceiros nos cuidados - uma metodologia de trabalho centrada no doente. *Monografia*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Santos, M., & Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (2): 149-162.
- Schmetzer, N. (1999). The experience of older adults living independently who are taking multiple medication. *Master of science, nursing science*. University Alaska Anchorage: Faculty of the School Nursing.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas Lda.

- Silva, E., Sousa, A., Ferreira, L., & Peixoto, H. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*, 46 (6): 1387-1393.
- Sousa, M., & McIntyre, T. (2009). Factores psicossociais preditores da adesão ao regime terapêutico na diabetes. *Revista de Enfermagem Referência*, Série II (10): 158.
- Sousa, A., Peixoto, M., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série II (8): 59-67.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, M. (2011). Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (4): 151-160.
- Sousa, R. (2009). Envelhecimento da população portuguesa – algumas decorrências económicas. *Dissertação de Mestrado*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação doentes em idosos: adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 27: 176-182.
- Teixeira, J., Rodrigues, M., & Machado, V. (2012). Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33 (2): 186-196.
- Thomas, C. (2000). *Dicionário médico enciclopédico. Taber* (17 ed.). (F. Nascimento, Trad.) Loures: Lusodidacta.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Trentini, M., & Paim, L. (1999). *Pesquisa em Enfermagem. Uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis: Editora da UFSC.
- Vaz, S., & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (4): 49-58.
- Ventura, A. (2006). Adesão à terapêutica anti-retrovirica VIH/SIDA: Revisão de artigos publicados. *Arquivos de medicina*, 20 (1-2): 37-49.
- Vermeire, E., Heanshaw, h., Van Royen, p., & Denekens, j. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. *Clinical pharmacy and therapeutics*, 26 (5): 331-342.

WHO. (1986). *The Ottawa charter for health promotion*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

WHO(a). (2003). *Adherence to long term therapies: evidence for action*. Geneva: WHO Library Cataloguing.

WHO, W. (2011). *Global health and ageing*. Geneva: World Health Organization.

ANEXOS

ANEXO 1 – Questionário



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA



Questionário

ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO

Caro(a) participante,

O presente questionário tem por objetivo caracterizar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos utentes da RNCCI da região do Algarve. Este estudo surge no âmbito do trabalho de doutoramento em enfermagem da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde Lisboa da investigadora Lúcia Monterroso.

Não existem respostas certas ou erradas, pelo que deverá responder de acordo com a opção que melhor se adequa à sua situação, relativamente a cada questão. As suas respostas serão anónimas e a equipa de investigação asseguram que os dados recolhidos serão mantidos em rigorosa confidencialidade, sendo tratados por meios informatizados, podendo ser utilizados apenas em publicações de cariz científico. É importante que responda a todas as perguntas do questionário e com sinceridade.

Muito obrigado pela sua colaboração.

ECCI: _____

Iniciais do nome do Participante:

Assinatura do responsável pela colheita:

MAB – Método de Avaliação Biopsicossocial

Internamento na RNCCI data: ___/___/___ Data de nascimento: ___/___/___ Idade: _____(anos)

Pontuação
Classificação

Sexo		<input type="radio"/> Feminino	<input type="radio"/> Masculino		
Idade		<input type="radio"/> 80 ou + anos	<input type="radio"/> 65 a 79 anos	<input type="radio"/> 50 a 64 anos	<input type="radio"/> 18 a 49 anos
P1 Queixas músculo-esqueléticas		<input type="radio"/> com queixas			<input type="radio"/> sem queixas
P2 Queixas visão		<input type="radio"/> com queixas			<input type="radio"/> sem queixas
P3 Queixas audição		<input type="radio"/> com queixas			<input type="radio"/> sem queixas
P4 Queixas pele		<input type="radio"/> com queixas			<input type="radio"/> sem queixas
P5 Queixas outros órgãos ou sistemas		<input type="radio"/> com queixas			<input type="radio"/> sem queixas
QUEIXAS DA SAÚDE	a menor pontuação _____	<input type="radio"/> com queixas			<input type="radio"/> sem queixas
IMC – Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	Peso _____ Alt _____ 1. ^a ____ ; 2. ^a ____ ; 3. ^a ____	<input type="radio"/> menos 16,0magreza	<input type="radio"/> 16,0 a 18,4 baixo peso		<input type="radio"/> 18,5 a 25,0adequado
CINT – cintura feminino (cm)		Mais de 30,0 obesidade	<input type="radio"/> 25,1 a 30,0 excesso de peso		<input type="radio"/> menos de 80 adequado
CINT – cintura masculino (cm)	média (1. ^a +2. ^a +3. ^a)/3= _____	Mais de 88 obesidade II	<input type="radio"/> 80 a 88 obesidade I		<input type="radio"/> menos de 94 adequado
ESTADO DE NUTRIÇÃO	Md= (IMC + CINT)/2	<input type="radio"/> 0 a 0,9 magro ou obeso	<input type="radio"/> 1 a 2,9 baixo peso ou excesso de peso		<input type="radio"/> 3 adequado
P6 N.º quedas (último ano)	n.º _____	<input type="radio"/> 4 ou mais quedas	<input type="radio"/> 2 a 3 quedas	<input type="radio"/> 1 queda	<input type="radio"/> sem quedas
P7 Movimento de quedas	Ou _____ dias; ou _____ meses	<input type="radio"/> menos de 1 mês	<input type="radio"/> 1 mês a 1 ano	<input type="radio"/> + 1 de ano	<input type="radio"/> sem quedas
P8 Motivo de quedas	_____	<input type="radio"/> interno + externo	<input type="radio"/> interno	<input type="radio"/> externo	<input type="radio"/> sem quedas
P9 Sequelas de quedas ocorridas	_____	<input type="radio"/> com alt mobilidade	<input type="radio"/> sem alteração mobilidade	<input type="radio"/> sem sequelas	<input type="radio"/> sem quedas
QUEDAS	média(P6+P7+P8+P9)/4= _____	<input type="radio"/> 0 a 0,9 mau	<input type="radio"/> 1 a 1,9 insatisfatório	<input type="radio"/> 2 a 2,9 satisfatório	<input type="radio"/> adequado
P10 Andar em casa, dentro edifícios		<input type="radio"/> incapaz, não anda	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
P11 Andar na rua		<input type="radio"/> incapaz, não sai	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
P12 Andar nas escadas		<input type="radio"/> incapaz, não usa	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
P13 Locomoção e meios para visão e audição				<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
LOCOMOÇÃO	a menor pontuação _____	<input type="radio"/> incapaz	<input type="radio"/> dependente	<input type="radio"/> autónomo	<input type="radio"/> independente
P14 Lavar-se/ tomar banho	entrar/ sair, estar, lavar-se	<input type="radio"/> incapaz, não se lava	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
P15 Vestir-se/despir-se	escolher, preparar, vestir	<input type="radio"/> incapaz, não se veste	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/acabamento	<input type="radio"/> independente
P16 Usar a sanita e /ou bacio/ urinol	usar, limpar-se, roupa, despejar	<input type="radio"/> incapaz, não usa	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
P17 Deitar-se/ levantar-se da cama	mover-se, transferir-se, andar	<input type="radio"/> incapaz, não se levanta	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
P18 Deitar-se/ levantar-se de cadeiras	mover-se, transferir-se, andar	<input type="radio"/> incapaz, não se senta	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
P19 Controlar a urina		<input type="radio"/> incapaz, não controla	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/incont esp	<input type="radio"/> independente
P20 Controlar as fezes		<input type="radio"/> incapaz, não controla	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/incont esp	<input type="radio"/> independente
P21 Alimentar-se/ comer	servir-se, prep. alimento, comer	<input type="radio"/> incapaz, não se alimenta	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/prot dentária	<input type="radio"/> independente
P22 Autonomia Física e meios para visão e audição				<input type="radio"/> meios	
AUTONOMIA FÍSICA	a menor pontuação _____	<input type="radio"/> incapaz	<input type="radio"/> dependente	<input type="radio"/> autónomo	<input type="radio"/> independente
P23 Usar o telefone	marcar n.º /atender	<input type="radio"/> incapaz, não usa	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
P24 Fazer compras	todas as compras necessárias	<input type="radio"/> incapaz, não faz	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/aj. ocasional	<input type="radio"/> independente
P25 Preparar refeições	planear bem preparar servir-se	<input type="radio"/> incapaz, não faz	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/aj. ocasional	<input type="radio"/> independente
P26 Tarefas de lida da casa	pesadas e leves com limpeza	<input type="radio"/> incapaz, não faz	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/aj. ocasional	<input type="radio"/> independente
P27 Lavar/tratar da sua roupa	grande e pequena	<input type="radio"/> incapaz, não faz	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/aj. ocasional	<input type="radio"/> independente
P28 Usar transporte (aonde não pode ir a pé)	público, táxi, carro conduzir	<input type="radio"/> incapaz, não usa	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/aj. ocasional	<input type="radio"/> independente
P29 Tomar os medicamentos	nas doses e tempos corretos	<input type="radio"/> incapaz, não toma	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/aj. ocasional	<input type="radio"/> independente
P30 Gerir o seu dinheiro	contas cheques idas ao banco	<input type="radio"/> incapaz, não faz	<input type="radio"/> dependentes de 3.s	<input type="radio"/> meios/aj. ocasional	<input type="radio"/> independente
P31 Autonomia instrumental e meios para visão e audição				<input type="radio"/> meios	<input type="radio"/> independente
AUTONOMIA INSTRUMENTAL	a menor pontuação _____	<input type="radio"/> incapaz	<input type="radio"/> dependente	<input type="radio"/> autónomo	<input type="radio"/> independente

P32 Triste/ deprimido		0 muito tempo s/ resposta	1 metade do tempo	2 pouco tempo	3 nunca	
P33 Nervoso/ ansioso		0 muito tempo s/ resposta	1 metade do tempo	2 pouco tempo	3 nunca	
P34 Outras queixas emocionais		0 muito tempo s/ resposta			3 sem queixas	
QUEIXAS EMOCIONAIS	média(P32+P33+P34)/3= ___	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 bom	
P35 Ano	Em que ano estamos	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
P36 Mês	Em que mês estamos	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
P37 Dia do mês	Quantos são hoje	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
P38 Estação do ano	Em que estação do ano estamos	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
P39 Dia da semana	Que dia da semana é hoje	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
OT – ORIENTAÇÃO NO TEMPO	Md(P35+P36+P37+P38+P39)/5=	0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 orientado no tempo	
P40 País	Como se chama o nosso país	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
P41 Distrito	Em que distrito vive	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
P42 Terra	Em que terra vive	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
P43 Casa	Como se chama esta casa	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
P44 Andar	Em que andar estamos	0 nresponde/n sabe/errado			3 certo	
OT – ORIENTAÇÃO NO ESPAÇO	Md(P40+P41+P42+P43+P44)/5=	0 0 a 0,9 má	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 orientado no espaço	
ESTADO COGNITIVO	Md(OT+OE)/2=	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 bom	
P45 Estado civil	Em relação/união a outra pessoa	0 viúvo /separado/solteiro			3 casado/união facto	
P46 n.º coabitantes na sua residência	n.º ___ coabitantes	0 vive só			3 vive com outros	
P47 tempo que está só nas 24horas	Está só: ___ horas	0 8 ou mais horas			3 menos de 8 horas	
P48 Ter com quem desabafar/confidente	Falar assuntos pessoais	0 não tem confidente			3 tem confidente	
IS – Isolamento social	Md(P45+P46+P47+P48)/4=	0 0 a 0,9 muito isolado	1 1 a 1,9 isolado	2 2a,9pouco isolado	3 não isolado	
P 49 Escolaridade	(estudos completos ___(anos)	0 0 anos/analfabeto	1 1 a 6 anos	2 7 a 12 anos	3 13 ou mais anos	
P50 Profissão		0 não qualificado	1 qualificado	2 intermédio	3 especialista	
HL – Habilitações literárias	Md(P49+P50)/2=	0 0 a 0,9 baixas	1 1 a 1,9 insatisfatórias	2 2a,9 satisfatórias	3 boas	
ESTADO SOCIAL	Md(IS+HL)/2=	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 bom	
P 51 Andar a pé	n.º horas / semana = _____					
P52 Ginástica ou desporto	n.º horas / semana = _____					
P53 Outra atividade física	n.º horas / semana = _____					
AF – Atividade Física	Soma: P51+P52*P53=	0 0 horas	1 menos de 2 horas	2 2 a 4 horas	3 4 ou mais horas	
P54 Refeições habituais assinalar:	Peq. Almoço	Meio da manhã	Almoço Lanche	Jantar Ceia	Outra(s)	
R – N.º refeições / dia	N.º refeições: _____	0 0 a 2 refeições dia	1 mais de 6 refeições dia	2 3 refeições dia	3 4 a 6 refeições dia	
HÁBITOS	Md(AF+R)/2=	0 0 a 0,9 mau	1 1 a 1,9 insatisfatório	2 2 a 2,9 satisfatório	3 bom	

Perfil biopsicossocial

SEXO/IDADE/QUEIXAS DA SAÚDE/NUTRIÇÃO/QUEDAS/LOCOMOÇÃO/ATIVIDADE FÍSICA/A. INSTRUMENTAL/
QUEIXAS EMOCIONAIS/COGNITIVO/SOCIAL/HÁBITO

Perfil Fármaco-terapêutico

1. Medicamentos

Nome fármaco CM	N.º de tomas/dia CF	N.º fármaco/toma CD	N.º Ações requeridas (dividir comprimido/ medir xarope/ preparar inj./ aplicar inj./ adm gotas/ passar creme) AR	N.º indicações (jejum/ após refeição/ doses alternadas/ entre outras) IA	Frequência instruções (n.º de vezes por dia que a instrução deve ser seguida) FIA

2. Tem algum registo que possa recorrer caso se esqueça das indicações médicas:

3. Consegue adquirir todos os medicamentos que lhe são prescritos pelo médico: Sim

Não

Se não, porquê? _____

4. Como adquire os seus medicamentos: O próprio Familiares, vizinhos, amigos

Equipa de apoio domiciliário

Outro (por favor, refira qual _____)

Medida de Adesão aos Tratamentos (Delgado e Lima, 2001)

1. Alguma vez se esquecer 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 de tomar os 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 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

7. Alguma vez interrompeu a terapêutica 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

Escala de Depressão Geriátrica (Karlavish, Clark, 2003)

	Sim	Não
1. Está satisfeito com sua vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Abandonou muitos de seus interesses e atividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sente que sua vida está vazia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sente-se frequentemente aborrecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Na maioria do tempo está de bom humor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tem medo de que algo de mal vá lhe acontecer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sente-se feliz na maioria do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sente-se desamparado na maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas diferentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Acha que tem mais problemas de memória do que a maioria das pessoas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Acha bom estar vivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sente-se inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sente-se cheio de energia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sente-se sem esperança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Acha que a maioria das pessoas está numa situação melhor do que a sua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 2 – Consentimento Informado



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo de investigação: Avaliação da adesão e da gestão do regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes integradas nas equipas de cuidados continuados integrados da região do algarve.

Contacto: Lígia Monterroso; UCP - Instituto Ciências da Saúde: 934453904.

O presente estudo é da responsabilidade de Lígia Monterroso, doutoranda em enfermagem da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde Porto. Tem por objetivo central caracterizar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos utentes da RNCCI da região do Algarve. Para o efeito estabelecemos como objetivos específicos: 1) Contribuir para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa dependente; 2) Identificar e descrever os fatores influenciadores da adesão ao regime terapêutico medicamentoso; 3) Identificar as causas que indiciam a não-adesão do regime terapêutico medicamentoso; 4) Detetar sinais de alerta para a depressão, isolamento e tristeza; 5) Verificar se regime terapêutico medicamentoso é uma intervenção sensível para o acompanhamento constante do enfermeiro da equipa de cuidados continuados integrados.

Para a concretização destes objetivos é necessário procedermos à aplicação de um questionário, a fim de obtermos dados que nos possam indicar como se comporta o fenómeno da adesão ao regime terapêutico nas pessoas idosas dependentes. Este questionário incluiu a obtenção de dados sociodemográficos, para caracterizar a população em estudo. A seleção dos participantes é realizada com base no desejo de aceitar participar no estudo, apresentar capacidades cognitivas para responder ao questionário e ser responsável pela sua gestão do regime terapêutico medicamentoso.

No presente questionário não existem respostas certas ou erradas, pelo que deverá responder de acordo com a opção que melhor se adequa à sua situação. Garante-se a todos os participantes que assim que o desejem podem terminar a sua participação sem que advenha qualquer prejuízo no seu atendimento, cuidados ou tratamento. As suas respostas serão anónimas e a equipa de investigação assegura que os dados recolhidos serão mantidos em rigorosa confidencialidade, sendo tratados por meios informatizados, podendo ser utilizados apenas em publicações de cariz científico. É importante que responda a todas as perguntas do questionário e com sinceridade.

Todas as condições mencionadas serão cumpridas e, na base desse quadro de referência, solicita-se a sua participação no estudo, a qual se revela fundamental para a sua viabilização e para a produção de medidas que apoiem no seu quotidiano.

Declaração de consentimento informado:

Declaro por minha honra de que recebi informação acerca de todos os procedimentos do presente estudo de investigação e aceitei nele participar de livre vontade. Todas as dúvidas que tinha foram devidamente esclarecidas, pelo que a minha participação efetua-se com pleno conhecimento do trabalho a desenvolver pela investigação.

_____, _____ de _____ de _____
(Local) (dia) (mês) (ano)

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do investigador:

**ANEXO 3 – Pedido de aplicação do questionário e Autorização com
parecer da Comissão de Ética**

A/C Exm. Sr. Dr. Martins dos Santos
Presidente do Conselho Diretivo da
Administração Regional de Saúde do Algarve I.P.
Largo S. Pedro, nº 15
8 000 – 145 FARO

C/AR

N/Ref.: 019/12/DIR/cs

Assunto: Docente Lígia Eduarda Pereira Monterroso – Pedido de autorização para aplicação de questionário no âmbito do Doutoramento em Enfermagem

Silves, 6 de fevereiro de 2012.

Exm. Senhor Presidente,

Vimos por este meio solicitar autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados que possibilitará dar continuidade ao trabalho de Investigação da nossa docente **Lígia Eduarda Pereira Monterroso**, no âmbito da sua dissertação de Doutoramento em Enfermagem, subordinada ao tema "**Avaliação da adesão do regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes nas equipas de cuidados integrados da região do Algarve**", e coorientada pela nossa docente a tempo integral Professora Doutora Natércia Joaquim.

Segue em anexo o projeto e o respetivo instrumento (Questionário), bem como o Termo de Consentimento Informado, para V. apreciação e tomada de decisão.

Gratos por toda a atenção dispensada a este pedido, disponibilizando-nos para qualquer esclarecimento adicional,

Com os nossos melhores cumprimentos.

A Diretora da ESSJP de Algarve



Prof. Doutora Ana Maria Almeida

26 04'12 005594

Exm^a. Senhora
Lígia Eduarda Pereira Monterroso
Campus Académico de Silves
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Algarve
Enxerim
8300-025 Silves

Sua Referência

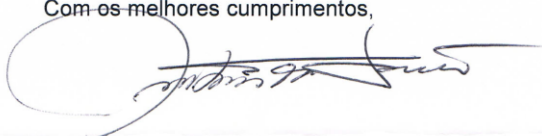
Seu Fax

Nossa Referência
152/12 D.E.P.
18-04-2012

ASSUNTO: Pedido de autorização para aplicação do instrumento de recolha de dados para o trabalho de investigação, no âmbito da dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde, subordinada ao tema "Avaliação da adesão do regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas dependentes nas equipas de cuidados integrados da região do Algarve"

Considerando o interesse do estudo para a Região e o parecer favorável da Comissão de Ética, o Conselho Diretivo autoriza a recolha de dados como solicitado e fica a aguardar o resultado e conclusões do respectivo trabalho.

Com os melhores cumprimentos,



Dr. Martins dos Santos
Presidente do Conselho Directivo
da ARS Algarve, I.P

C.C.: Diretores Executivos

ANEXO 4 – Autorização dos autores

Re: Pedido de autorização para utilização da EDG versão reduzida

De: Osvaldo Almeida (osvaldo.almeida@uwa.edu.au)

Enviada: quarta-feira, 14 de março de 2012 06:52:01

Para: Ligia Monterroso (gimonterroso@hotmail.com)

Cara Ligia Obrigado por seu email e pela gentileza de entrar em contacto comigo. Sinta-se à vontade para utilizar a escala.

Boa sorte com seu trabalho!

Osvaldo

Osvaldo P. Almeida, MD, PhD, FRANZCP, FFPOA

Professor & Winthrop Chair of Geriatric Psychiatry | School of Psychiatry & Clinical Neurosciences | University of Western Australia.

Director of Research | Western Australian Centre for Health & Ageing | Centre for Medical Research| Western Australian Institute for Medical Research.

Consultant | Department of Psychiatry | Royal Perth Hospital.

Postal address: University of Western Australia (M573), 35 Stirling Highway, Crawley, Perth, WA 6009, Australia.

Courier address: WA Centre for Health & Ageing, Level 6, Ainslie House, Royal Perth Hospital, 48 Murray St, Perth, Australia.

E: osvaldo.almeida@uwa.edu.au

W: wacha.org.au

T: 61-8-9224 2855

F: 61-8-9224 8009

From: Ligia Monterroso gimonterroso@hotmail.com

Date: Wed, 14 Mar 2012 14:47:06 +0800

To: "osvalm@cyllene.uwa.edu.au" <osvalm@cyllene.uwa.edu.au>

Subject: Pedido de autorização para utilização da EDG versão reduzida

Exmo. Sr. Professor Doutor Osvaldo Almeida

Inicio esta mensagem com a minha apresentação. Chamo-me Lúgia Eduarda Pereira Monterroso, sou aluna de doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde do Porto da Universidade Católica Portuguesa.

Estou a desenvolver o projeto de doutoramento, cujo o objetivo é estudar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso (RTM) das pessoas idosas dependentes integradas na RNCCI da região do Algarve e os fatores que influenciam a adesão ao RTM.

Na literatura consultada tomamos contato com a medida de escala de depressão geriátrica versão reduzida (EDG -15). Uma vez que consideramos um instrumento de avaliação importante para o estudo efectuado. Pela pesquisa efectuada encontramos vários artigos portugueses que fazem referencia a sua escala, mas não encontro a validação para a população Portuguesa, no entanto optei por lhe pedir autorização para utilizar a sua versão traduzida da escala validada em ambulatório geral e que a autora é a Sra. Professora.

Venho respeitosamente junto de V. Ex.ca pedir autorização para utilizar a EDG-15 na recolha de dados.

Grata pela atenção

Lúgia Monterroso

<http://du101w.dub101.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=310949fd-6da2-...>

14-03-2012

**Pedido autorização de utilização de instrumento de colheita de dados
MAB**

From: Lígia Monterroso gimonterroso@hotmail.com

Date: sábado, 18 de fevereiro de 2012 23:10:59

To: fisiologia@fcm.unl.pt

Exma. Sr.^a Professora Doutora Maria Amália Botelho

Início esta mensagem com a minha apresentação. Chamo-me Lígia Eduarda Pereira Monterroso, sou aluna de doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

Estou a desenvolver o projeto de doutoramento, cujo objetivo é estudar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso (RTM) das pessoas idosas dependentes integradas na RNCCI da região do Algarve e os fatores que influenciam a adesão ao RTM. A método de avaliação biopsicossocial é utilizada por nós na nossa prática diária na avaliação dos utentes da Rede.

Na literatura consultada verificamos que a Sr.^a Professora procedeu à validação do instrumento e autorizou a sua aplicação na RNCCI, no entanto, para desenvolver o projeto venho solicitar autorização para usar o mesmo na investigação que estou a desenvolver. Uma vez que consideramos um instrumento de avaliação importante para o estudo efetuado. Pela pesquisa efetuada encontramos a seguinte referência, embora não consegui aceder ao original.

Botelho, MA. Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano(1^a ed.). Porto: Laboratórios Bial. 2000; 195p.

Venho respeitosamente junto de V. Ex.ca pedir autorização para utilizar o MAB na recolha de dados e a respetivo artigo original para posteriormente poder citar.

Grata pela atenção

Lígia Monterroso

<http://du101w.dub101.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=7e775e48-36ae-...>
...Página 1 de 1 18-02-2012

Re: Pedido de autorização para utilização da MAT

De: Luísa Lima (luisa.lima@iscte.pt)

Enviada: quinta-feira, 2 de fevereiro de 2012 22:14:10

Para: Lúgia Monterroso (gimonterroso@hotmail.com)

Cara Lúgia,

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 Lima

--

Luisa Pedroso de Lima

Professora Catedrática

Directora da Escola de Ciências Sociais e Humanas

No dia 2 de Fevereiro de 2012 19:54, Lúgia Monterroso <gimonterroso@hotmail.com> escreveu:

Exma. Sr.^a Professora Doutora Maria Luísa Lima

Início esta mensagem com a minha apresentação. Chamo-me Lúgia Eduarda Pereira Monterroso, sou aluna de doutoramento em Enfermagem no Instituto de Ciências da Saúde de Lisboa da Universidade Católica Portuguesa.

Estou a desenvolver o projeto de doutoramento, cujo o objetivo é estudar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso (RTM) das pessoas idosas dependentes integradas na RNCCI da região do Algarve e os fatores que influenciam a adesão ao RTM. Na literatura consultada tomamos contato com a medida de adesão ao tratamento (MAT). Uma vez que consideramos ser o instrumento de avaliação de eleição para o estudo efetuado. Uma vez que a escala se encontra validada e que a autora é a Sra. Professora, juntamente com Sr. Doutor Artur Barata Delgado.

Venho respeitosamente junto de V. Ex.ca pedir autorização para utilizar a MAT na recolha de dados.

<http://du101w.dub101.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=36c6a314-4>

**ANEXO 5 – Correlações significativas com a adesão ao Regime
Terapêutico**

	↑ ARTM	
	Coefficiente de correlação (r)	Significância (p)
↑ Queixas de Saúde	0,182	0,010
Queixas Musculo Esqueléticas	0,158	0,026
↑ Estado de Nutrição	0,220	0,001
IMC	-0,175	0,014
Perímetro da Cintura	-0,264	<0,001
↑ Autonomia Instrumental	0,127	0,075
Usar transporte (onde não pode ir a pé)	0,196	0,006
Gerir o seu dinheiro	0,194	0,006
↑ Estado Cognitivo	-0,117	0,100
Orientação no tempo	-0,129	0,069
Em que mês estamos	-0,178	0,012
Em que dia da semana estamos	-0,160	0,024
Orientação no Espaço	-0,139	0,050
Em que distrito vive	-0,181	0,011
↑ Estado Social	0,176	0,013
↓ Isolamento Social	0,162	0,023
↑ Cohabitanes na sua residência	0,199	0,005
↓ Tempo em que está só nas 24h	0,198	0,005
↑ Índice de Depressão	-0,230	0,001