

**ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO EM
IDOSOS NO CONCELHO DE BRAGANÇA**

Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto
Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de
Mestre em Enfermagem Comunitária

Orientadores:

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Bragança, abril 2018



ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS NO CONCELHO DE BRAGANÇA

Mestranda:

Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha

“Trabalho realizado pela mestranda Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha, no âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança”

Bragança, abril 2018

Resumo

De acordo com a definição estabelecida pela OMS (2002), um sujeito é considerado idoso a partir dos 65 anos. Devido à sua idade e à acumulação de problemas de saúde, este setor da população apresenta maior predisposição para polimedicação, o que pode influenciar a sua Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso.

Neste sentido, o principal objetivo deste trabalho consiste em avaliar a ARTM bem como a sua relação com o grau de dependência e com variáveis sociodemográficas e clínicas da população-alvo. Mais ainda, pretende-se que a informação recolhida contribua para a implementação de medidas que permitam melhorar a ARTM dos idosos do concelho de Bragança.

Face aos objetivos delineados realizou-se um estudo de tipologia observacional, descritivo e analítico de coorte transversal e paradigma quantitativo. Os dados foram obtidos pela aplicação de um formulário com questões sociodemográficas e clínicas, a escala MAT e a escala de Barthel.

A amostra é constituída por 400 idosos do concelho de Bragança, com uma média de idades de 75.33 ± 7.34 anos, maioritariamente feminina. Relativamente à Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso, verificou-se que 82.75% da amostra era aderente. Conclui-se que o sexo feminino é o que mais adere; quanto à idade, verifica-se que a percentagem de aderentes à terapêutica diminui com o aumento da mesma. O local de residência não interfere na adesão, os indivíduos com menor instrução apresentam menor adesão e os inquiridos que coabitam com o cônjuge apresentaram maior percentagem de adesão terapêutica. A ARTM vai diminuindo em relação ao aumento do número de doenças e ao número de medicamentos diário. Verificou-se que a ARTM depende significativamente de orientação na preparação da medicação e está associada à alteração da medicação, sendo que os indivíduos que a substituem apresentam menores índices de adesão. Do total dos inquiridos, 87.00% foram considerados independentes e 73.30% afirma não possuir qualquer tipo de apoio domiciliário, mas adere à terapêutica.

Tendo em conta a dificuldade manifestada na preparação da medicação, pensou-se na criação de um *software* onde o profissional de saúde deverá inserir todas as informações relativamente à terapêutica. Esta informação seria transmitida para um *smartwatch*, que fará

soar um alarme sempre que fosse necessário tomar a medicação, apresentando no ecrã o medicamento e a sua dosagem e em simultâneo dar essa informação em alta-voz.

Palavras-Chave: Adesão, Regime Terapêutico, Idoso

Abstract

According to the definition established by the WHO, a subject is considered elderly from the age of 65. Due to its age and the accumulation of health problems, this etor of the population presents a greater predisposition for polymedication, which may influence its adherence to the Medicinal Therapeutic Regimen. In this sense, the main objective of this work is to evaluate the ARTM as well as its elation with the degree of dependence and with sociodemographic and clinical variables of the target population. Moreover, it is intended that the information collected contribute to the implementation of measures that will allow the ARTM of the elderly in the county of Bragança to be improved. Considering the objectives outlined, a cross-sectional, descriptive and analytical cross-sectional and quantitative paradigm study was carried out. Data were obtained by applying a form with sociodemographic and clinical questions, the MAT scale and the Barthel scale. The sample is composed of 400 elderly people from Bragança county, with a mean age of 75.33 ± 7.34 years, mostly female. Regarding adherence to the Therapeutic Drug Regimen, it was verified that 82.75% of the sample was adherent. It is concluded that the female is the one who adheres most; as to age, the percentage of adherents to the therapy decreases with the increase of the same. The place of residence does not interfere with adherence, the individuals with lower education have lower adherence and the respondents who cohabit with the spouse presented a higher percentage of therapeutic adherence. ARTM is decreasing in relation to the increase in the number of diseases and the number of medicines daily. ARTM was found to be significantly dependent on orientation in the preparation of the medication and is associated with alteration of the medication, and the individuals who replace it have lower adherence rates. Of the total respondents, 87.00% were considered independent and 73.30% said they did not have any type of home support, but adhered to the therapy.

Considering the difficulty manifested in the preparation of the medication, it was thought in the creation of software where the health professional should enter all the information regarding the therapeutics. This information would be transmitted to a smartwatch, which will sound an alarm whenever it was necessary to take the medication, presenting on the screen the medicine and its dosage and simultaneously giving this information in loud voice.

Keywords: Adhesion, Therapeutic Regimen, Elderly

Lista de Acrónimos e Siglas

ARTM – Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

HTA – Hipertensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAT – Medida de Adesão ao Tratamento

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

Agradecimentos

Até aqui foi um longo percurso com muitas horas de trabalho, empenho e dedicação sempre com a disponibilidade e ajuda de todas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho. Neste espaço gostaria de expressar o meu profundo agradecimento a quem muito reconhecidamente agradeço:

Ao Professor Doutor Carlos Pires Magalhães pela paciência, pela partilha de saberes, pelo apoio científico incondicional, constante motivação, disponibilidade e preciosa orientação no sentido de melhorar e tornar exequível o desenvolvimento desta investigação.

Ao Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás pela imutável crítica que despontou e estimulou em mim maior interesse, pela sua prestimosa colaboração no esclarecimento de dúvidas e pelo encorajamento persistente.

À excecional colega e amiga Lurdes Pires, pelo companheirismo, incentivo, ânimo e pela amizade.

A todos os idosos que participaram no estudo, que prescindiram do seu tempo para responderem ao formulário sem os quais não teria sido possível a concretização do mesmo.

À minha filha Fabiana pelo permanente estímulo, colaboração e coragem dada ao longo desta etapa. O seu apoio constante fez com que me sentisse confiante para superar momentos de fraqueza e indecisão.

Ao meu marido João Paradinha impulsionador de motivação, pelo alento, apoio e compreensão longo deste percurso.

Aos meus pais com quem aprendi a essência da vida, pelas palavras de ânimo e valores transmitidos.

À minha irmã Amelia Afonso por todo carinho demonstrado, mesmo estando longe.

À minha prima Sandra pelo apoio incondicional, companheirismo e amizade.

A todos aqueles que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

Às pessoas que tiveram a amabilidade de participar no estudo, sem as quais não seria possível a sua concretização.

A todos, muito obrigada.

“Aqueles que passam por nós não vão sós.

Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”

Antoine de Saint-Exupery

Índice

Introdução	1
------------	---

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento e o Idoso	4
-----------------------------	---

1.1. Conceito de Envelhecimento	5
---------------------------------	---

1.1.1. <i>Dimensão Biológica do Envelhecimento</i>	7
--	---

1.1.2. <i>Dimensão Psicológica do Envelhecimento</i>	9
--	---

1.1.3. <i>Dimensão Social do Envelhecimento</i>	11
---	----

1.2. Envelhecimento Demográfico	12
---------------------------------	----

1.3. Definição de Idoso	16
-------------------------	----

1.4. Idosos e Medicação	17
-------------------------	----

2. Regime Terapêutico Medicamentoso	20
-------------------------------------	----

2.1. Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso	20
---	----

2.1.1. <i>Determinantes da Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso</i>	22
---	----

2.1.2. <i>Causas e Consequências da Não Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso</i>	25
--	----

2.1.3. <i>Melhorar a Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso</i>	26
---	----

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. Metodologia	30
----------------	----

1.1. Contextualização do Problema e Objetivos do Estudo	30
---	----

1.2.	População e Amostra _____	31
1.3.	Procedimentos _____	32
1.3.1.	<i>Tipo de Estudo</i> _____	32
1.3.2.	<i>Variáveis</i> _____	33
1.3.3.	<i>Operacionalização das Variáveis</i> _____	34
1.3.4.	<i>Instrumento de Colheita de Dados</i> _____	35
1.3.5.	<i>Procedimentos Éticos e Deontológicos</i> _____	37
1.4.	Metodologia de Tratamento de Dados _____	38
2.	Apresentação e Análise de Dados _____	39
2.1.	Caraterização Sociodemográfica _____	39
2.2.	Caraterização Clínica _____	42
2.3.	Caraterização da Avaliação da Medida de Adesão aos Tratamentos _____	46
2.4.	Caraterização da Funcionalidade nas ABVDS _____	49
2.5.	Adesão à Terapêutica, cruzamentos com variáveis sociodemográficas _____	50
2.6.	Adesão à Terapêutica, cruzamentos com variáveis clínicas _____	53
2.7.	Funcionalidade em função da adesão à terapêutica _____	55
3.	Discussão de Resultados _____	56
	Conclusões, Limitações e Sugestões _____	64
	Referências Bibliográficas _____	68
	Anexos _____	76
	Anexo I – Formulário “Adesão Terapêutica nos Idosos” _____	77

Anexo II – Pedido e autorização para a utilização da escala MAT _____	84
Anexo III – Formulário para a submissão de pedidos de apreciação à Comissão de Ética relativos a estudos de investigação _____	86
Anexo IV - Autorização da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra _____	90
Anexo V - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação na investigação _____	92
Anexo VI – Projeto de Intervenção Comunitária _____	94
Anexo V - Relatório de atividades desenvolvidas em contexto de estágio _____	106

Índice de Figuras

Figura 1 - Envelhecimento demográfico da região Norte, pirâmide etária 2010, 2015 e 2060 (projeções, cenário central) _____	15
Figura 2 - Fatores implicados na Adesão Terapêutica _____	23

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014 _____	13
Gráfico 2 – Caracterização da funcionalidade nas ABVD _____	49

Índice de Tabelas

Tabela 1 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação _____	14
Tabela 2 - Caraterização sociodemográfica da amostra _____	41
Tabela 3 - Caraterização das patologias _____	43
Tabela 4 – Caraterização da amostra em função das variáveis clínicas _____	45
Tabela 5 – Caraterização da avaliação da medida de adesão aos tratamentos _____	48
Tabela 6 - Adesão à terapêutica, cruzamentos com variáveis sociodemográficas _____	52
Tabela 7 - Adesão à terapêutica, cruzamentos com variáveis clínicas _____	54
Tabela 8 – Funcionalidade em função da adesão à terapêutica _____	55

Introdução

Desde a antiguidade que a preocupação com o envelhecimento é objeto de estudo global. Nas últimas décadas, assiste-se a um acréscimo e acelerado investimento em pesquisas sobre o envelhecimento, velhice e por consequência com o idoso. As sociedades modernas abraçam novos desafios nas mais diversas áreas, desempenhando estratégias otimizadas e competências de humanização que promovam bem-estar e qualidade de vida do idoso.

Tal como o nosso empenho, enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária, para alcançar esse pressuposto o estudo ora apresentado foi pensado tendo por base esta particularidade, a adesão ao regime terapêutico medicamentoso no idoso, especificamente no concelho de Bragança. Esta investigação tem por base a adesão ao regime terapêutico medicamentoso do idoso, perante a prescrição médica, apurando o envolvimento e vigilância por parte dos familiares, cuidadores, vizinhos amigos e profissionais de saúde.

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso, também denominada adesão terapêutica, é um indicador da qualidade do sistema de saúde, com extrema importância para os doentes portadores de doenças crónicas. A ausência ou incumprimento da adesão terapêutica, principalmente em grupos de risco, constitui um grave problema de saúde pública, com repercussões na incidência e prevalência de inúmeras patologias (Bugalho & Carneiro, 2004).

À medida que se avança na idade, a tendência é um aumento do risco de presença ou surgimento de patologias, com carácter crónico, com uma maior necessidade de toma de medicação para o seu tratamento ou retardamento dos sintomas. Com a perceção do mau estado de saúde, pela diminuição das suas capacidades funcionais, os idosos aumentam o consumo de fármacos. Com estas alterações, na presença ou surgimento de doenças, na diminuição da capacidade nas atividades de vida diárias, aumento da dependência surge a necessidade do aumento do número de medicamentos, sendo importante o controlo da adesão ao regime terapêutico medicamentoso (Vieira, 2015).

Os objetivos dos profissionais de saúde, particularmente dos enfermeiros, devem focar-se na promoção da saúde, prevenção da doença e em favorecer a saúde dos doentes, reconhecendo problemas reais e potenciais, fundamentando as suas intervenções baseadas na evidência científica (Bugalho & Carneiro, 2004).

Neste sentido, os objetivos delineados são: i) avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso; ii) identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão terapêutica; iii) identificar a relação da adesão ao regime terapêutico com o grau de dependência; e iv) propor um projeto de intervenção comunitária com o intuito de melhorar a adesão terapêutica dos idosos do Concelho de Bragança.

Uma pesquisa basilar convencionada uma abordagem bibliográfica que se desenvolve na primeira parte deste trabalho. A segunda parte expõe o somatório de um rico e aprazível trabalho no terreno, análise e avaliação dos resultados obtidos, assim como a discussão dos mesmos resultados em confrontação com os resultados à luz das evidências empíricas de outros estudos já anteriormente realizados, dentro do mesmo âmbito, mas em diferentes espaços físico-temporais e proposições teóricas existentes na literatura. Por último, são ainda apresentadas as conclusões, as limitações de investigação, bem como algumas sugestões para futuras pesquisas.

PARTE I

Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento e o Idoso

O envelhecimento é uma temática demasiado pertinente a nível mundial. O interesse das diversas áreas de investigação a fundamentar este assunto, é de todo pertinentes, no sentido da prevenção das consequências, não só do individuo a nível biopsicossocial, mas também da estratificação demográfica e na política socioeconómica mundial. Falar de envelhecimento implica falar de envelhecer e, por consequência, falar do idoso.

De acordo Fontaine (2000), pode-se falar de idade biológica, no que respeita ao envelhecimento orgânico e ao declínio funcional ao longo da vida. A idade psicológica, confere idoneidade e competências a nível de memória e habilidades mentais. A idade social, influência a anterior, é determinada pela sociedade e cultura e reflete os papéis e estatuto da pessoa idosa. Esta matéria exige a rúbrica de diferentes ciências humanas e sociais, que interagem com a área científica e com a especificidade cada vez mais exigida.

Prado e Sayd (2006) pronunciam-se sobre a gerontologia, como ciência que estuda o envelhecimento ao longo dos tempos e da geriatria, ciência vocacionada para o tratamento e prevenção das doenças desta faixa etária. Surge em 1946, pela primeira vez em Londres a geriatria, como especialidade médica (Ribeiro, 2007).

O envelhecimento é um processo de mudanças, de ganhos e perdas. As vivências experienciadas ao longo da vida servem de alicerce para a aceitação deste novo ciclo. A perda de um companheiro, a debilidade do estado de saúde e a falta de suporte familiar são consequências do envelhecimento. Por outro lado, Almeida (2008) argumenta que causas como a viuvez, o aparecimento de doenças e as consequentes limitações podem conduzir o idoso à institucionalização, afastando-o do conforto familiar e exigindo uma nova adaptação a outro meio social.

Esquivel, Calleja, Hernández, Medellín e Paz (2009) averiguam sobre a estratificação social por idades e os mecanismos que determinam papéis e estatutos sociais, concluindo que existe uma nova realidade, que contribui drasticamente para a alteração da estrutura social.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1998), o envelhecimento é consequência da interação de múltiplos fatores endógenos e exógenos, que caracterizam a resposta biológica adaptativa e determinam o seu papel individualmente (Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho &

Veríssimo, 2010). Os fatores genéticos de cada indivíduo podem condicionar os diferentes processos de envelhecimento, determinando um equilíbrio dinâmico entre fatores físicos, psíquicos e sociais (Oliveira *et al.*, 2010).

O envelhecimento da população é um processo que tem várias implicações, como a alteração das estruturas etárias e consequente re-organização da sociedade. Estes são somente dois aspetos de outros, que se tem observado que provocam transformações nos indivíduos, nas famílias, comunidades e nações em todo o mundo. Este processo de envelhecimento e o próprio aumento do número e proporção de idosos é mais notório em países industrializados, apresentando múltiplas condições crónicas e desordens degenerativas (Sousa *et al.*, 2011).

O envelhecimento para ser compreendido na íntegra deve ser abordado não só no contexto biológico (pelas alterações fisiológicas ou incapacitantes), mas também nos contextos político, socioeconómico, cultural e espiritual, para se poder perceber a transformação do aspeto físico (Oliveira, Rosa, Pinto, Botelho & Veríssimo, 2010; *et al.*, 2011).

Passamos a referenciar alguns dos conceitos sobre o envelhecimento, envelhecimento demográfico, idoso e a relação entre o idoso e a medicação, que merecem a maior atenção para este estudo.

1.1. Conceito de Envelhecimento

A grande preocupação na definição de envelhecimento assenta primordialmente no envelhecimento biológico, considerando a idade cronológica e o aspeto físico. A forma como os indivíduos integrados numa sociedade interpretam os ciclos de vida, varia de acordo com as ideologias das diferentes épocas, o que justifica a variabilidade de representações do envelhecer (Berger & Mailloux-Poireier, 1995).

Beauvoir em 1970, citado por Silva (2011, p.12) definiu envelhecer como um processo irreversível e universal, iniciado no momento do nascimento, que se manifesta por alterações diversas e complexas, que se vão acentuando em todo o percurso da vida humana.

Bleger (1989), Lutter *et al.* (1990) e Chodzko-Zajko (1998) sustentam a percepção que o envelhecimento faz parte da vida e que se inicia com o nascimento.

Lidz (1983), citado por Barros de Oliveira (2005), estabeleceu três fases distintas no processo de envelhecimento. A primeira, onde ainda não existem grandes alterações psicossomáticas no indivíduo, apesar da reforma é denominada de idoso; a segunda, senescência, é caracterizada por existirem modificações orgânicas e psicológicas significativas, mas ainda independente; a terceira, denominada senilidade, é expressa quando o idoso se torna quase totalmente dependente.

Em termos biológicos, Ermida (1995) defende que, desde a concepção até à morte, o organismo humano passa por diferentes etapas: crescimento, maturidade/reprodução e declínio. Porém, não é mensurável quando se inicia o processo de declínio funcional dos diversos órgãos. Trata-se de um processo particular de cada indivíduo, natural e universal, que se desenvolve a ritmos diferentes, sem atingir com o mesmo grau de degenerescência todos os sistemas orgânicos (Figueiredo, Guerra & Sousa, s.d.).

Pais Ribeiro (1994) considera o envelhecimento um processo natural, caracterizado por uma sucessão de alterações morfo-funcionais, bioquímicas e psicológicas, que ocorrem no organismo no decorrer da vida. Assegura ainda que o envelhecimento é normal, quando as funções vitais são avaliadas adequadamente, prevenindo o surgimento das doenças crónico-degenerativas, e que não impossibilita que o idoso desfrute de uma boa qualidade de vida.

A amplitude desta matéria é de tão grande importância, que é difícil encontrar unanimidade na definição de envelhecimento. Esta dificuldade foi sentida por Ermida (1995, pp. 45 e 46) ao afirmar: “Se o início e as etapas do envelhecimento assentam em alterações estruturais e funcionais suficientemente significativas e evidenciáveis, as causas e a natureza do processo estão ainda longe de se considerarem esclarecidas”.

Berger e Mailloux-Poireier (1995, p.145) afirmam que o envelhecimento é um processo linear a todos os indivíduos, mas que não se manifesta da mesma forma nem à mesma velocidade. Assim, o envelhecimento “(...) comporta mecanismos de reparação e de distribuição desencadeados ou interrompidos a ritmos diferentes para cada ser humano”.

Fontaine (1999/2000, p. 11), citado por Magalhães (2008, p.9), descreve que o envelhecimento:

“... é processo fenómeno que pode ser apreendido a diversos níveis. Antes de mais biológico, porque os estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis, se traduzem com a idade por um aumento das doenças, por modificações do nosso aspeto, tal como a nossa forma de nos deslocarmos, ou ainda pelas rugas que pouco a pouco sulcam a nossa pele; social, com a mudança de estatuto provocada pela passagem à reforma; finalmente psicológica, com as modificações das nossas atividades intelectuais e das nossas motivações”.

Berger, Pargnan e Weinberg (2002) expressaram que o envelhecimento tem início na conceção.

Não poderíamos deixar de salientar que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE 1.0[®], 2006, p.53) permite uma descrição da prática de enfermagem como linguagem universal e que define o envelhecimento como:

“Desenvolvimento Humano com características específicas: Processo de desenvolvimento físico, normal e progressivo, durante a transição da idade adulta para a velhice; de acordo com a idade aproximada e estádios de desenvolvimento, é acompanhada pelo declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade para regenerar as células, levando à perda de massa e coordenação musculares e de competências psicomotoras; perda de pêlos e pele fina e enrugada”.

1.1.1. Dimensão Biológica do Envelhecimento

Para Berger e Mailloux-Poireier (1995) as transformações, ditas normais pelo processo de envelhecimento como o aparecimento dos cabelos brancos, as rugas, pigmentação e outras modificações inevitáveis e irreversíveis, invocam à classificação de um envelhecimento primário.

Para Berger e Mailloux-Poireier (1995, p. 126) “o envelhecimento primário refere-se ao processo de senescência normal (...)”. Estes autores argumentam que a senescência é um processo natural que aponta para a degenerescência patológica, mas dentro de um processamento adaptativo.

Os mesmos autores denominam de envelhecimento secundário, quando se manifestam as múltiplas patologias, “(...) ao aparecimento, com a idade, de lesões patológicas muitas vezes múltiplas, mas que se mantêm potencialmente reversíveis” (Berger & Mailloux-Poireier, 1995, p.126).

Berger e Mailloux-Poireier (1995) caracterizam o processo de envelhecimento pelas complexas manifestações biológicas, que danificam o organismo quer a nível molecular quer a nível celular, provocam uma perda gradual das capacidades intrínsecas do indivíduo, diminuem as reservas fisiológicas e aumentam o risco de contrair doenças, como as do sistema respiratório, doenças cardiovasculares, do sistema imunitário, metabólico, urinário e os ritmos biológicos e de sono. É evidente que estas alterações vão comprometer a atividade física. Nem sempre é fácil diferenciar o envelhecimento primário do secundário, pois as patologias ou doenças que surgem nesta etapa podem ser confundidas com o envelhecimento dito normal.

Em seguimento das teorias dos mesmos autores, existem estudos que demonstram que há relação direta entre as doenças físicas e o declínio das capacidades cognitivas. Um ligeiro declínio das aptidões psicomotoras e cognitivas manifesta-se num desempenho menos satisfatório.

Assim sendo, é de levar em conta que existe a possibilidade de uma diminuição da rapidez dos reflexos e da execução de gestos, de um aumento do tempo de reação, decréscimo da acuidade visual e auditiva, baixa de resposta motora a um estímulo sensorial e o declínio da memória recente (Berger & Mailloux-Poireier, 1995).

Na mesma época, outros estudos paralelos de Birren e Schrrots (1995) dão relevo à forma acelerada do envelhecimento que se antecipa à morte e que designam de envelhecimento terciário.

Sucedem-se semelhantes descrições de envelhecimento: a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, p.8) descreve o envelhecimento como “um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal e não patológico de deterioração de um organismo maduro, próprio de todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao stress do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte” (Ministério da Saúde, 2006).

Filho e Alencar (1998), citados por Magalhães (2008, p.8), consideraram o envelhecimento um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais dependente e vulnerável às agressões intrínsecas e extrínsecas, e que termina com a morte do indivíduo.

1.1.2. Dimensão Psicológica do Envelhecimento

O envelhecimento apresenta vários tipos de manifestações, afetando o idoso também a nível psicológico que podem ser de carácter emocional e cognitivo, afetando o indivíduo e a família.

Berger e Mailloux-Poireier (1995, p.332), afirmam que:

“(…) as experiências prévias de aprendizagem parecem influir nas modificações observadas no envelhecimento. Assim, as alterações psicológicas podem ser elencadas tendo em conta que os estudos demonstram a existência de: assimilação mais lenta; diminuição da memória a curto prazo (imediata); conservação da memória a longo prazo (fixação); conservação da capacidade de aprendizagem; dificuldade na organização utilização das informações armazenadas; diminuição da memória visual e auditiva a curto prazo”.

Para Moñivas (1998) as alterações psicológicas no idoso estão relacionadas com situações desfavoráveis, como dificuldades económicas e viuvez, implicando sentimento de solidão e doenças, e não são afetadas em função da idade cronológica. Podem conduzir à construção de uma nova identidade pessoal.

Para Moniz (2003, p.50) o envelhecimento psicológico está relacionado com o comportamento do idoso em relação às mudanças, incluindo a memória, a inteligência e as motivações, “a manutenção das atividades permitirá uma boa autoestima, e a conservação de um bom nível de autonomia e de controlo sobre si”.

Segundo Fonseca (2004) mais do que o processo de envelhecimento, são as sucessivas crises pelas quais o idoso passa (lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida) que alteram as suas características psicológicas. O idoso exprime muitas vezes isolamento, mas pior que o isolamento é a solidão sentida. A solidão pode acontecer mesmo quando vive acompanhado, por familiares ou outros, criada pelo impedimento de estabelecer inter-relações e intimidades nas relações.

Para Squire (2005), os problemas emocionais e psicológicos não passam inobservados “A saúde psicológica das pessoas idosas evoca, muitas vezes, uma imagem negativa; na melhor das hipóteses, perda de memória e confusão, e na pior das hipóteses, senilidade” (p.24). Esta autora refere ainda que “(...) se as pessoas idosas virem a deterioração física e mental como estando para além do seu controlo, é provável que reduzam os seus mecanismos ou atividades de adaptação e desistam” (Squire, 2005, p.24).

Ribeirinho (2005) refere que os problemas de saúde, em particular a demência, é um dos problemas mais destacados no processo de envelhecimento. A demência, é considerada uma doença neurológica, que acarreta consequências, não só na saúde do próprio indivíduo, mas também a nível psicológico e social. No entanto, a demência não deve ser categorizada como uma doença exclusiva da velhice e do idoso, pois pode ter início antes dos 65 anos de idade.

Nesta sequência de ideias, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) e Ribeiro (2007) concluem que os idosos, pela sua experiência de vida, têm maior capacidade na resolução de problemas e maior facilidade para a realização de tarefas familiares, assim como maior capacidade de adaptação às adversidades.

John Horn e Raymond Cattell (anos 60), citados por Mennocchi (2009), defendiam que a inteligência fluida, que diz respeito às competências intelectuais como processo da aprendizagem, tende a diminuir com o envelhecimento neurológico. E a inteligência cristalizada, referente às competências adquiridas com a socialização, tem tendência a

aumentar com a velhice por se tratar de uma acumulação de conhecimentos ao longo da vida.

O envelhecimento passa não só por um processo visível e físico, mas também por um desenvolvimento de um estado de espírito. O envelhecimento humano para Corrêa (2000) é tido em conta como um processo de desenvolvimento natural, heterogéneo, individual e social, profundamente evolutivo e positivo (Silva, 2011).

1.1.3. Dimensão Social do Envelhecimento

O envelhecimento no contexto social também é encarado de distintas conceções.

Para Ermida (1995, p.24) o individuo é afastado “(...) da vida profissional ativa, originando consequências por vezes devastadoras nos planos familiar, profissional e social”.

Ribeirinho (2005) interpreta a reforma como um possível isolamento social, na inativação de um papel trabalhador, podendo contribuir para uma baixa autoestima e sentimentos negativos de inutilidade, desencadeando quadros depressivos. Constata também que nem todos os idosos reagem negativamente à ideia da reforma, verificando que alguns idosos mantêm uma vida ativa na sociedade.

Para Silva (2006) a reforma pode traduzir uma perda de identidade, apoiada numa visão de absentismo profissional associado à privação do estatuto social.

De acordo com Ribeiro (2007) e Santos (2008) o idoso com a reforma passa a ter uma redução de contatos sociais e, por consequência uma alteração de papéis e estatutos na família e na sociedade. Para o último autor, o processo de envelhecimento transporta para o idoso sentimentos de isolamento, solidão e baixa autoestima, encaminhando-o para a desmotivação e, por vezes, provocando um quadro depressivo.

As modificações dos indivíduos não se manifestam só a nível orgânico e biológico, mas também por alteração de papéis e alterações na sociedade, assim como adquirir capacidade para lidar com perdas de relações próximas. Quando se atinge a velhice os objetivos, as prioridades, motivações e preferências podem alterar-se decorrentes de mudanças

psicossociais. No entanto a idade avançada pode constituir um período de bem-estar maior (OMS, 2015).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) o Envelhecimento Saudável é definido como o “processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015, p.13). O Envelhecimento Saudável teve a sua base em dois conceitos essenciais para a sua definição: a capacidade intrínseca e a capacidade funcional do indivíduo. A capacidade intrínseca refere-se “ao composto de todas as capacidades físicas e mentais que um individuo pode apoiar-se em qualquer ponto no tempo”. Por outro lado, para além desta capacidade intrínseca, o individuo tem de ter “atributos relacionados à saúde que permitem que as pessoas sejam ou façam o que com motivo valorizam”, designando estes atributos como a capacidade funcional do individuo (OMS, 2015, p.13).

Para promover o Envelhecimento Saudável é fundamental que se maximize a capacidade funcional dos indivíduos. Para que este objetivo seja alcançado é necessário agir como profissionais; por um lado, construindo e mantendo a capacidade intrínseca e, por outro lado, permitindo que uma pessoa com uma capacidade funcional diminuída desenvolva coisas realmente importantes para ela (OMS, 2015).

1.2. Envelhecimento Demográfico

O termo envelhecimento demográfico é caracterizado pela diminuição gradual das gerações mais jovens e o aumento das gerações mais velhas. Este envelhecimento assenta no decréscimo da natalidade e no incremento do indicador da esperança média de vida, também se complementa com certas variações, como a emigração (Bandeira *et al.*, 2014).

O decréscimo da natalidade e do aumento da longevidade nos últimos anos em Portugal, prediz um decréscimo da população jovem (0 a 14 anos de idade) e da população em idade ativa (15 a 64 anos de idade), em simultâneo com o aumento da população idosa (65 e mais anos de idade) (INE, 2015).

O Índice de Envelhecimento traduz a relação entre o número de idosos e o número de jovens. Assim calculado o número de idosos em Portugal ultrapassou o número de jovens

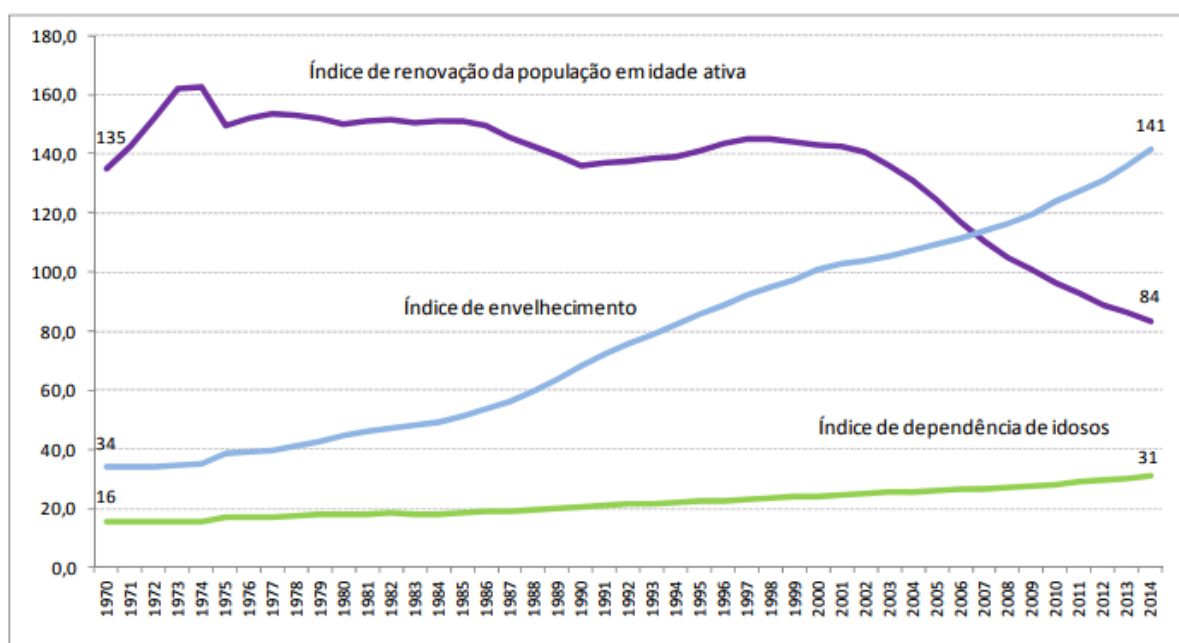
pela primeira vez no ano 2000. Com um aumento contínuo, em 2014, o valor estimado era de 141 idosos por cada 100 jovens (INE, 2015).

Outro indicador calculado foi o índice de dependência de idosos, que relaciona o número de idosos e o número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos de idade). Este aumentou continuamente entre 1970 e 2014, passando de 16 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa em 1970, para 31 em 2014 (INE, 2015).

Consequentemente, o índice de renovação da população em idade ativa, que traduz a relação entre o número de pessoas em idade potencial de entrada no mercado de trabalho (20 a 29 anos de idade) e o número de pessoas em idade potencial de saída do mercado de trabalho (55 a 65 anos de idade), tem regredido, com maior ocorrência nos últimos dezoito anos. Desde 1999 que este índice tem diminuído continuamente, tendo-se situado em 2010 abaixo de 100, para atingir 84 em 2014 (INE, 2015).

No Gráfico 1 está representada a evolução dos índices de envelhecimento, o índice de dependência dos idosos e o índice de renovação da população em idade ativa, em Portugal de 1970 a 2014.

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento, índice de dependência de idosos e índice de renovação da população em idade ativa, (Nº), Portugal, 1970-2014



Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente (2015).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a população residente à data dos Censos 2011, no concelho de Bragança de ambos os sexos com 65 e mais anos, apresentava um valor de 8205 pessoas, conforme se apresentam os dados na Tabela 1.

Tabela 1 - População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Período de referência dos dados	População residente (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2011), Sexo e Grupo etário; Decenal								
	Local de residência (à data dos Censos 2011)		Sexo						
			Masculino e Feminino						
			Grupo Etário						
			TOTAL	0 – 14 anos	15 – 24 anos	25 – 64 anos	65 e mais anos	65 -74 anos	75 e mais anos
N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º			
2011	Portugal	PT	10562178	1572329	1147315	5832470	2010064	1048139	961925
	Norte	11	3689682	557233	425876	2075134	631439	336252	295187
	Alto Trás-os-Montes	118	204381	22863	20032	104520	56966	28294	28672
	Bragança	0401	35341	4377	3577	19182	8205	4083	4122

Fonte: INE (2016)

Os dados demográficos publicados pelo INE (2016), à data de 31 de dezembro de 2015, revelaram uma população nacional residente de 10 341 330 pessoas. Entre os anos de 2010 a 2015, “(...) a proporção de pessoas idosas (população com 65 ou mais anos de idade) aumentou 2,0 p.p. (de 18.7% para 2.7%). Em consequência, o índice de envelhecimento passou de 124 para 147 pessoas idosas para 100 jovens.” (INE, 2016, p.14).

Em 2015, a população nacional distribuía-se por 65.2% de pessoas em idade ativa, 20.7% de idosos e 14.1% de jovens.

Na região Norte de Portugal Continental, entre 2010 e 2015, o índice de envelhecimento aumentou de 110 para 140, podendo atingir 366 idosos por cada 100 jovens até 2060, como ilustrado na figura 1.

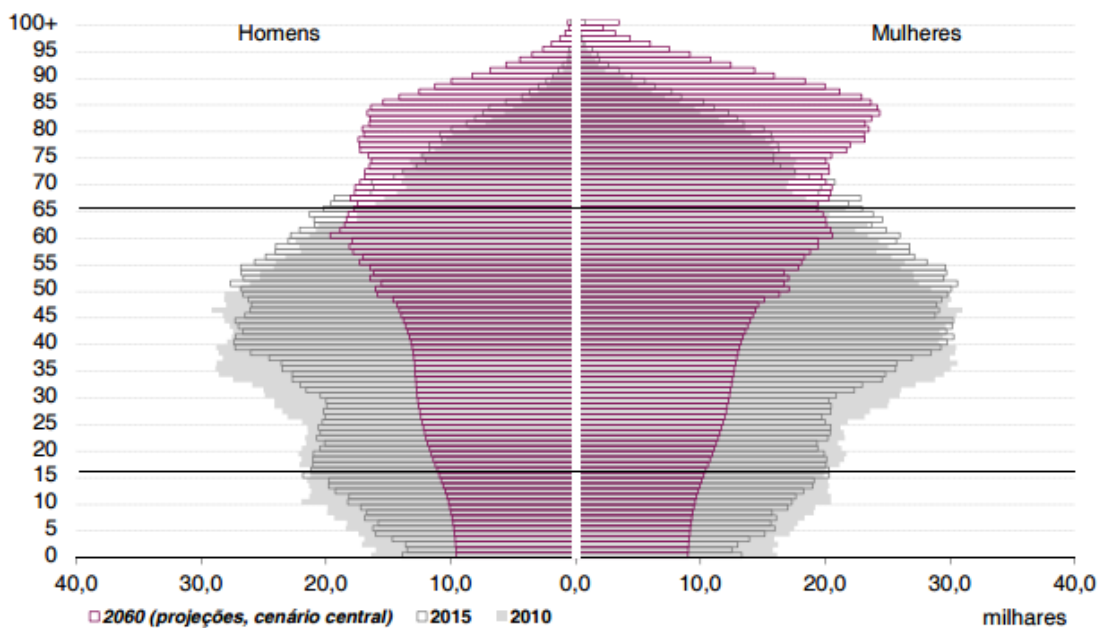


Figura 1 - Envelhecimento demográfico da região Norte, pirâmide etária 2010, 2015 e 2060 (projeções, cenário central)

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2016, p.33)

Por outro lado, o indicador de esperança de vida à nascença “(...) resume os riscos de mortalidade de uma população em todas as idades num determinado período de tempo, expressando o número médio de anos que uma pessoa pode esperar viver se ao longo da sua vida estiver exposta aos riscos de mortalidade por idades desse mesmo período.” (INE, 2016, p.77).

Este indicador, de esperança de vida à nascença, entre os triénios de 2008-2010 e 2011-2013, apresentou os valores mais elevados na região Norte. No último triénio de 2013-2015 o indicador de esperança de vida à nascença, em Portugal foi estimado em 80,41 anos e na região Norte foi estimado em 80,69 anos. Relativamente ao sexo, na região Norte, as mulheres apresentam um valor superior de 83,42 anos, enquanto os homens apresentam um valor de 77,70 anos (INE, 2016).

1.3. Definição de Idoso

O conceito de idoso é diferenciado de países em desenvolvimento para países desenvolvidos. O idoso é o sujeito do envelhecimento. Nos países em desenvolvimento uma pessoa é considerada idosa a partir dos 60 anos de idade, enquanto nos países desenvolvidos essa idade aumenta, é de 65 anos e mais. Esta definição foi estabelecida pela Organização das Nações Unidas, durante a primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População. Esta definição está intimamente relacionada com a expectativa de vida ao nascer e com a qualidade de vida que é proporcionada pelas diversas nações aos seus cidadãos (Santos, 2010).

Para o estabelecimento do conceito de idoso, o critério mais utilizado é a idade cronológica.

Para Barros de Oliveira (2005) não é relevante a expressão utilizada para denominar pessoas com mais experiência e com idade superior a 65 anos, o mais importante é que a expressão utilizada de idoso ou velho não seja depreciativa. O termo velho provém do latim *vétulus*, diminutivo *vetus*, a palavra ancião vem do latim medieval *antianus*, através do provençal *ancian* e do francês *ancien*, a palavra idoso que define alguém com muita idade provem do latim *aetas*, a denominação sénior significa mais velho *sénex*, de onde proveem as palavras senescência e senilidade. Outra expressão utilizada é o “adulto idoso”, que pressupõe que o adulto já terminou a sua fase de crescimento – *adultum* (Barros de Oliveira, 2005).

Barros de Oliveira (2005) distingue várias fases da vida adulta, considerando adulto o indivíduo que atinge os 18/21 anos, adulto jovem ou jovem adulto quando se encontra na faixa etária dos 20-40 anos, adulto de meia idade entre os 40-60 anos, podendo ir até aos 65 ou 70 anos, em seguida denomina acima desta idade os adultos idosos. Nos Estados Unidos esta divisão é mais abrangente e é feita em três faixas etárias: idosos jovens com idades compreendidas entre os 65 e 74 anos (*elderly*), idosos dos 75 aos 84 anos (*aged*) e por último os muito idosos com idade superior aos 84 anos (*very old*) (Barros de Oliveira, 2005). Barros de Oliveira (2005) cita outros autores que fazem a caracterização da velhice por décadas, considerando os indivíduos dos 60-69 anos velhos jovens, os velhos de meia idade dos 70-79 anos, velhos-velhos dos 80-89 anos e a partir dos 90 anos de idade são denominados de velhos muito velhos. Considerando as duas primeiras caracterizações na “terceira idade”, de sexagenários e septuagenários; e os dois últimos, octogenários e

nonagenários, como “quarta idade”, podendo eventualmente e mais raramente ponderar uma “quinta idade”.

Não significa que seja o mais adequado, mas era pertinente uma uniformização do termo para que seja utilizado convenientemente a nível mundial, e por esse motivo considerou-se a idade cronológica de 65 anos de idade para a atribuição do termo idoso (Santos, 2010).

O termo idoso torna-se redutor e limitativo, apesar de o não ser. Santos (2010, p.1037) define-o como

“... um ser no seu espaço e no seu tempo. É o resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida. É a expressão das relações e interdependências. Faz parte de uma consciência coletiva, a qual introjeta em seu pensar e em seu agir. Descobre suas próprias forças e possibilidades, estabelece a conexão com as forças dos demais, cria suas forças de organização e empenha-se em lutas mais amplas, transformando-as em força social e política.”

As pessoas idosas são um património nacional, são preciosas para a sociedade devendo sentir-se valorizadas. A sua participação ativa torná-los-á mais capacitadas para enfrentarem os desafios do progresso mundial (World Health Organization [WHO], 2012).

1.4. Idosos e Medicação

Os idosos são, por si só, uma grande parte da população que é medicada e sujeita à Polimedicação. A Medicina Geral e Familiar é confrontada todos os dias com doentes com várias patologias que, conseqüentemente, conduzem à Polimedicação (Silva, Luís & Biscaia, 2004). Num estudo dos mesmos autores, realizado nos centros de saúde do Lumiar e de Queluz, fazem referência a duas classificações possíveis sobre a Polimedicação. A primeira classificação faz uma dicotomia, de *minor* e *major*. Referem que a Polimedicação *minor* está associada a tratamentos com dois a quatro fármacos, enquanto, a Polimedicação *major* contempla o tratamento com cinco ou mais fármacos, em simultâneo. A segunda classificação da Polimedicação é feita em três categorias, diferenciando-as em ligeira, moderada e grave. Diferenciam-se pelo número de fármacos consumidos, assim, a Polimedicação ligeira define-se pelo consumo de dois a três fármacos, a Polimedicação

moderada pelo uso de quatro a cinco fármacos e, a Polimedicação grave pela administração de mais de cinco fármacos (Silva, Luís & Biscaia, 2004).

Os idosos, pelos problemas de saúde que se acumulam, têm maior predisposição para tomar mais medicação. A quantidade de fármacos depende do indivíduo em si e depende das patologias de que padece. As doenças crónicas associadas aos idosos são responsáveis, em grande escala, por mais do que um médico prescriptor de fármacos, diferentes tratamentos e estes sejam prolongados, e por consequência, um aumento no número de medicamentos que têm influência na adesão terapêutica (Marcos, 2014).

O termo Polimedicação é definido como o uso de vários fármacos no mesmo doente, incluindo quer os fármacos prescritos pelo médico, os não são sujeitos a receita médica, das medicinas alternativas e ainda os suplementos dietéticos, não se verificando um consenso, mas variando entre dois a nove fármacos diferentes. Relativamente à Polimedicação excessiva, considera-se a pessoa que tome dez ou mais fármacos em simultâneo (Vieira, 2015).

Por outro lado, a Polimedicação pode também definir-se na prática como o uso de pelo menos um medicamento que não esteja clinicamente indicado e prescrito, ou seja, sem indicação aparente, ou com falta de eficácia ou duplicação de terapêutica (Vieira, 2015).

Estas situações têm maior probabilidade de ocorrerem na população mais envelhecida, devido a alguns fatores como procurarem um médico de uma certa especialidade, tomarem a medicação prescrita por este e continuarem a tomar a medicação prescrita pelo médico de família, ou seja, múltiplos médicos prescritores para o mesmo doente, pode levar a duplicação de medicação ou necessidade de tomar de vários fármacos, devido a falhas de comunicação (Vieira, 2015).

De acordo com Vieira (2015), no seu artigo de revisão, a prevalência da Polimedicação descrita na literatura revela que é mais comum na mulher, aumentando com o avançar da idade e que existe maior consumo de medicamentos nos idosos institucionalizados.

Relativamente ao tipo de medicação prescrita e tomada pelos idosos, são mais frequentes os medicamentos cardiovasculares (anti-trombóticos, beta-bloqueantes, diuréticos e antihiperlipémicos), também os antibióticos, analgésicos, psicotrópicos e medicamentos

gastrointestinais, estritamente relacionados com as patologias mais frequentes nesta faixa etária.

Ao longo dos anos têm-se observado um aumento do consumo de medicamentos não sujeitos a prescrição médica, como é o caso de analgésicos (ácido acetilsalicílico, paracetamol e ibuprofeno), os antitússicos e antigripais, assim como laxantes, antiácidos, vitaminas e extratos de plantas medicinais. Quanto aos idosos institucionalizados, a medicação mais frequentemente utilizada são os protetores gástricos, os fármacos para sistema nervoso central (antidepressivos e antipsicóticos) e por último os analgésicos (Vieira, 2015).

2. Regime Terapêutico Medicamentoso

O regime terapêutico, por si só, não é uma medida suficiente para a melhoria do estado de saúde. Devem associar-se sempre as indicações e prescrições médicas a um estilo de vida saudável. Para que o regime terapêutico seja apropriado e surta efeito é necessário que haja uma correta adesão ao tratamento na sua totalidade (Vieira, 2015).

Apos ao profissional de saúde decidir qual o regime terapêutico a prescrever, é indispensável que o mesmo seja explicado ao utente ou seu cuidador, por forma a ficarem esclarecidas eventuais dúvidas. Para além de ser mencionado oralmente, deve ser fornecido também um registo escrito com os detalhes de como vai ser feita a administração do fármaco, por que via e a duração do tratamento, de cada medicação a tomar.

Um meio auxiliar para a preparação e toma correta e assertiva da medicação, são as caixas organizadoras de medicação diária e o possível envolvimento da família ou cuidador do idoso, para garantir um maior cumprimento e adesão ao regime terapêutico (Vieira, 2015).

2.1. Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso

O conceito de adesão ao regime terapêutico tem vindo a ser bastante estudado. A OMS em 2001, pela sua pertinência e relevância para os cuidados de saúde, definiu a adesão ao regime terapêutico “como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, no que se refere à toma de medicação, ao seguimento de uma dieta ou à alteração de hábitos e estilos de vida, entre outros, corresponde ao que lhe é recomendado pelos profissionais de saúde” (Machado, 2009, p.3).

A OMS, em 2003, identificou a não adesão a terapêuticas a longo prazo como um “problema mundial de magnitude impressionante”. As consequências da não adesão ao regime terapêutico medicamentoso podem constatar-se através do aumento da morbilidade e da mortalidade, redução da qualidade de vida e a insatisfação dos utentes (OE, 2008, p.11).

A adesão ao tratamento envolve muitas atividades e ideologias dos próprios utentes. É relevante o estudo envolvendo grupos de utentes com maior tendência para problemas com a adesão ou não do regime terapêutico medicamentoso prescrito, por forma a procurar

quantificar e compreender as questões envolvidas no (in)cumprimento das prescrições médicas (OE, 2008).

O Modelo Desenvolvimental de Adesão ao Tratamento de Kristeller e Rodin em 1984, citado por Catela e Amendoeira (2010), considera a existência de três estádios no processo de participação das pessoas nos seus cuidados: a Concordância/Cumprimento ou *Compliance*, a Adesão ou *Adherence* e por último, a Manutenção ou *Maintenance*. A Concordância ou *Compliance* é tida como presente quando doente inicialmente concorda e cumpre as recomendações médicas. O doente afirma que seguirá os conselhos e as indicações, porque confia no profissional que fez o diagnóstico e que instituiu o tratamento. Quando esta é verificada, normalmente, resulta na eficácia do tratamento. A Adesão ou *Adherence* é analisada de acordo com os seguintes aspetos: se o doente mantém o tratamento tal e qual como inicialmente concordou, mantendo vigilância desse cumprimento, mesmo na presença de dúvidas e incertezas, o que implica uma grande participação e controlo da sua parte. O doente tem autonomia, mas os profissionais de saúde têm o papel de orientadores, promovendo a integração do tratamento no estilo de vida do indivíduo, auxiliando o doente a prever alguns problemas potenciais ou reais, para que possa arranjar estratégias de *coping*. Esta fase é de transição, entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado. Por último, mas não de menor importância, o terceiro estádio é a Manutenção ou *Maintenance*, onde o utente prossegue com o seu comportamento de melhoria da saúde, não necessitando de vigilância, tornando-se num hábito do quotidiano. Este estádio implica ainda que o indivíduo tenha que ter um determinado nível de autocontrolo (Catela & Amendoeira, 2010).

Assim, para Catela e Amendoeira (2010), a adesão ao regime terapêutico, em enfermagem, é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que o enfermeiro deve compreender como o regime terapêutico se relaciona com a vida do doente.

Segundo Rodrigues e Prates (2011), a Ordem dos Enfermeiros em 2002 no documento “Padrões de Qualidade nos Cuidados de Enfermagem – Programa de Intervenção para a Adesão ao Regime Medicamentoso” aborda o problema da não adesão terapêutica no ponto da - Prevenção de Complicações – permitindo descrever uma identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, elaborando-se uma prescrição das

intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados. Ao se identificar e estar confirmado este problema, da não adesão terapêutica, as intervenções de enfermagem estão centradas na Promoção da Saúde, no que concerne à promoção de estilos de vida saudáveis, através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, assim como o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

A adesão ao regime terapêutico é verificada quando o comportamento do utente coincide com as recomendações do prestador de cuidados de saúde (Machado, 2009; Vieira, 2015).

A Adesão ao Regime Terapêutico é um problema que preocupa os profissionais de saúde. Os enfermeiros em colaboração com outros profissionais de saúde, desempenham um papel muito importante na otimização da adesão ao tratamento, quer ao nível individual quer ao nível das famílias e comunidades, em concordância com a Ordem dos Enfermeiros que prima pela qualidade na prestação de cuidados por forma a refletir-se num aumento dos ganhos em saúde (Monterroso, Pierdevara & Joaquim, 2012).

2.1.1. Determinantes da Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso

A adesão ao regime terapêutico manifesta-se como um processo complexo devido ao número de intervenientes ou fatores que estão implícitos, tornando-se necessário averiguar e ultrapassar as dificuldades de uma correta e eficaz adesão terapêutica.

A problemática da adesão ao regime terapêutico medicamentoso tem origem multifatorial. A OMS em 2003 identificou cinco grupos de fatores que influenciam o processo à adesão terapêutica: fatores sociais, económicos e culturais; os fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; os fatores relacionados com a terapêutica prescrita; e os fatores individuais relativos ao doente, como ilustrado na Figura 2 (Rodrigues & Prates, 2011).

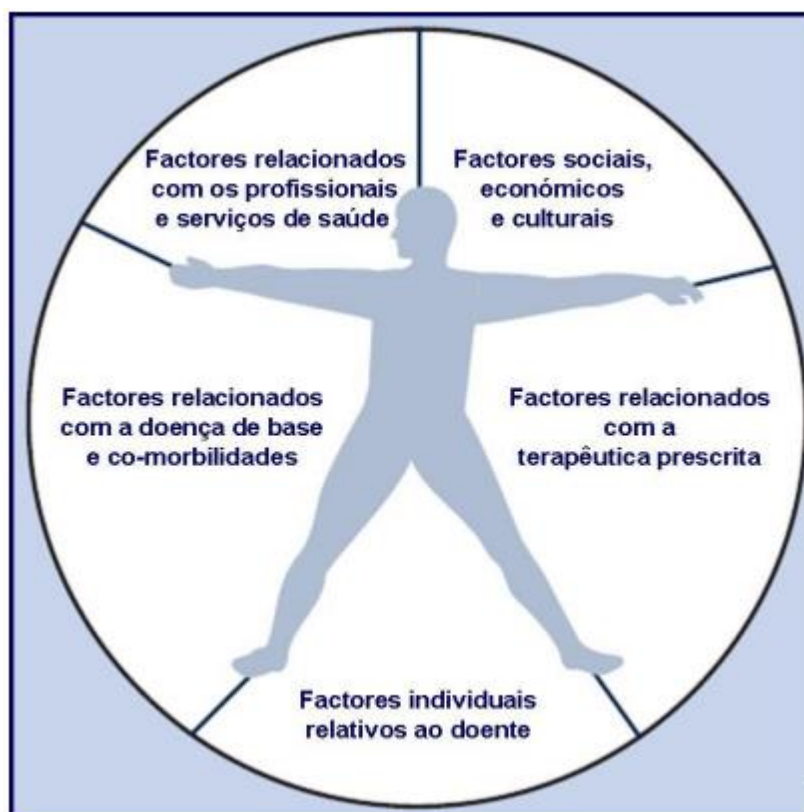


Figura 2 - Fatores implicados na Adesão Terapêutica

Fonte: Rodrigues & Prates (2011).

Os *fatores sociais, económicos e culturais* determinam a adesão ao regime terapêutico de acordo com a realidade socioeconómica, sendo esta considerada o reflexo das reformas. Silva (2011) reporta que a reforma mensal, por sua vez condiciona a população do meio rural a levar uma vida mais desafogada e, por conseguinte, compromete a condição psicossocial dos idosos num circuito mais restrito. Rodrigues e Prates (2011) e Marcos (2014) identificam estes fatores como condicionantes à adesão terapêutica, pelo baixo estatuto socioeconómico, reformas de baixo valor, habilitações académicas inexistentes ou reduzidas, disfunção familiar, falta de rede familiar e/ou social de suporte, dificuldades nos transportes, custo do transporte e da medicação, por outro lado, as crenças e expetativas de saúde.

No que diz respeito aos *fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde*, podem ter um efeito negativo ou um efeito bastante benéfico para que adesão terapêutica seja alcançada. Este fator pode influenciar negativamente se existir um serviço de saúde, mas insuficiente ou inadequado, onde os mais idosos tenham dificuldade de acesso. Um período de tempo longo entre as consultas médicas e de enfermagem, a sobrecarga dos

profissionais e a inexistência de mecanismos de *follow-up* dos doentes em ambulatório são entraves sentidos e que influenciam a adesão ao regime terapêutico. Por outro lado, existe uma elevada prescrição de cada especialidade médica, sem revisão da medicação anterior. No sentido de colmatar estes aspetos menos positivos, as entidades reguladoras de saúde (OMS e OE) propõem iniciativas para promover o desenvolvimento de ações de formação dos profissionais de saúde e capacitação da comunidade, indo ao encontro da necessidade de prestar cuidados a doentes, com particular atenção para os doentes com patologias crónicas (Rodrigues & Prates, 2011; Marcos, 2014; Vieira, 2015).

Para os doentes e profissionais de saúde, a ***doença de base e as suas co-morbilidades*** também são fatores que influenciam a adesão à terapêutica, pela manifestação dos seus sintomas e a sua intensidade, referente ao seu nível de dependência (física, psicológica, social e/ou profissional), a própria evolução da doença e os tratamentos disponíveis e eficazes. Para Bugalho e Carneiro (2004) a adesão ao regime terapêutico medicamentoso é um aspeto deveras importante em pessoas com doenças crónicas. O não cumprimento do regime terapêutico pode tornar-se um grave problema de saúde pública, com grandes repercussões na incidência e prevalência de múltiplas patologias. A problemática da adesão ao tratamento é um índice de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde eficaz. Rodrigues e Prates (2011) e Marcos (2014) validam as co-morbilidades possíveis associadas às diversas patologias, como as depressões, consumo de substâncias tóxicas, alcoolismo, diabetes e doenças infetocontagiosas, que são fatores muito importantes para a adesão ao tratamento prescrito.

A complexidade do regime medicamentoso é, sem dúvida, um dos fatores mais significativos relacionados com a ***terapêutica prescrita***. A duração do tratamento, a ineficácia de tratamentos anteriores, a incapacidade de manipular o esquema terapêutico (pela fórmula ou meio de administração), os efeitos colaterais, mudanças de tratamento, a expectativa de efeitos imediatos, a falta de disponibilidade dos profissionais ou serviços de saúde para o auxílio na gestão da terapêutica e a prescrição de receitas médicas sem a presença e observação dos doentes, são os indicadores referentes a este fator implicados no processo da adesão ao regime terapêutico (Rodrigues & Prates, 2011; Marcos, 2014; Vieira, 2015).

Por fim, mas não de menor importância, estão os *fatores individuais relativos ao doente*. De acordo com um estudo de Imaginário (2002) efetuado em Boticas, Chaves, Trás-os-Montes, em que a sua população abrangida foram todos os idosos dependentes inscritos no Centro de Saúde da área (referenciados pelos enfermeiros), esta população foi caracterizada como portadores de algumas dificuldades físicas, com algumas patologias e incapacitantes das suas atividades diárias, necessitando de menor ou maior ajuda. Imaginário (2002) acrescenta ainda que este grupo já carece de orientação na preparação da medicação. Relata ainda no seu estudo que os idosos que expressam maior dificuldade na orientação da terapêutica são os que apresentam menor adesão ao regime terapêutico.

A idade, o sexo, os níveis de conhecimento/educação, a autoperceção do estado de saúde, ansiedade, diminuição da motivação para cumprir a prescrição médica, o medo da dependência aos fármacos, da discriminação familiar e/ou social e a falta de destreza no manuseio de certo tipo de medicação, podem interferir na concretização efetiva do plano de tratamento delineado para cada doente (Rodrigues & Prates, 2011; Marcos, 2014; Vieira, 2015).

2.1.2. Causas e Consequências da Não Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso

Para que as medidas de intervenção para a adesão ao regime terapêutico sejam aceites e concretizadas, existe um passo fundamental – identificar as atitudes que promovem o incumprimento do esquema terapêutico prescrito – facilitando o conhecimento sobre esta problemática. Assim, conhecendo as causas mais prevalentes da não adesão, é mais fácil trabalhar e corrigir esta situação (Rodrigues & Prates, 2011).

As causas da não adesão ao regime terapêutico prendem-se com um dos cinco fatores anteriormente descritos ou pela associação de vários fatores.

As causas mais frequentes da não adesão terapêutica em idosos é o aumento do número de fármacos, os encargos económicos, o avançar da idade, dificuldade no entendimento para que efeito é a medicação, desconhecimento de como deve fazer as tomas, declínio cognitivo, défices funcionais e incapacidades (entre elas as dificuldades visuais e auditivas), a falta de

memória, entre outras podem ainda condicionar a acessibilidade aos serviços e profissionais de saúde (Marcos, 2014; Vieira, 2015).

A interrupção do esquema medicamentoso prescrito, por esquecimento ou por vontade própria (deixar de tomar a medicação por sentir melhoras não respeitando as indicações médicas), assim como a toma de medicação sem prescrição médica são causas de uma não adesão e, por consequência, a ausência do efeito esperado (Delgado & Lima, 2001; Marcos, 2014).

A não adesão terapêutica compromete todo o tratamento, o resultado esperado e pode gerar sentimentos de não benefício, por ter expectativas não verificadas de resultados imediatos. As consequências podem ser sérias, como um tratamento ineficaz, para um certo ou para um conjunto de sintomas e patologias. Se existe uma interrupção do esquema prescrito para a obtenção de um resultado, não vão existir melhoras do quadro clínico como previsto. Para além de não serem visíveis melhoras, pode despoletar uma evolução da doença e agravamento do estado de saúde. Existe um maior risco de hospitalizações que podem por em risco a vida do idoso (Marcos, 2014; Vieira, 2015).

Outras consequências, verificadas da não correta adesão ao regime terapêutico medicamentoso, são maior suscetibilidade às reações adversas de interações entre fármacos quando polimedicados, os custos elevados com a medicação, resistência as substâncias ativas dos fármacos, aumento de co-morbilidades e problemas gastrointestinais. Acarreta também uma diminuição do estado funcional, na capacidade das atividades da vida diária (AVD's), piorando a qualidade de vida, ameaçando a independência do idoso e aumentando o risco de mortalidade. Existe um aumento da utilização de recursos e dos serviços de saúde, pela procura de uma melhoria do estado de saúde. O risco de desenvolvimento de síndromes geriátricas também fica aumentado, pelo agravamento ligeiro de um sintoma já existente ou o aparecimento subsequente de sintomas como confusão, quedas, tonturas, incontinência urinária, fadiga ou alterações dos hábitos de sono (Vieira, 2015).

2.1.3. Melhorar a Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso

Depois de saber quais os determinantes, as causas e consequências da não adesão à terapêutica é importante averiguar as melhores estratégias para melhorar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso.

Vieira (2015) salvaguarda que, de acordo com as preferências do doente e os custos da medicação, é essencial simplificar o mais possível, realçar que é benéfico optar por tomas únicas diárias e se possível utilizar um fármaco para tratar várias disfunções em simultâneo, diminuindo a lista diária de medicamentos.

É fundamental averiguar se existe algum tipo de dificuldade na toma das fórmulas prescritas, como exemplo, se existir dificuldades em deglutição prescrever a medicação sob a forma líquida ou solúvel; outro exemplo é da administração de injetáveis subcutâneos - se o idoso não conseguir por fatores psicológicos ou coordenação/motores fazer a administração, alterar para outra fórmula mais adequada (Vieira, 2015).

Após a decisão do regime terapêutico medicamentoso, é deveras importante explicar ao doente, ou ao seu cuidador, de forma clara e objetiva o mesmo. Este esclarecimento faz toda a diferença entre o cumprimento ou o incumprimento do esquema terapêutico, que deve ser efetuado pela parte médica e reforçado pela parte da equipa de enfermagem. Para que seja mais fácil e vantajoso, esta informação deve ser transmitida oralmente e por escrito, indicando qual a medicação, a dose e tempos de administração. Por forma ser seguido este esquema, deve-se ter o cuidado de o fazer com letra legível e tamanho adequado para o doente em questão. O uso de caixas de organização da medicação também é uma mais-valia para uma correta adesão e envolvimento ativo do idoso e sua família (Vieira, 2015).

Se o doente ficar esclarecido quanto ao seu esquema terapêutico, fará uma participação ativa mais rigorosa e se sentir uma relação terapêutica com os profissionais de saúde terá também maior abertura para esclarecer dúvidas. É também fundamental que exista um acompanhamento do doente, quer em patologias crónicas, quer para situações agudas, de forma a observar as melhorias e fazer uma revisão da medicação (Vieira, 2015).

A melhoria da adesão ao regime terapêutico medicamentoso é essencial para que o tratamento instituído seja eficaz e seguro (Vieira, 2015).

PARTE II

Enquadramento Metodológico

1. Metodologia

Na segunda parte deste estudo, proceder-se-á: (i) à contextualização do estudo segundo os objetivos definidos, referindo a população e a amostra que serviu para a investigação: “Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentosos em Idosos no Concelho de Bragança”; (ii) à descrição do desenho do estudo e os procedimentos de colheita de dados, éticos e deontológicos; para que seja posteriormente possível apresentar os dados recolhidos depois da respetiva análise e tratamento estatístico.

Segundo Fortin (2003), a fase metodológica consiste em definir o fenómeno em estudo, que é posteriormente integrado num plano de trabalho, onde se descrevem as atividades conducentes à realização da investigação para responder às questões formuladas.

Em seguida, estão descritos os objetivos específicos deste estudo, a população e amostra segundo os critérios de inclusão e exclusão, o desenho do estudo e as variáveis dependente e independentes.

1.1. Contextualização do Problema e Objetivos do Estudo

O envelhecimento sociodemográfico da população portuguesa tem vindo a acentuar-se cada vez mais e impõe um conjunto de questões na sociedade atual devido à recessão socioeconómica e cultural a que se assiste. Portugal é um país com grande percentagem de pessoas com 65 e mais anos (Bandeira *et al.*, 2014).

É evidente que se assiste a um aumento do envelhecimento em Portugal, e por consequência, das doenças crónicas e degenerativas dos idosos, que estão associadas ao aumento do consumo medicamentoso, maior adesão terapêutica e tratamentos prolongados. Indo ao encontro de Henriques (2007) que confirma que 10 a 20 % dos internamentos hospitalares se devem à Polimedicação e a idade associada ao consumo de vários medicamentos é determinante para internamentos recorrentes.

Tal como nos refere a OMS (2003) são vários os fatores determinantes na ARTM: fatores económicos e sociais; o sistema de saúde; as características da doença a terapêutica e o utente.

Face ao anteriormente referido, torna-se relevante a realização deste estudo, definindo-se como objetivos:

- Avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso;
- Identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão ao regime terapêutico medicamentoso;
- Identificar a relação da adesão ao regime terapêutico medicamentoso com o grau de dependência do idoso;
- Propor um projeto de intervenção comunitária (mercê dos resultados obtidos) com o intuito de melhorar a adesão ao regime terapêutico dos idosos do Concelho de Bragança.
-

1.2. População e Amostra

Definiu-se como participantes neste estudo, os idosos do concelho de Bragança.

A população definida por Fortin (2009, p.69) é “(...) um grupo de pessoas ou elementos que têm características comuns”.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a População para este estudo é a mesma que a residente à data dos Censos 2011, no concelho de Bragança de ambos os sexos com 65 e mais anos, 8205 pessoas.

Fortin (2009, p.312) considera a amostra “(...) a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo”.

A nossa amostra será calculada através de amostragem não probabilística. Os inquiridos foram selecionados tendo como base critérios de escolha intencional, por conveniência (pelo que usamos um grupo de indivíduos disponíveis e voluntários

Para aplicar o formulário foi definida uma amostra por conveniência. A partir dos dados do INE (2012) deduzimos que a amostra, ajustada por conveniência, extraída de uma população com a dimensão de oito mil e duzentos e cinco idosos (pessoas com 65 anos ou mais) deve ser composta por trezentos e oitenta e dois indivíduos.

Para selecionar a amostra a investigar optou-se por um processo de amostragem não probabilística, selecionando-a acidentalmente e por conveniência, tendo em conta a disponibilidade, rapidez e o menor custo na recolha de dados.

Assim sendo a representatividade da nossa amostra é cumprida, na medida em que ela é constituída por 400 indivíduos para uma população de 8205 indivíduos.

Os critérios de inclusão definiram-se como:

- Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos;
- Pessoas a realizar tratamento farmacológico;
- Pessoas orientadas no tempo e espaço;
- Pessoas que depois de explicados os objetivos do estudo, aceitaram participar.

Os critérios de exclusão foram definidos como:

- Pessoas que não apresentem orientação auto e alopsíquica;
- Pessoas que apresentem afasia ou distúrbio na dicção.

1.3. Procedimentos

1.3.1. Tipo de Estudo

Para atingir os objetivos propostos efetuou-se a recolha dos dados e o respetivo tratamento da informação, segundo o desenho do estudo e método de investigação delineado, defendido por Pais Ribeiro (2010). Para este mesmo autor, um trabalho de investigação deve ser planeado e seguido com um critério rigoroso, por forma a atingir os objetivos propostos utilizando técnicas e procedimentos adequados.

O nosso estudo foi observacional, descritivo e analítico, de coorte transversal e paradigma quantitativo.

De acordo com Fortin (2000) a pesquisa descritiva tem como objetivo principal a descrição das características de determinada população ou fenómeno, fornecendo uma descrição dos dados, quer seja sob a forma de palavras, de números ou de enunciados descritivos de relações entre as variáveis. É descritivo, porque retrata uma situação relativamente ao quem, ao quando e onde.

Considera-se segundo Pais Ribeiro (2010) um estudo observacional porque o investigador não interfere nas variáveis e as variáveis independentes não são passíveis de serem manipuladas. Segundo o mesmo autor, este estudo é analítico porque permite responder à questão de porque é que os sujeitos têm aquelas características.

Este estudo foi realizado no período de janeiro a novembro de 2017, é uma investigação transversal, por ser realizada num determinado momento temporal e para cada um dos sujeitos (Vaz Freixo, 2009 & Pais Ribeiro, 2010).

1.3.2. Variáveis

“As variáveis são qualidades ou características às quais se atribuem valores” (Fortin, 2009, p.312).

O termo variável reporta-se ao fenómeno a ser pesquisado. Em pesquisas científicas, as variáveis são elementos observáveis e que possuem correlação entre si para gerar um fenómeno (Prodanov & Freitas, 2013).

Variáveis Independentes

A variável independente para Fortin (2009) “é um elemento que introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre a outra variável (...), é considerada com a causa do efeito produzido na variável dependente” (p.171).

As variáveis independentes influenciam, determinam ou afetam outra ou outras variáveis, caracterizam-se como condição ou causa para um determinado resultado, efeito ou consequência (Prodanov & Freitas, 2013).

Por conseguinte, as variáveis independentes definidas para este estudo foram as seguintes: Idade; Sexo; Estado civil; Residência; Habilitações literárias; Com quem reside; Apoio domiciliário; Medicação instituída; Número de medicamentos; Preparação da medicação; Dúvidas relativamente ao medicamento ou dose; e o Grau de dependência nas atividades básicas de vida diária dos idosos.

Variável dependente

Segundo Fortin (2009, p.171) a variável dependente “(...) é a que sofre efeito da variável independente”, sendo “(...) o resultado predito pelo investigador”.

A variável dependente modifica-se em função de outras variáveis, é observada e quantificada. É a variável que será explicada em função de ser influenciada e/ou afetada pelas variáveis independentes (Prodanov & Freitas, 2013).

Considera-se como variável dependente para este estudo, a adesão ao regime terapêutico medicamentoso em idosos do concelho de Bragança.

1.3.3. Operacionalização das Variáveis

Segundo Fortin (2009), considera-se que a operacionalização de um conceito, é um processo pelo qual a variável é representada, descrevendo as suas dimensões e estabelecendo os indicadores para a sua medição.

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso é avaliada através da “escala de medida de adesão aos tratamentos” designada por MAT. Adaptada para Portugal por Delgado e Lima (2001), esta é constituída por sete itens com seis possibilidades de resposta.

A classificação de dados ao regime terapêutico medicamentoso é realizada a partir da mediana do nível de adesão.

Relativamente às variáveis idade (definida em anos) e número de medicamentos, ambas do tipo quantitativo foi necessário proceder à sua operacionalização em classes. Assim considerou-se para a idade as faixas etárias: de 65 a 74 anos; de 75 a 84 anos e pelo menos 85 anos. No número de medicamentos considerou-se: até 4 medicamentos; de 5 a 9 medicamentos e pelo menos 10 medicamentos.

Por outro lado, foi necessário reagrupar opções de respostas em algumas variáveis qualitativas o que conduziram a uma nova catalogação. Este ajuste é justificado pelo baixo número de observações em algumas opções de resposta o que posteriormente pode inviabilizar a utilização de testes estatísticos. Para efeitos de inferência estatística considerou-se: na variável estado civil a catalogação - solteiro/separado/divorciado; casado/união de facto e viúvo; na variável habilitações literárias considerou-se a catalogação - não sabe ler, nem escrever; 1º ciclo; 2º/3º ciclo e secundário; e ensino superior e na variável rendimento mensal a catalogação: até 350€; de 350 a 550€ e mais de 550€.

1.3.4. Instrumento de Colheita de Dados

O instrumento de colheita de dados utilizado foi sob forma de formulário, no período de 20 de maio a 20 de setembro de 2017, constituído por três partes (Anexo I):

- Caracterização sociodemográfica e clínica;
- Avaliação da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT);
- Grau de funcionalidade nas Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD).

A primeira parte compreende a recolha de informação sociodemográfica, através de questões fechadas e abertas.

Para realizar uma avaliação da Medida de Adesão aos Tratamentos (segunda parte) é utilizada uma escala - MAT - constituída por sete itens com um conjunto de questões, com seis possibilidades de resposta segundo uma escala tipo Likert entre: Sempre (1), Quase Sempre (2), Com Frequência (3), Por vezes (4), Raramente (5) e o Nunca (6). A escala MAT foi adaptada por Delgado e Lima (2001), e estes autores sugerem que a classificação da adesão ao regime terapêutico deve ser realizada a partir da mediana do nível de adesão, quer

isto dizer que, valores de medianas inferiores a cinco representam uma não adesão e valores iguais ou superiores a cinco caracterizam adesão ao regime terapêutico medicamentoso (Delgado & Lima, 2001; Monterroso, Piedevera & Joaquim, 2012; Marcos, 2014).

O grande benefício deste instrumento *self-report* validado consiste na sua grande flexibilidade e adaptabilidade a grande parte dos contextos clínicos e terapêuticos (Delgado & Lima, 2001).

Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky *et al.* (1986), a primeira questão refere-se a “Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?”, a segunda questão é “Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?”, a terceira “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?” e a quarta questão é “Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?”. As questões 5 e 6 referem-se a situações que a prática do profissional de saúde bem conhece e que não estavam consideradas pela medida de adesão de quatro itens. Nomeadamente o item 5 é o único que permite aceder a comportamentos de não adesão por excesso relativamente à prescrição. O item 6, “Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?”, é um excelente indicador para dificuldades económicas que podem estar na razão da não adesão aos tratamentos. Este item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994). Por último, o item 7 permite ter acesso a qualquer situação que eventualmente não esteja contemplada nos seis itens anteriores e que dá azo a que o doente faça uma reflexão do seu comportamento de adesão aos tratamentos e possa, eventualmente, corrigir o sentido de uma ou outra resposta dada nos itens anteriores. Este item 7 foi adaptado de Shea *et al.* (1992).

Monterroso, Pierdevara e Joaquim (2012) concordam também que a classificação de adesão ao regime terapêutico deve ser realizada a partir da mediana, isto é, valores de mediana abaixo de cinco consideram-se não aderentes e valores iguais ou superiores a cinco são considerados aderentes ao Regime Terapêutico Medicamentoso.

Na terceira parte, Para a avaliação do Grau de funcionalidade nas ABVD foi utilizada a Escala de Barthel, que avalia a capacidade funcional ao nível de dez atividades de vida diária. Em Portugal, esta escala foi validada por Araújo, Pais Ribeiro, Oliveira e Pinto, através de um estudo com 209 idosos não institucionalizados de três regiões do Norte de Portugal. O estudo das propriedades psicométricas deste instrumento revelou ser

efetivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado, constituindo uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas idosas. O total da pontuação adquirida varia entre 0 e 100 pontos, em que se considera uma pessoa Totalmente Dependente quando o valor é inferior a 20, Severamente Dependente com valores entre 20 a 40, Moderadamente Dependente de 40 a 60 pontos, Ligeiramente Dependente quando atribuídos de 60 a 90 pontos e por último considera-se uma pessoa Independente quando os valores variam entre 90 e 100 pontos. “O principal objetivo é determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja” (Norma 054, 2001, p.19).

1.3.5. Procedimentos Éticos e Deontológicos

A segunda parte do formulário é referente à avaliação da medida de adesão aos tratamentos, onde foi utilizada a escala adaptada por Delgado e Lima (2001), designada por MAT. Por se tratar de uma escala adaptada e validada para a população portuguesa, foi enviado por escrito, via e-mail, um pedido de autorização de utilização da escala MAT, à qual foi concedida autorização (Anexo II).

Qualquer investigação que envolva seres humanos deve ter em conta o ponto de vista ético (Fortin, 2009), por este motivo foi solicitado um parecer através de formulário à Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, o qual obteve parecer positivo (Anexo III e Anexo IV).

No momento da apresentação do formulário aos idosos foram explicados os objetivos do estudo, avaliados os critérios de inclusão previamente definidos e a livre vontade de participar no preenchimento do formulário.

Para que fosse devidamente informado e esclarecido, apresentou-se o Consentimento Informado, elaborado de acordo com os princípios da Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, que regulamentam a investigação com seres humanos, onde estão descritos os objetivos do estudo e o nome do investigador. Foi solicitado o consentimento informado por escrito (Anexo V).

Assim como foram informados que tinham total liberdade para recusar o preenchimento ou durante o seu preenchimento interromper e declinar a sua participação, assim como, o livre acesso aos resultados do estudo.

1.4. Metodologia de Tratamento de Dados

A análise estatística dos dados relativo ao estudo desenvolvido foi realizada através do programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – SPSS for Windows*, versão 21.0. Com o objetivo de descrever e a caracterizar a amostra em estudo, foi realizada uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Recorreu-se às medidas estatísticas: frequências absolutas, frequências relativas, média, desvio padrão, mediana de forma a descrever as características: sociodemográficas, clínicas e escala de medida de adesão aos tratamentos.

O estudo analítico dos resultados obtidos para a adesão ao regime terapêutico foi realizado através de tabelas de cruzamento de variáveis com aplicação do teste do qui-quadrado com o objetivo de avaliar a independência das variáveis. As condições de aplicação do teste de independência do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência esperada superior a 1 e 80.00% da frequência esperada superior a 5).

Para o estudo da caracterização da adesão terapêutica através do *score* médio de Barthel obtido recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney para comparação de duas amostras de grande dimensão provenientes de populações independentes. Embora as amostras sejam de grande dimensão verificou-se pelo teste da qualidade de ajuste Kolmogorov-Smirnov que não existia evidência estatística que permitisse assumir a normalidade das distribuições, daí a utilização do teste não paramétrico. Utilizou-se o nível de significância de 5%.

2. Apresentação e Análise de Dados

Neste ponto, estão representados os resultados e a análise dos dados referentes à Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso em Idosos no Concelho de Bragança.

2.1. Caracterização sociodemográfica

Na tabela 2 apresenta-se a caracterização sociodemográfica dos indivíduos em estudo.

O estudo foi realizado a partir de uma amostra de 400 indivíduos com pelo menos 65 anos, sendo 57.75% (231) do sexo feminino e 42.25% (169) do sexo masculino. Observa-se que 50.25% (201) dos inquiridos tinham idade compreendida entre 65 e 74 anos; 37.75% (151) tinham idade entre 75 anos e 84 anos e os restantes 12.00% (48) tinham pelo menos 85 anos.

Verifica-se idade média de 75.33 anos, com desvio padrão de ± 7.34 anos a partir de mínimo de 65 e máximo de 98 anos.

Quanto ao estado civil, verifica-se que 6.00% (24) eram solteiros, 62.75% (251) estavam casados ou em união de facto, 1.5% (6) eram divorciados ou separados e 29.75% (119) eram viúvos.

Relativamente à residência, verifica-se que a maioria – 64.75% (259) - viviam em meio rural e os restantes 35.25% (141) residiam em meio urbano.

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que 14.25% (57) dos inquiridos não sabiam ler nem escrever, 65.25% (261) tinham o 1º ciclo, 7.75% (31) possuíam o 2º ciclo, 4.50% (18) tinham o 3º ciclo e os restantes trinta e três indivíduos possuem habilitações acima do 3º ciclo.

Quanto ao contexto habitacional, verifica-se que 61.50% (246) vive com o cônjuge, 16.50% (66) vive com familiar, 19.50% (78) vive sozinho e 2.50% (10) coabita com outras pessoas. Verificou-se que a maioria, 73.25% (293) não recebia apoio domiciliário. Dos 107 inquiridos que recebiam apoio domiciliário, 4.67% (6) afirmaram que era prestado pela Santa Casa de Misericórdia; 5.61% (6) pelo Centro de Saúde; 37.38% (40) pela Instituição

de Apoio ao Idoso; 49.53% (53) por um Familiar e 2.80% (3) recebiam apoio de amigo ou vizinho.

Verificou-se ainda que 30.00% (120) dos inquiridos tinham rendimento mensal até 350€; 37.75% (151) dos inquiridos tinham rendimento entre 351€ a 550€; 17.00% (68) tinham rendimento mensal entre 551€ a 1000€; 11.25% (45) dos inquiridos recebiam entre 1001€ a 1500€ e 4.00% (16) recebiam mais de 1500€ por mês.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis sociodemográficas		Frequência	
		N	%
Sexo	Feminino	231	57.75
	Masculino	169	42.25
	Total	400	100
Idade	De 65 a 74 anos	201	50.25
	De 75 a 84 anos	151	37.75
	Pelo menos 85 anos	48	12.00
	Total	400	100
Estado civil	Solteiro	24	6.00
	Casado/União de fato	251	62.75
	Divorciado/Separado	6	1.50
	Viúvo	119	29.75
	Total	400	100
Residência	Rural	259	64.75
	Urbano	141	35.25
	Total	400	100
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever	57	14.25
	1º Ciclo	261	65.25
	2º Ciclo	31	7.75
	3º Ciclo	18	4.50
	Secundário	10	2.50
	Curso técnico	7	1.75
	Licenciatura	10	2.50
	Mestrado	6	1.50
	Total	400	100
Com quem vive	Cônjuge	246	61.50
	Familiar	66	16.50
	Sozinho	78	19.50
	Outro	10	2.50
	Total	400	100
Apoio domiciliário	Sim	107	26.75
	Não	293	73.25
	Total	400	100
Tipo de apoio	Misericórdia	5	4.67
	Centro de Saúde	6	5.61
	Instituição de apoio a idoso	40	37.38
	Familiar	53	49.53
	Amigo ou vizinho	3	2.80
	Total	107	100
Rendimento Mensal	Até 350€	120	30.00
	De 351€ a 550€	151	37.75
	De 551€ a 1000€	68	17.00
	De 1001€ a 1500€	45	11.25
	Mais de 1500€	16	4.00
	Total	400	100

2.2. Caraterização clínica

Nesta secção iremos proceder à caraterização dos aspetos clínicos do idoso, nomeadamente: identificação das patologias; número de patologias; número de medicamentos diários; necessidade de ajuda na preparação da medicação e substituição de medicação

Foram identificadas 1102 patologias, na tabela 3 apresenta-se a caraterização das mesmas. Observa-se que a mais frequente, 26.13% (288) era a HTA e afetava 72.00% dos inquiridos. A segunda patologia mais frequente é a dislipidemia com 18.06% (199) dos registos e afetava 49.75% dos indivíduos; a patologia cardiovascular apresenta 11.16% (123) registos e afetava 30.75% da amostra e a diabetes apresenta registo de 10.07% (111), afetando 27.75% dos indivíduos. No extremo oposto, menos frequentes encontram-se as patologias: alcoolismo, anorexia e neurológicas.

Tabela 3 - Caracterização das patologias

Patologias	N	%	% Indivíduos
HTA	288	26.13%	72.00%
Diabetes	111	10.07%	27.75%
Dislipidemia	199	18.06%	49.75%
Oncológica	33	2.99%	8.25%
Renal	32	2.90%	8.00%
Hepática	13	1.18%	3.25%
Problemas Respiratórios	46	4.17%	11.50%
Alcoolismo	5	0.45%	1.25%
Cardiovascular	123	11.16%	30.75%
DPCO	23	2.09%	5.75%
Problemas Emocionais	35	3.18%	8.75%
Depressão	67	6.08%	16.75%
Anorexia	4	0.36%	1.00%
Neurológica	3	0.27%	0.75%
Osteoarticulares	31	2.81%	7.75%
Hematológica	19	1.72%	4.75%
Endócrina	25	2.27%	6.25%
Gástrica	11	1.00%	2.75%
Outra	34	3.09%	8.50%
Total	1102	100,0%	

Tendo por base os resultados apresentados na tabela 4 verifica-se que 44.00% (176) dos inquiridos tinham uma a duas doenças; 42.75% (171) tinham três a quatro doenças e 13.25% (53) padeciam de mais de quatro doenças. Observa-se que, em média, os inquiridos padeciam de 2.94 doenças, com desvio padrão de ± 1.52 a partir do mínimo de uma doença e máximo de oito doenças. Relativamente ao número de medicamentos observa-se que 52.75% (211) dos inquiridos tomavam até quatro medicamentos; 40.50% (162) dos inquiridos tomavam de cinco a nove medicamentos e 6,75% (27) estavam medicados com dez ou mais fármacos. Verifica-se que, em média, cada inquirido tomava 4.7 medicamentos por dia, com desvio padrão de ± 2.73 medicamentos a partir do mínimo de um medicamento e máximo de catorze medicamentos por dia. A maioria dos inquiridos 58.25%, (233) afirmou que nunca necessita de orientação na preparação da medicação, mas 21.75% (87) afirmou que precisa às vezes de orientação e 20.00% (80) dos inquiridos afirmou precisar sempre de orientação na preparação da medicação. Quando surgem dúvidas na medicação 49.3% (197) recorrem a familiar; 5.00% (20) recorrem a vizinho; 3.75% (15) recorrem a unidade de saúde; 40.25% (161) afirmaram que recorrem a profissionais de saúde e 1.75% (7) dos inquiridos recorrem a outros (como por exemplo, farmacêutico e amigos). Observa-se ainda que a maioria 81.00% (324) dos inquiridos não tem por hábito substituir a medicação. Dos 76 inquiridos que substituem a medicação observa-se que 61.82% (47) recorrem a chás caseiros; 9.09% (7) utilizam produtos naturais; 23.64% (18) usam chás caseiros e produtos naturais e 5.45% (4) afirmam recorrer a chás caseiros e terapias alternativas.

Tabela 4 – Caracterização da amostra em função das variáveis clínicas

Variáveis	Frequência		
	N	%	
Número de doenças	Uma a duas doenças	176	44.00
	Três a quatro doenças	171	42.75
	Mais de quatro doenças	53	13.25
	Total	400	100
<i>Min = 1 Max = 8 $\bar{X} = 2,94$ $s = 1,52$</i>			
Número de medicamentos	Até quatro medicamentos	211	52.75
	De cinco a nove medicamentos	162	40.50
	Dez ou mais medicamentos	27	6.75
	Total	400	100
<i>Min = 1 Max = 14 $\bar{X} = 4,70$ $s = 2,73$</i>			
Necessita de orientação na preparação da medicação?	Nunca	233	58.25
	Às vezes	87	21.75
	Sempre	80	20.00
	Total	400	100
Quando tem dúvidas na medicação recorre a quem?	Familiar	197	49.25
	Vizinho	20	5.00
	Unidade de Saúde	15	3.75
	Profissionais de Saúde	161	40.25
	Outros	7	1.75
Total 400 100			
Substitui medicação	Não	324	81.00
	Sim	76	19.00
	Total	400	100
Se substitui a medicação, qual o substituto?	Chás caseiros	47	61.82
	Produtos naturais	7	9.09
	Chás caseiros e produtos naturais	18	23.64
	Chás caseiros e terapias alternativas	4	5.45
	Total	76	100

2.3. Caraterização da Avaliação da Medida de Adesão aos Tratamentos

Na tabela 5 encontra-se a caraterização da avaliação de adesão aos tratamentos. Constam na tabela as frequências absoluta e relativa de resposta a cada opção da escala, assim como as medidas estatísticas descritivas: média, desvio padrão e mediana para cada questão da escala. Por análise da referida tabela verifica-se que a maioria dos inquiridos 37.75% (151) raramente se esquece de tomar os medicamentos e que 29.75% (119) nunca se esquecem de o fazer. Nesta questão do esquecimento da toma da medicação, obteve-se valor médio de 4.84 com desvio padrão de ± 1.04 e mediana de 5, o que demonstra que a moderada variação de resposta dos inquiridos e que essa resposta revela pouca frequência no esquecimento da toma dos medicamentos.

Quanto ao descuido nas horas da toma da medicação, verifica-se que as respostas dos inquiridos estão mais concentradas nas opções raramente e nunca o que é também reforçado pelo valor médio 4.83 e mediana de 5.

Relativamente ao facto de deixarem a medicação por se sentirem melhor, a maioria 58.50% (234) afirmou que nunca o faz e 19.50% (78) responderam que raramente o fazem. Verifica-se que a média 5.27 corresponde com a opção raramente e que existe alguma dispersão nas respostas dos inquiridos.

Quando questionados sobre se alguma vez tinham deixado a medicação por se sentirem pior verifica-se que a maioria, 59.00% (236) afirmou que nunca o fez e que 20.75% (83) afirmaram que o fizeram raramente. Verifica-se o elevado valor da média, 5.28, e também da mediana, 6, assim como moderada dispersão de 1.08.

Quanto à toma de mais medicamentos por se sentir pior verifica-se que a maioria 63.00%; (252) nunca o faz e que 23.50% (94) admitiram raramente faze-lo. Verifica-se que o valor médio é de 5.45 e a mediana tem um valor de 6.

Relativamente à questão da interrupção terapêutica por término dos medicamentos, observa-se que 56.00% (224) dos inquiridos afirmaram nunca o ter feito e 26.75% (107) que raramente tiveram esse comportamento. A média observada foi de 5.35, com desvio padrão de ± 0.88 e a mediana foi 6.

Quando os inquiridos foram questionados sobre terem deixado de tomar os medicamentos por outra qualquer razão que não fosse indicação médica, a maioria, 65.75% (263) afirmou que nunca o fez e 21.25% (85) que o fizeram raramente. A média obtida foi de 5.50 com desvio padrão de ± 0.82 e mediana de 6.

Tabela 5 – Caracterização da avaliação da medida de adesão aos tratamentos

Questão	Frequência absoluta e relativa, %(n)						Medidas estatísticas		
	Sempre (1)	Quase sempre (2)	Com frequência (3)	Por vezes (4)	Raramente (5)	Nunca (6)	Média	Desvio padrão	Mediana
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?	1.00%(4)	0.75%(3)	8.75%(35)	22.00%(88)	37.75%(151)	29.75%(119)	4.84	1.04	5
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma?	1.50%(6)	1.25%(5)	6.25%(25)	22.00%(88)	41.75%(167)	27.25%(109)	4.83	1,03	5
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por se sentir melhor?	1.00%(4)	0.50%(2)	5,75%(23)	14.75%(59)	19.50%(78)	58.50%(234)	5.27	1.05	6
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por se sentir pior?	2.25%(9)	0.50%(2)	2.75%(11)	14.75%(59)	20.75%(83)	59.00%(236)	5.28	1.08	6
Alguma vez tomou mais do que um medicamento por se ter sentido pior?	0.25%(1)	0.00%(0)	3.50%(14)	9.75%(39)	23.50%(94)	63.00%(252)	5.45	0.84	6
Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado terminar os medicamentos?	0.25%(1)	0.50%(2)	2.50%(10)	14.00%(56)	26.75%(107)	56.00%(224)	5.35	0.88	6
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por outra qualquer razão que não tenha sido a indicação do seu médico?	0.50%(2)	0.25%(1)	1.25%(5)	11.00%(44)	21.25%(85)	65.75%(263)	5.50	0.82	6

Verificou-se que 82.75% (331) dos inquiridos eram aderentes ao regime terapêutico e 17.25% (69) não foram considerados aderentes ao regime terapêutico.

2.4. Caraterização da Funcionalidade nas ABVD

No gráfico 2 apresenta-se a caraterização da amostra relativamente à funcionalidade nas ABVD. Verifica-se que a maioria dos inquiridos, 87.00% (348), eram à data do formulário, independentes; 5.00% (20) apresentavam ligeira dependência; 5.50% (22) eram moderadamente dependentes; 1.25% (5) estavam severamente dependentes e os restantes 5 inquiridos estavam em condição de total dependência.

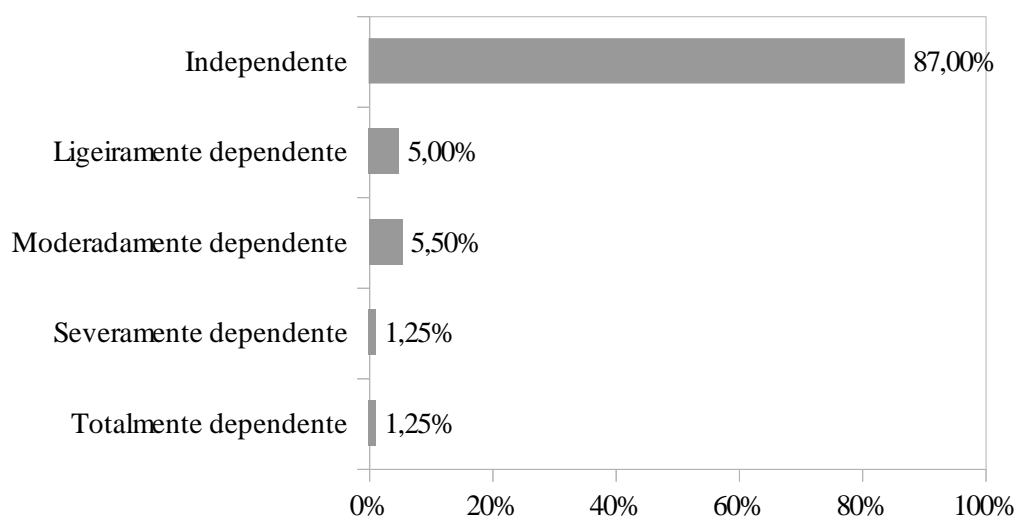


Gráfico 2 - Caraterização da Funcionalidade nas ABVD

2.5. Adesão à terapêutica, cruzamentos com variáveis sociodemográficas

Na tabela 6 apresenta-se os resultados do cruzamento da adesão à terapêutica *versus* as características sociodemográficas. Por análise da tabela verifica-se que a maioria quer das mulheres (82.25%) 190, quer dos homens (83.43%) 141 aderem à terapêutica. Dos que não foram considerados aderentes, 69 inquiridos, a maioria (59.42%) eram do sexo feminino. A um nível de significância de 5% e recorrendo ao teste do qui-quadrado verificou-se que a adesão à terapêutica não estava significativamente associada ao sexo do inquirido.

Relativamente à idade, verifica-se que a percentagem de aderentes à terapêutica diminui com o aumento da faixa etária: entre os 65 e 75 anos 85.57% eram aderentes; entre os 75 e 84 anos 82.78% eram aderentes e com pelo menos 85 anos essa percentagem foi de 70.83%. A um nível de significância de 5% conclui-se que a adesão à terapêutica é, neste estudo, estatisticamente independente da faixa etária.

Quanto ao estado civil, verifica-se que é na situação solteiro/separado/divorciado que se regista a menor percentagem de aderentes ao regime terapêutico, 73.33%; nas outras situações a percentagem de aderentes supera os 80.00%. A associação entre a adesão à terapêutica e o estado civil não apresenta relevância estatística.

Relativamente ao meio onde o inquirido vive verifica-se que são aproximadas as percentagens de aderentes e não aderentes entre indivíduos que vivem em meio rural e os que vivem em meio urbano. A adesão ao regime terapêutico não está estatisticamente associada ao meio.

Relativamente às habilitações literárias observa-se que os inquiridos que não sabiam ler nem escrever registaram a menor percentagem de adesão à terapêutica, 68.42%, e os inquiridos com ensino superior apresentaram a maior percentagem de adesão, 91.30%. A um nível de significância de 5% conclui-se que a adesão à terapêutica está significativamente associada às habilitações literárias dos indivíduos, sendo os que não sabem ler nem escrever os que apresentam piores resultados.

Quanto à coabitação observa-se que os inquiridos que afirmaram viver sozinhos apresentaram a menor percentagem de adesão ao regime terapêutico, 74.36%, enquanto os

inquiridos que coabitam com o cônjuge ou com os familiares apresentaram percentagem de adesão de 83.33% e 90.91%, respetivamente. A um nível de significância de 5% conclui-se que a adesão ao regime terapêutico não está significativamente associada à coabitação do inquirido.

Relativamente ao facto de receberem apoio, verifica-se que 73,83% dos inquiridos que recebiam apoio eram aderentes ao regime terapêutico e 86,01% dos inquiridos que afirmaram não receber qualquer apoio eram aderentes. A um nível de significância de 5% verificando-se que a adesão ao regime terapêutico está, neste estudo, significativamente associada ao facto de o indivíduo receber ou não apoio, sendo os indivíduos que recebem apoio os que apresentaram piores resultados de adesão.

Quanto ao rendimento mensal verificam-se percentagens semelhantes de aderentes à terapêutica entre os diferentes níveis de rendimento. A adesão à terapêutica é estatisticamente independente do rendimento mensal auferido.

Tabela 6 - Adesão à terapêutica, cruzamentos com variáveis sociodemográficas

Respostas	Aderente à terapêutica			Estatística do teste (valor de prova)	
	Sim fo(%linha) %coluna	Não fo(%linha) %coluna	Total fo(%linha) %coluna		
Sexo	Feminino	190(82.25%) 57.40%	41(17.75%) 59.42%	231(100%) 57.75%	0.095 (0.790)
	Masculino	141(83.43%) 42.60%	28(16.57%) 40.58%	169(100%) 42.25%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Faixa etária	De 65 a 74 anos	172(85.57%) 51.96%	29(14.43%) 42.03%	201(100%) 50.25%	5.897 (0.052)
	De 75 a 84 anos	125(82.78%) 37.76%	26(17.22%) 37.68%	151(100%) 37.75%	
	Pelo menos 85 anos	34(70.83%) 10.27%	14(29.17%) 20.29%	48(100%) 12.00%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Estado civil	Solteiro/Separado/ Divorciado	22(73.33%) 6.65%	8(26.67%) 11.59%	30 (100%) 7.50%	2.242 (0.333)
	Casado/ União de facto	208(82.87%) 62.84%	43(17.13%) 62.32%	251 (100%) 62.75%	
	Viúvo	101(84.87%) 30.51%	18(15.13%) 26.09%	119(100%) 29.75%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Residência	Rural	209(80.7%) 63.14%	50(19.3%) 72.46%	259(100%) 64.75%	2.174 (0.166)
	Urbano	122(86.5%) 36.86%	19(13.5%) 27.54%	141(100%) 35.25%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Habilitações literárias	Não sabe ler nem escrever	39(68.42%) 11.78%	18(31.58%) 26.09%	57(100%) 14.25%	10.782 (0.013)
	1º ciclo	223(85.4%) 67.37%	38(14.6%) 55.07%	261(100%) 65.25%	
	2º/3º ciclo ou secundário	48(81.44%) 14.50%	11(18.56%) 15.94%	59(100%) 14.75%	
	Ensino superior	21(91.30%) 6.34%	2(8.70%) 2.90%	23(100%) 5.75%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Com quem vive	Cônjuge	205(83.33%) 61.93%	41(16.67%) 59.42%	246(100%) 61.50%	7.037 (0.069)
	Familiar	60(90.91%) 18.13%	6(9.09%) 8.70%	66(100%) 16.50%	
	Sozinho	58(74.36%) 17.52%	20(25.64%) 28.99%	78(100%) 19.50%	
	Outro	8(80.00%) 2.42%	2(20.00%) 2.90%	10(100%) 2.50%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Recebe apoio	Sim	79(73.83%) 23.87%	28(26.17%) 40.58%	107(100%) 26.75%	8.139 (0.005)
	Não	252(86.01%) 76.13%	41(13.990%) 59.42%	293(100%) 73.25%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Rendimento mensal	Até 350€	98(81.67%) 29.61%	22(18.13%) 31.88%	120(100%) 30.00%	1.485 (0.485)
	De 351 a 550€	122(80.79%) 36.86%	29(19.21%) 42.03%	151(100%) 37.75%	
	Mais de 550€	111(86.05%) 33.53%	18(13.95%) 26.09%	129(100%) 32.25%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	

2.6. Adesão à terapêutica, cruzamentos com variáveis clínicas

Na tabela 7 apresenta-se os resultados do cruzamento da adesão à terapêutica *versus* as características clínicas. Por análise da tabela, verifica-se que a percentagem de aderentes à terapêutica é aproximada entre as categorias do número de doenças: 83.52% dos inquiridos com uma a duas doenças era aderente à terapêutica; 80.12% dos indivíduos com três a quatro doenças era aderente à terapêutica e 88.68% dos inquiridos com mais de quatro doenças era aderente. A um nível de significância de 5% conclui-se que a adesão à terapêutica é, neste estudo, estatisticamente independente do número de doenças.

Relativamente ao número de medicamentos diário, observa-se que os inquiridos que tomavam até 4 medicamentos registaram a percentagem de adesão à terapêutica de 83.89%, os inquiridos que tomavam entre 5 a 9 medicamentos registaram a percentagem de adesão de 79.63% e, dos inquiridos que tomavam mais de 9 medicamentos, 92.59% foram considerados aderentes à terapêutica. A um nível de significância de 5% verifica-se que a adesão à terapêutica não está significativamente associada ao número de medicamentos tomados por dia.

Quanto à necessidade de orientação na preparação da medicação observa-se que os inquiridos que afirmaram nunca necessitar, apresentaram a maior percentagem de adesão ao regime terapêutico, 90.13%, enquanto os inquiridos que por vezes ou sempre precisam de orientação apresentaram percentagem de adesão de 70.11% e 75.00%, respetivamente. A um nível de significância de 5% refere-se que a adesão ao regime terapêutico está significativamente associada à necessidade de orientação na preparação da medicação.

Relativamente ao facto de substituírem a medicação, verifica-se que 88.89% dos inquiridos que não o faziam eram aderentes ao regime terapêutico e 56.58% dos inquiridos que afirmaram efetuar substituição eram aderentes. A um nível de significância de 5% reporta-se que a adesão ao regime terapêutico está, neste estudo, significativamente associada ao facto de o indivíduo alterar ou não a medicação, sendo os indivíduos que alteram os que apresentaram piores resultados de adesão.

Tabela 7 - Adesão à terapêutica, cruzamentos com variáveis clínicas

Respostas	Aderente à terapêutica			Estatística teste (valor de prova)	
	Sim	Não	Total		
	fo(%linha) %coluna	fo(%linha) %coluna	fo(%linha) %coluna		
Número de doenças	Uma a duas doenças	147(83.52) 44.41%	29(16.48%) 4.03%	176(100%) 44.00%	2.209 (0.350)
	Três a quatro doenças	137(8.12%) 41.39%	34(1.88%) 49.28%	171(100%) 42.75%	
	Mais de quatro doenças	47(88,68%) 14.20%	6(11.32%) 8.70%	53(100%) 13.25%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Número de medicamentos	Até 4 medicamentos	177(83.89%) 53.47%	34(1.11%) 49.28%	211(100%) 52.75%	3.128 (0.216)
	De 5 a 9 medicamentos	129(79.63%) 38.7%	33(20.37%) 4.83%	162(100%) 40.50%	
	Mais de 9 medicamentos	25(92.59%) 7.55%	2(7.41%) 2.90%	27(100%) 6.75%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Necessita orientação	Nunca	210(90.13%) 63.44%	23(9.87%) 33.33%	233(100%) 58.25%	21.983 (0.000)
	Às vezes	61(70.11%) 1.43%	26(29.9%) 37.68%	87(100%) 21.75%	
	Sempre	60(7.00%) 18.13%	20(25.00%) 28.99%	80(100%) 20.00%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	
Substitui medicação	Não	288(88.89%) 87.01%	36(11.11%) 52.17%	324(100%) 81.00%	45.021 (0.000)
	Sim	43(56.58%) 12.99%	33(43.42%) 47.83%	76(100%) 19.00%	
	Total	331(82.75%) 100%	69(17.25%) 100%	400(100%) 100%	

2.7. Funcionalidade em função da adesão à terapêutica

Relativamente à adesão ao regime terapêutico *versus* funcionalidade optou-se por comparar os valores do índice entre aderentes e não aderentes, uma vez que 87.00% dos inquiridos era independente. Observou-se que os inquiridos aderentes ao regime terapêutico apresentaram índice de Barthel médio de 95.03, com desvio padrão de ± 15.17 , e os utentes não aderentes tinham índice médio de 88.70, com desvio padrão de ± 24.46 .

Pela aplicação do teste não paramétrico de Mann-Whitney (uma vez que a normalidade das distribuições não se verificou pelo teste Kolmogorov-Smirnov, valor de prova inferior a 5%), obteve-se $ET = -2.957$ e $vp = 0.003$, conclui-se que as diferenças observadas entre a funcionalidade e adesão a terapêutica são, a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas. Pode-se afirmar que os indivíduos não aderentes ao regime terapêutico apresentavam, em média, um índice de funcionalidade inferior aos indivíduos aderentes à terapêutica, resultado este estatisticamente significativo.

Tabela 8 – Funcionalidade em função da adesão à terapêutica

Estatísticas	Aderente à terapêutica		Estatística teste Mann-Whitney (valor prova)
	Sim	Não	
Média	95.03	88.70	-2.957
Desvio padrão	15.17	24.46	(0.003)

3. Discussão de Resultados

Após a exposição dos resultados obtidos e para facilitar a compreensão dos mesmos, cumpre-se apresentar e discutir os resultados em função dos objetivos traçados e, comparar com outros estudos semelhantes anteriormente realizados.

O presente estudo focou-se essencialmente em avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso em pessoas com 65 ou mais anos, identificando a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão terapêutica. Fez-se ainda a identificação da relação da adesão ao regime terapêutico com o grau de dependência dos indivíduos.

Neste trabalho foram inquiridos 400 indivíduos com 65 anos e mais, sendo 57.75% do sexo feminino e 42.25% do sexo masculino. Observa-se que 50.25% dos inquiridos tinham idade compreendida entre 65 e 74 anos; 37.75% tinham idade entre 76 anos e 84 anos e os restantes 12.00% tinham pelo menos 85 anos. Verifica-se que a idade média é de 75.33 anos com desvio padrão de 7.34 anos, a partir da idade mínima de 65 e máxima de 98 anos. Num estudo similar, realizado por Marcos (2014), intitulado “Adesão Terapêutica nos idosos do concelho de Macedo de Cavaleiros” a uma amostra de 376 indivíduos, com a idade média de 78.8 anos, com desvio padrão de 8.11 anos a partir de mínimo de 65 e máximo de 98 anos. A razão do sexo feminino é de 56.60% e do sexo masculino é de 43.40%. Podemos verificar que, em ambos os estudos, temos maior percentagem de indivíduos do sexo feminino; relativamente às idades médias os estudos apresentam resultados idênticos, com um desvio padrão aproximado, nos dois concelhos do nordeste transmontano, Bragança e Macedo de Cavaleiros. Indo ao encontro dos dados emitidos pelo INE referentes ao ano 2011, que já referia maior prevalência do sexo feminino na população idosa (INE, 2016).

Quanto ao estado civil, no presente estudo, verifica-se 62.75% estavam casados ou em união de facto, 29.75% eram viúvos, 6.00% eram solteiros e os restantes 1.50% eram divorciados ou separados. Na população do estudo de Marcos (2014) a maior percentagem dos inquiridos é casada ou em união de facto, com 48.40%; os viúvos representam 45.50%; 5.90% eram solteiros e 0.30% eram divorciados. Confirma-se que existe uma semelhança da representação dos estados civis em ambos os concelhos.

Relativamente à residência, no nosso estudo, verifica-se que a maioria 64.75% vivia em meio rural e os restantes 35.25% residiam em meio urbano. Conferimos que a maior parte

dos inquiridos também residiam em meio rural, representada por 77.9% e 22.1% residiam em meio urbano, no estudo de Marcos (2014).

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que 65.25% tinham o 1º ciclo, 14.25% dos inquiridos não sabiam ler nem escrever, 7.75% possuíam o 2º ciclo, 5.8% possuíam habilitações do ensino superior, 4.50% tinham o 3º ciclo e os restantes 2.50% possuíam o ensino secundário. Segundo os dados dos Censos 2011 (2001-2011) do INE, a população residente no Concelho de Bragança segundo o nível de escolaridade atingido e sexo e taxa de analfabetismo podemos verificar que num total de 35341 indivíduos, 3514 não tinha nenhum nível de escolaridade, existiam 2561 analfabetos com 10 ou mais anos, e que a taxa de analfabetismo era de 7.87. Dos que possuíam habilitações, a maioria da população, 10287 indivíduos, atingiram o 1º ciclo; 7214 indivíduos obtiveram o ensino superior; seguindo-se 5291 indivíduos que fizeram o ensino secundário o mais baixo número foi dos que só frequentaram até ao ensino pré-escolar com 841 indivíduos (INE, 2014). No que respeita às habilitações, no estudo de Marcos (2014), é de notar que 44.70% não sabem ler nem escrever; 40.70% sabem ler e escrever; 10.10% têm o 1º ciclo; 2.40% possuem o 2º ciclo; 0.80% têm o 3º ciclo; 0.80% possuem o ensino secundário e os restantes 0.60% têm ensino superior. Assim averiguamos que os inquiridos do presente estudo, em relação à população do estudo de Marcos (2014), são portadores de mais habilitações literárias. É notório a discrepância na percentagem referente ao analfabetismo, com um resultado de 44.70% na população do concelho de Macedo de Cavaleiros confrontado com 14.25% da amostra no concelho de Bragança.

Quanto ao contexto habitacional, verifica-se que 61.50% vivem com o cônjuge; 19.50% vivem sozinhos; 16.50% vivem com familiar e 2.50% coabitam com outras pessoas. No estudo realizado por Marcos (2014), 44.1% vivem com o cônjuge; 37.50% vive realizado por Marcos (2014), sozinhos e 18.40% com um familiar. Confrontamo-nos, mais uma vez, em simultaneidade, onde as percentagens são comparáveis.

Verificou-se na população do nosso estudo que a maioria, 73.25%, não recebia apoio domiciliário. Dos 107 inquiridos 37.38% recebiam apoio domiciliário por parte de uma Instituição de Apoio ao Idoso; 49.53% de um Familiar; 5.61% do Centro de Saúde; 4.67% afirmaram que era da Santa Casa de Misericórdia e 2.80% recebiam apoio de amigo ou vizinho. A análise de Marcos (2014), concluiu que 55.90% não recebiam apoio domiciliário

e 44.10% recebiam apoio domiciliário. O apoio pelo Centro de Saúde é de 1.80%, o apoio por parte da Instituição de apoio ao idoso é de 6.60%, parecendo indicar que no concelho de Bragança existe maior oferta institucional. No que diz respeito ao resultado relativamente ao apoio familiar representado por 39.80%, de Marcos (2014) é similar ao nosso estudo. No estudo de Marcos (2014), é de destacar o apoio recebido por parte de amigos ou vizinhos, representado por 45.20%. dada a realidade onde foi desenvolvido o presente estudo e que obteve 2.80% de idosos com apoio familiar e amigos parecendo que o fator social e de humanização é mais evidente no concelho de Macedo de Cavaleiros.

Referente aos dados do atual estudo, verificou-se ainda que 37.75% dos inquiridos tinham rendimento entre 351€ a 550€; 30% dos inquiridos tinham rendimento mensal até 350€; 17.00% tinham rendimento mensal entre 551€ a 1000€; 11.25% dos inquiridos recebiam entre 1001€ a 1500€ e 4% recebiam mais de 1500€ por mês. Para Fonseca (2004), citado por Silva (2011), a realidade socioeconómica é o reflexo das reformas que, por sua vez, condicionam a população do meio rural a levar uma vida mais desafogada e, por conseguinte, comprometem a condição psicossocial dos idosos num circuito mais restrito, nas políticas sociais que abrangem esta faixa etária, sobretudo no que diz respeito ao meio rural, contribuem muito para a qualidade de vida destes cidadãos.

Seguidamente podemos verificar que as patologias com maior prevalência, nos idosos do presente estudo no concelho de Bragança são: HTA com 26.13%, a segunda patologia mais frequente é a Dislipidemia com 18.06% dos registos; a Patologia Cardiovascular apresenta 11.16% registos e a Diabetes apresenta registo de 10.07%. No extremo oposto, menos frequentes encontram-se as patologias: alcoolismo, anorexia e doenças neurológicas. No estudo de Marcos (2014), a prevalência das patologias no concelho de Macedo é muito similar às do concelho de Bragança. As mais prevalentes são também a HTA, Dislipidemia, Patologias Cardiovasculares e Diabetes, as menos frequentes são: alcoolismo, anorexia e bulimia e DPOC.

Relativamente ao número de doenças, verificou-se que a maioria dos inquiridos 44.00% tinha uma a duas doenças; 42.75% apresentavam três a quatro doenças e 13.2% padeciam de mais de quatro doenças. Em contrapartida, no estudo de Marcos (2014) encontram-se maior percentagem, representada por 46.50%, de inquiridos que referem três a quatro doenças,

seguida de 31.90% que admitem sofrer de uma a duas doenças e a restante população, 21.50% dos indivíduos, sofre de mais de quatro doenças.

Quanto ao número de medicamentos, na nossa amostra, 52.75% dos inquiridos tomavam até quatro medicamentos, 40.50% dos inquiridos tomavam de cinco a nove medicamentos e 6.75% estavam medicados com dez ou mais fármacos. No estudo similar de Marcos (2014), a maior percentagem, caracterizada por 51.30%, tomava de cinco a nove medicamentos, 34% tomavam até quatro medicamentos e os restantes 14.60% tomavam dez ou mais medicamentos diários. Em concordância com os resultados anteriormente apresentados para o número de doenças, mais uma vez, a população estudada por Marcos (2014) do concelho de Macedo de Cavaleiros admitiu tomar maior número de medicamentos. Vieira (2015) afirma que em doentes idosos existe maior predomínio de co-morbilidades, por este motivo, torna-se essencial definir quais as patologias de tratamento prioritário e assim decidir os fármacos aconselhados a cada doente, de acordo com o prognóstico global, benefício esperado e esperança de vida prevista, não se devendo tratar todas as doenças com todos os medicamentos para cada uma delas.

A maioria dos inquiridos, 58.25%, afirmou que nunca necessita de orientação na preparação da medicação; 21.75% declararam que precisam às vezes de orientação e 20.00% dos inquiridos confirmaram precisar sempre de orientação na preparação da medicação. Ao invés, na amostra de Marcos (2014), deparamo-nos com a maior percentagem de 87.20% a necessitar de orientação na preparação da medicação às vezes, seguindo-se 8.20% que admitem precisar de sempre de orientação, e apenas 4.50% dizem nunca precisar de orientação.

Em caso de dúvidas sobre a medicação, a presente investigação, avaliou que 49.25% dos idosos recorrem a familiar; 40.25% afirmaram que recorriam a profissionais de saúde; 5.00% recorrem ao vizinho; 3.75% dirigem-se a unidade de saúde e 1.75% dos inquiridos recorrem a outros (como por exemplo, farmacêutico). O ensaio de Marcos (2014) apresenta dados idênticos relativamente ao domínio familiar quando os idosos têm dúvidas sobre a medicação, representada por 52.10%. No entanto, ao contrário do nosso estudo, 45.70% recorrem ao vizinho, 1.30% às unidades de saúde e só 0.8% aos profissionais de saúde.

Através do formulário aplicado a nossa amostra do concelho de Bragança, apurou-se que a maioria dos inquiridos não tem por hábito substituir a medicação. Dos 76 inquiridos que

substituem a medicação, observa-se que grande parte recorre a chás caseiros, e a percentagem mais baixa afirmou recorrer ao conjunto dos chás caseiros e terapias alternativas.

No que respeita à Avaliação da Medida de Adesão aos Tratamentos, segundo a utilização da escala MAT e a análise dos valores da mediana, conferindo uma classificação dicotómica em não aderentes para valores de mediana abaixo de 5 e aderentes para valores iguais ou superiores a 5, segundo Monterroso, Pierdevara e Joaquim (2012). No presente estudo, com uma amostra de 400 indivíduos idosos, constatou-se que 82.75% dos inquiridos eram Aderentes ao regime terapêutico e 17.25% foram considerados Não Aderentes ao regime terapêutico. No que toca ao estudo de Marcos (2014), podemos qualificar antagonicamente a Avaliação da Medida de Adesão aos Tratamentos pelas percentagens expostas, de 80.9% dos inquiridos como Não Aderentes e só 19.10% dos inquiridos considerados Aderentes ao Regime Terapêutico.

O Índice de Barthel é o instrumento utilizado para avaliar o grau de funcionalidade nas atividades básicas da vida diária, com o objetivo principal de determinar o grau de independência sem qualquer ajuda, física ou verbal, por mínima e qualquer razão que seja. (Norma 054, 2001, p.19). Na amostra estudada de 400 idosos verificou-se que a maioria dos inquiridos, 87.00%, eram, à data do formulário, independentes, apresentando valores entre 90 e 100 pontos; 5.50% eram moderadamente dependentes, classificados com valores entre 40 a 60 pontos; 5% apresentavam ligeira dependência, com valores atribuídos de 60 a 90 pontos; 1.25% estavam severamente dependentes, com valores entre 20 a 40 e os restantes 1.25% inquiridos estavam em condição de total dependência com um valor imputado inferior a 20.

Depois da comparação dos resultados, com base na caracterização sociodemográfica e clínica, na avaliação da medida de adesão aos tratamentos e índice de Barthel, procede-se agora à discussão dos resultados relativos à adesão à terapêutica com as variáveis sociodemográficas, a adesão à terapêutica com as variáveis clínicas e, por fim, a adesão à terapêutica com a funcionalidade dos idosos.

No cruzamento dos dados da adesão à terapêutica com as características sociodemográficas, verifica-se que a maioria da amostra em estudo – 82.75% - adere à terapêutica, quer as mulheres (82.25%), quer os homens (83.43%) aderem à terapêutica. Para este estudo, conclui-se que a adesão à terapêutica não estava significativamente associada ao sexo do inquirido. No exposto por Marcos (2014) verificou-se 80.90% de não adesão ao regime terapêutico, mas a maior percentagem de adesão foi também por parte do sexo feminino, com 68.10%. Os dois estudos enunciados não apresentam conformidade nos resultados referente à adesão ao regime terapêutico.

Quanto à idade, verifica-se que a percentagem de aderentes à terapêutica diminui com o aumento da idade: a faixa etária entre os 65 e 74 anos são os mais aderentes com 51.96%.

A adesão à terapêutica é, neste estudo, estatisticamente independente da faixa etária. Em consonância com Marcos (2014), que refere que os indivíduos mais novos, com a faixa etária de 65 a 75 anos, aderem com uma percentagem de 72.20%, citando que outros estudos de Rodrigues e Prates (2011), Monterroso, Pierdevara e Joaquim (2012) e Vieira (2015) verificaram esta mesma relação.

Nos estados civis de casado/união de facto e viúvo a percentagem de aderentes supera os 80.00%, mas a associação entre o estado civil e a adesão à terapêutica não apresenta relevância estatística.

Na variável local de residência dos idosos inquiridos, meio rural/urbano, são parecidas as percentagens de aderentes e não aderentes, no entanto não está estatisticamente associado à adesão ao regime terapêutico.

Relativamente às habilitações literárias, observa-se que os inquiridos que não sabiam ler nem escrever registaram a menor percentagem de adesão à terapêutica e os inquiridos com ensino superior apresentaram a maior percentagem de adesão pelo que, a adesão à terapêutica está significativamente associada às habilitações literárias dos indivíduos.

Marcos (2014) chegou à conclusão que a baixa escolaridade influencia a adesão aos tratamentos pela limitação de informação, de leitura e escrita, comprometendo a compreensão das prescrições médicas, resultados contrários aos do presente estudo, no qual a amostra possui uma percentagem superior de habilitações literárias.

Observa-se que os inquiridos que coabitam com o cônjuge apresentaram percentagem de maior adesão, 61.93%. Conclui-se que a adesão ao regime terapêutico não está significativamente associada à coabitação do inquirido com o cônjuge. Isto vai ao encontro de Marcos (2014), que apresenta uma percentagem de adesão de 75.00% na coabitação com o cônjuge. Podemos verificar em ambos os estudos que adesão ao regime terapêutico é favorecida quando os idosos vivem acompanhados.

Quanto ao facto de os idosos receberem apoio domiciliário pode-se registar que a maioria, 76.13%, não usufrui de apoio domiciliário, mas é aderente. A adesão ao regime terapêutico está, neste estudo, significativamente associada ao facto de o indivíduo receber ou não apoio. No estudo de Marcos (2014), este chegou a mesma conclusão, com resultados semelhantes, 87.50% de adesão sem apoio.

Constatamos que existem percentagens aproximadas de aderentes à terapêutica entre os diferentes níveis de rendimento. Neste estudo, a adesão terapêutica é estatisticamente independente do rendimento mensal aferido.

Verifica-se que a percentagem de adesão à terapêutica é idêntica entre as categorias do número de doenças, com uma percentagem de adesão superior a 80.00%. No entanto, a adesão ao regime terapêutico vai diminuindo em relação ao aumento do número de doenças. Assim sendo, a um nível de significância de 5% conclui-se que a adesão à terapêutica é, neste estudo, estatisticamente independente do número de doenças. Neste âmbito, Marcos (2014) apresenta diferentes resultados: a melhor adesão terapêutica incide nos idosos que padecem de três a quatro doenças, e seguem-se os que têm mais de quatro doenças, por último os que sofrem de uma a duas doenças, que são menos aderentes ao regime medicamentoso. Bugalho e Carneiro (2004) defendem a importância de uma correta adesão ao regime terapêutico, principalmente para pessoas com doenças crónicas e quando existem multipatologias, influenciando em termos de segurança e eficácia no tratamento.

De acordo com a variável número de medicamentos diários, pode-se verificar que a adesão diminui com o aumento do número de medicamentos. Mas o presente estudo concluiu que a adesão à terapêutica não está significativamente associada ao número de medicamentos tomados por dia. O mesmo aconteceu em outros estudos de Silva, Luís e Biscaia (2004) afirmam que existe uma relação de proporcionalidade contrária à adesão terapêutica, visto que um grande número de medicamentos dificulta o cumprimento do esquema terapêutico.

Marcos (2014) associa os idosos à maior predisposição para tomar mais medicação. Esta assenta, sobretudo, no número de doenças crónicas, em mais do que um médico prescriptor, em diferentes tratamentos e, por consequência, leva a um aumento no número de medicamentos, o que influencia a adesão terapêutica. De acordo com Vieira (2015), a Polimedicação é definida como o uso de vários fármacos no mesmo doente, variando entre dois a nove fármacos diferentes; quando um doente toma dez ou mais fármacos em simultâneo, considera uma polimedicação excessiva.

De acordo com a variável necessidade de orientação na preparação da medicação, realça-se que 90.13% dos inquiridos nunca necessitam de ajuda, mas confirmam a adesão ao regime terapêutico. Os idosos que manifestam a constante necessidade de ajuda, “sempre”, são os que apresentam menor percentagem de adesão. A um nível de significância de 5%, conclui-se que a adesão ao regime terapêutico está significativamente associada à necessidade de orientação na preparação da medicação. No trabalho de Marcos (2014), foi utilizado um teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, concluindo que todos os grupos apresentam, entre si, diferenças estatisticamente significativas na adesão ao regime terapêutico. O nosso estudo vai ao encontro do que refere Imaginário (2002), afirmando que os idosos que manifestam grande necessidade de ajuda para a preparação da medicação são os que apresentam a menor adesão terapêutica

Relativamente ao facto de substituírem a medicação, verifica-se que 88.89% dos inquiridos que não o fazem, são aderentes ao regime terapêutico. A um nível de significância de 5% conclui-se que a adesão ao regime terapêutico está, neste estudo, significativamente associada ao facto do indivíduo alterar ou não a medicação, sendo os indivíduos que alteram os que apresentaram piores resultados de adesão.

No cruzamento da variável adesão ao regime terapêutico com o índice de Barthel comparam-se os valores do índice entre aderentes e não aderentes, uma vez que a maioria dos inquiridos, 87.00%, era independente pelo que as diferenças observadas entre os índices médios obtidos no índice de Barthel são, a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas. Os indivíduos não aderentes ao regime terapêutico apresentam, em média, índice de Barthel inferior aos indivíduos aderentes à terapêutica. Em concordância, atestamos que os nossos resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Marcos

Conclusões, Limitações e Sugestões

A diversidade de definições sobre o envelhecimento e os explícitos instrumentos de medida usados gerou debate e traduziu-se na inexistência de uma perspectiva integradora e consensual. A multiplicidade de perspectivas e abordagens têm vindo a ganhar relevo, notoriamente no que respeita ao envelhecimento enquanto conceito multidimensional.

A revisão do estado de arte é uma área muito vasta e rica, mas existem questões que merecem maior estudo, como a adesão ao regime terapêutico medicamentoso do idoso. Demonstra a necessidade de traçar estratégias e da criação programas direcionados para uma adesão de regime terapêutico otimizado, cuja sustentabilidade é assegurada pela participação e interação dos profissionais e sujeitos envolventes (família e/ou cuidadores), num trabalho desenvolvido em parceria, com o objetivo de promover a saúde e bem-estar do idoso e prevenir a doença.

No entanto, os estudos realizados anteriormente focaram-se em populações cingidas a idosos institucionalizados, a doentes com uma patologia específica e/ou que recebam apoio dos serviços de saúde domiciliários. Por este motivo, não foi tarefa fácil a comparação entre os estudos.

O estudo mais equiparado ao atual é o de Marcos (2014), que se propôs a avaliar a adesão terapêutica nos idosos do concelho de Macedo de Cavaleiros, que também pertence ao nordeste transmontano.

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso tem suscitado interesse junto da comunidade científica, assim como por parte dos profissionais de saúde.

Neste trabalho de investigação intitulado “Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso em Idosos no concelho de Bragança” as principais conclusões demonstram que a maioria da amostra (82.75%) é considerada aderente ao regime terapêutico medicamentoso. Relativamente ao sexo, verifica-se que é o sexo feminino que mais adere, de acordo com a idade, a faixa etária entre os 65 e 74 anos são os mais aderentes e verifica-se que a percentagem de aderentes à terapêutica diminui com o aumento da idade. Os indivíduos Casados/União de facto e Viúvos apresentam uma maior percentagem de adesão ao regime

terapêutico. O local de residência dos idosos inquiridos, meio rural/urbano, têm percentagens análogas de aderentes e não aderentes. Quanto às habilitações literárias conclui-se que os indivíduos com menor instrução apresentam menor adesão. Observa-se que os inquiridos que coabitam com o cônjuge apresentaram percentagem de maior adesão. A maioria dos idosos não usufrui de apoio domiciliário, mas é aderente à terapêutica. Existem percentagens semelhantes de aderentes à terapêutica entre os diferentes níveis de rendimento mensal aferido.

Conclui-se ainda, pela relação entre a adesão ao regime terapêutico e as características clínicas, que apesar de existir uma elevada percentagem de adesão em todas as categorias do número de doenças, a adesão ao regime terapêutico tende a diminuir em função do aumento do número de doenças. De acordo com a variável número de medicamentos diário pode-se concluir que a adesão ao regime terapêutico diminui com o aumento do número de medicamentos. De acordo com a variável necessidade de orientação na preparação da medicação realça que a grande maioria dos inquiridos nunca necessita de ajuda, mas confirmam a adesão ao regime terapêutico. No entanto, os idosos que manifestam a constante necessidade de ajuda, “sempre”, são os que apresentam menos percentagem de adesão. Pode-se concluir também que a adesão ao regime terapêutico está, neste estudo, significativamente associada ao facto de o indivíduo substituir a medicação, sendo os indivíduos que fazem substituição de terapêutica os que apresentaram piores resultados de adesão.

Por fim chegou-se à conclusão que os indivíduos não aderentes ao regime terapêutico apresentam, em média, índice de Barthel inferior aos indivíduos aderentes à terapêutica.

Através de um documento elaborado pela OMS em 2003, citado por Bugalho e Carneiro (2004), pode encontrar-se um leque de conclusões e mensagens relativas à adesão terapêutica. Essa informação pode ser também decifrada através do presente estudo como: uma não adesão ao regime terapêutico é considerado um problema mundial e de saúde pública, uma adesão ineficiente impulsiona um aumento de doenças a nível global, os indicadores de saúde são influenciados diretamente por consequência de uma má adesão, aumentando os custos e despesas de saúde. Por outro lado, aumentando a adesão por parte do doente denota um aumento na sua segurança, determinando a adesão terapêutica como

um impulsionador para os sistemas de saúde, assim, melhorando a qualidade das populações e enveredando para tratamentos específicos.

Na revisão bibliográfica de Vieira (2015) identifica diversas estratégias para a redução da Polimedicação com a finalidade de melhorar a adesão terapêutica. Para obter bons resultados verificou que é necessário que os profissionais de saúde tenham uma formação específica na área, que o idoso seja seguido por uma equipa multidisciplinar e seja feito de forma individualizada. O mesmo autor, Vieira (2015), reconhece que a avaliação do esquema terapêutico do idoso essencial para uma adequação ou redução no consumo de medicação, para uma melhor qualidade de vida e adesão terapêutica. Esta verificação prescrição da medicação deve ser periódica tendo em conta a relação entre as patologias de base dos idosos e os fármacos prescritos, com o objetivo de corrigir as quantidades e as doses dos medicamentos, assim como, as omissões terapêuticas.

Cabe essencialmente aos enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, orientar os seus doentes prestando apoio e intervindo individual e especificamente, tornando a adesão aos tratamentos num processo dinâmico, necessitando de um acompanhamento cuidadoso. Todos os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, devem procurar atualizar os conhecimentos específicos com vista à implementação de uma melhor adesão terapêutica. Alguns fatores contribuem para uma melhor adesão ao regime terapêutico, alguns desses fatores são a família, as organizações de doentes e a comunidade para que ocorra um maior sucesso. Em suma, pode-se afirmar que uma boa adesão aos tratamentos é resultado de uma abordagem multidisciplinar.

Este estudo apresenta algumas limitações inerentes ao facto de a amostragem ter sido efetuada por conveniência e não de forma probabilística.

Nesta área de investigação, o grau de maturidade compreendido, passa por delinear algumas limitações metodológicas e concetuais. A adesão ao regime terapêutico à semelhança das atitudes e comportamentos do idoso, tem vindo a ser exclusivamente explicado com base em estudos de momento, transversal. Uma das propostas para fazer face ao estudo em questão é dar continuidade ao mesmo, apostando num estudo longitudinal, para perceber se a intervenção por parte dos profissionais de saúde está a produzir efeitos. Nesse sentido, o Anexo IV apresenta um Projeto de Intervenção Comunitária para esta população-alvo, cumprindo com o que é preconizado nas alíneas:

- Estabelece, com base na Metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfica.

Referências Bibliográficas

- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C.. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Rev. Port. Saúde Pública*. 5(2): 59-66. Consultado a 16 de novembro de 2017. Disponível em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2007-2/05.pdf>
- Bandeira, M.L., Azevedo, A.B., Gomes, C.S., Tomé, L.P., Mendes, M.F., Baptista, M.I. & Moreira, M.J.. *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa. (1950-2011)*. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Consultado a 31 de outubro de 2016. Disponível em https://www.ffms.pt/upload/docs/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento-da-populac_efe8FbqdjUGZx3LduUIzgg.pdf
- Barros de Oliveira, J.H. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. 2ª Edição. Porto. Livpsic. ISBN: 972-8082-67-3. Consultado a 21 de novembro de 2017.
- Berger, B., Pargnan, D. & Weinberg, R. (2002). *Foundations of exercise psychology*. 2nd ed.. USA: Fitness Information Technology, Inc.. ISBN: 1885693346
- Berger, L. & Mailloux-Poireier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidactica.
- Birren, K.W. & Schrrots, J.F. (1995). History, concepts and theory in the psychology of aging.
- Bleger, J. (1989). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artmed Editora. ISBN: 9788573075090
- Brandalize, A., Almeida, P., Machado, J., Endrigo, R., Chodur & Israel (2011). Efeitos de diferentes programas de exercícios físicos na marcha de idosos saudáveis: uma revisão. *Fisioter Mov*. 24(3), 549-556. Consultado a 30 de setembro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n3/19.pdf>

- Bugalho, A. & Carneiro, A.V.. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa. *Centro de Estudos de Medicina baseada na Evidência*. Consultado a 15 de setembro de 2017. Disponível em <http://cembe.org/avc/docs/NOC%20deAdes%C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>
- Catela, A.I. & Amendoeira, J.. (2010). Viver a Adesão ao Regime Terapêutico Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem* Vol. 14, N.º 2, 2º Semestre de 2010. Consultado a 6 de setembro de 2017. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_2_39-54(1).pdf)
- Chodzko-Zajko, W. (1998). *Physiology of aging and exercise*. Cotton, R. T. Exercise for older adults: ace's guide for fitness professionals. Champaign: Human Kinetics
- Delgado, A.D. & Lima, M.L.. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2,(2), 81-100. Consultado a 2 março de 2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006
- Ermida, J. G.. (1995). *Avaliação Geriátrica Compreensiva*. Sociedade Portuguesa de Gerontologia e Geriatria. Temas Geriátricos. Tomo I. Lisboa, Roche Farmacêutica Química. Pp. 43-52.
- Figueiredo, D., Guerra, S. & Sousa, L.. (s.d.). *Quando começamos a envelhecer*. Artigo Universidade de Aveiro. Consultado a 30 de setembro de 2017. Consultado em http://redesocialzemeis.moa.pt/fotos/Image/217/KdZUHYmZartigo_quando_comecamos_a_envelhecer2.pdf
- Filho, E. T. & Alencar, Y.M. (1998). *Teorias do envelhecimento*. Geriatria, clínica e terapêutica. São Paulo: Editora Atheneu.
- Fonseca, A. M. (2004). *O envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- Fortin, M.F. (2000). *O Processo de Investigação – Da Investigação à realização*. Loures. Lusociência.
- Fortin, M.F.. (2003). *O processo de Investigação: Da conceção à realização*. (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Henriques, M.A. (2007). Adesão ao regime medicamentoso em idoso. *Revisão sistemática – Comunicação apresentada no III Congresso em Saúde e Qualidade de Vida*. Porto.
http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros
- Imaginário, C.M.I. (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. 2ª Edição. Coimbra. Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2014). *População residente segundo o nível de escolaridade atingido e sexo e taxa de analfabetismo*. Consultado a 20 de novembro de 2017.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2015). *Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Consultado a 15 de setembro de 2017. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2016). *Estatísticas Demográficas 2015*. ISSN: 0377-2284. Consultado a 1 de novembro de 2016. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=275533085&PUBLICACOESmodo=2
- Lutter, J.M., Jaffee, L., Lee, V., Benyus, J., Jones, C., Johnson, V. N., Zurek, L. (1990). *The Bodywise Woman*. The Melpomene Institute for Woman's Health Research. USA: Human Kinetics Publishers.

- Machado, M.M.P.. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde. Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Consultado a 28 de agosto de 2017. Disponível em <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>
- Magalhães, C.P.. (2008). *Esteriotipos sobre las personas mayores en estudiantes de enseñanza superior, en el distrito de Bragança. (Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior, no distrito de Bragança)*. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. Departamento de Psicología y Antropología. Badajoz.
- Marcos, A. A.. (2014). *Adesão Terapêutica nos Idosos do Concelho de Macedo de Cavaleiros*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança). Consultado a 20 de outubro de 2016. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9916/1/AI%C3%ADpio%20Augusto%20Marcos.pdf>
- Mennocchi, L.M. (2009). *Representações Sociais de Professores e Alunos sobre o Envelhecimento Humano e Educação em um programa de Universidade Aberta à Terceira Idade*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem. Universidade Estadual Paulista: Bauru.
- Ministério da Saúde. (2006). *Cadernos de Atenção Básica n.º 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília. Consultado a 11 de setembro de 2017. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez - Modelos de Disminución y de Crecimiento. *Anales de psicología*, 14(1), 13-25.
- 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 ao Regime Terapêutico dos Utentes seguidos na consulta externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. Vol. 7. Consultado a 5 de outubro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n7/n7a07.pdf>
- Netto, M. P.. (1999). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento m Visão Globalizada*. São Paulo. Editora Atheneu.
- Oliveira, C., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais A. & Verissimo, M.. (2010). *Estudo do perfil de envelhecimento da população portuguesa*. Faculdade Medicina Universidade de Coimbra. Consultado a 20 de Agosto de 2017. Disponível em <http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/992/1/ACS%20EPEPP%20LIVRO.pdf>
- Oliveira, E.F.T. & Grácio, M.C.C.. (2005). Análise a respeito do tamanho de amostras aleatórias. *DataGramZero - Revista de Ciências de Informação*, v.6, n.3, jun/05. Pp. 1-5. Disponível em http://www.brapci.ufpr.br/brapci/_repositorio/2010/08/pdf_e12cd1e212_0011612.pdf
- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). “Adesão à Terapêutica; somos todos responsáveis”. *Enfermagem o Cidadão*. p.11. Consultado a 12 de dezembro de 2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/centro/informacao/JornalCRC/JEC46vf/files/assets/common/downloads/page0011.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2002). *Active aging: a policy framework*. Consultado a 2 de janeiro de 2018. Disponível em <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>
- Organização Mundial de Saúde [OMS]. (2015). *Resumo – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Consultado a 30 de outubro de 2016. Disponível em <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud (2003). Guía clínica para atención primaria a las personas mayores. Washington. Consultado a 2 de outubro de 2017. Disponível em <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf>
- Pais Ribeiro, J. L.. (1994). A importância da Qualidade de vida para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*. 2/3 (XII), pp.179-191.
- Pais Ribeiro, J.L.. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 2ª Edição. Lisboa. Placebo Editora. ISBN: 978-989-8463-01-2.
- Prado, S.D. & Sayd, J.D. (2006). A Gerontologia como campo do conhecimento científico: conceito, interesses e projeto político. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (2), 491-501.
- Ribeirinho, C.M.C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais ao Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa: Lisboa
- Ribeiro, A.P.F. (2007). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde: Aveiro.
- Rodrigues, M. B. & Prates, B.J.. (2011). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa de Intervenção para a Adesão ao Regime Medicamentoso*. Consultado a 1 de junho de 2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha.pdf
- Santos, D.I.F.A. (2008) *As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente Um Estudo no Concelho da Lourinhã*. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.
- Santos, S.S.C.. (2010). Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Nov-Dez; 63(3): 1035-9. Consultada a 31 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/25.pdf>

- Silva, M.A.B.C.C.. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. Dissertação de Mestrado em Educação Social. Instituto Politécnico de Bragança. Consultada a 29 de outubro de 2016. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>
- Silva, M.E.V (2006). “*Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!*” *Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade Aberta: Lisboa
- Silva, P., Luís, S. & Biscaia, A.. (2004). Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 20. 323-326. Consultado a 27 de agosto de 2017. Disponível em <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/10041/9778>.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família*. Os Cuidados Familiares na Velhice. Porto: Ambar.
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A. & Braz, L.. (2011). Polimedicação em Doentes Idosos: Adesão à Terapêutica. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 27: 176-82. Consultado a 29 de outubro. Disponível em <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10838/10574>
- Spar, J.E. & La Rue, A.. (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Squire, A.. (2005). *Saúde e Bem-estar para as pessoas idosas, fundamentos básicos para a prática*. Loures. Lusociência.
- Vaz Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget
- Vieira, P.A.F.. (2015). *Polimedicação no idoso*. (Dissertação de Mestrado Integrado de Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.). Consultada a 26 de março de 2017. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30681/1/Polimedica%C3%A7%C3%A3o%20no%20idoso%20-%20Tese%20Pedro%20Vieira%20FMUC%202015.pdf>

World Health Organizatio [WHO]. (2012). *Guia para o Dia Mundial da Saúde 2012*. Consultado a 31 de outubro de 2016. Disponível em <http://www.afro.who.int/pt/angola/press-materials/item/4452-guia-para-o-dia-mundial-da-sa%C3%BAde-7-de-abril-de-2012.html>

Anexos

Anexo I – Formulário “Adesão Terapêutica nos Idosos”

FORMULÁRIO

No âmbito da investigação em curso intitulada “**Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso em Idosos do Concelho de Bragança**”, integrada no Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, solicitamos o preenchimento do presente instrumento de colheita.

Este formulário tem um carácter anónimo, toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial e será utilizada com o único propósito do estudo.

A sua colaboração no preenchimento deste formulário é fundamental para a concretização desta investigação, solicitando assim que responda com a maior veracidade e sinceridade a todas questões.

A sua participação é voluntária, tem total liberdade para recusar o preenchimento, ou durante o seu preenchimento interromper e declinar a sua participação, assim como, o livre acesso aos resultados do estudo, solicitando-o.

A mestranda / a investigadora,

Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha

PARTE I – Caracterização Sociodemográfica e Clínica

- 1 – Idade: _____ anos
- 2 – Sexo: (1) Feminino
(2) Masculino
- 3 – Estado Civil: (1) Solteiro(a)
(2) Casado(a) / União de Facto
(3) Divorciado(a) / Separado(a)
(4) Viúvo(a)
- 4 – Residência: (1) Meio Rural
(2) Meio Urbano
- 5 – Localidade: _____

- 6 – Habilitações literárias:** (1) Não sabe ler, nem escrever
- (2) 1º Ciclo
- (3) 2º Ciclo
- (4) 3º Ciclo
- (5) Ensino Secundário
- (6) Curso técnico / profissional
- Ensino Superior: (7) Bacharelato
- (8) Licenciatura
- (9) Mestrado
- (10) Doutoramento

- 7 – Com quem vive:** (1) Cônjuge
- (2) Familiar
- (3) Sozinho
- (4) Outro Qual? _____

- 8 – Possui algum tipo de apoio domiciliário?** (1) Sim
- (2) Não

- 8.1 – Se sim, qual?** (1) Santa Casa da Misericórdia
- (2) Centro de Saúde
- (3) Instituição de Apoio a Idosos
- (4) Familiar
- (5) Amigo ou Vizinho

- 9 – Qual o seu rendimento mensal?**
- (1) ≤ 350 €
- (2) 351 € - 550 €
- (3) 551 € - 1000 €
- (4) 1001€ - 1500 €
- (5) > 1501 €

10 - Relativamente à sua medicação, é utilizada para o tratamento de:

- (1) Hipertensão Arterial
- (2) Diabetes
- (3) Dislipidemia
- (4) Doença Oncológica
- (5) Doença Renal
- (6) Doença Hepática
- (7) Problemas Respiratórios
- (8) Alcoolismo
- (9) Patologias Cardiovasculares
- (10) Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- (11) Problemas Emocionais
- (12) Depressão
- (13) Anorexia / Bulimia
- (14) Outra Qual? _____

10 – Qual o número de medicamentos diários? _____

- 11 –** Necessita de orientação na preparação da medicação? (1) Nunca
- (2) Às vezes
- (3) Sempre

12 – Quando tem dúvidas em relação ao medicamento ou dose a tomar recorre a:

- (1) Familiar
- (2) Vizinho
- (3) Unidade de Saúde
- (4) Profissionais de Saúde
- (5) Outros

13 – Costuma substituir a medicação por terapêuticas não farmacológicas, como alternativa?

- (1) Sim
- (2) Não

13.1 – Se sim, qual?

- (1) Chás caseiros
- (2) Produtos naturais (Ervanária)
- (3) Terapias alternativas
(Acupuntura, Reflexologia, Osteopatia, Reiki)

PARTE II – AVALIAÇÃO DA MEDIDA DE ADESÃO AOS TRATAMENTOS (MAT)

14 – Alguma vez se esqueceu de tomar a medicação para a sua doença?

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Com frequência
- (4) Por vezes
- (5) Raramente
- (6) Nunca

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

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Com frequência
- (4) Por vezes
- (5) Raramente
- (6) Nunca

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

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Com frequência
- (4) Por vezes
- (5) Raramente
- (6) Nunca

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

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Com frequência
- (4) Por vezes
- (5) Raramente
- (6) Nunca

18 – Alguma vez tomou um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Com frequência
- (4) Por vezes
- (5) Raramente
- (6) Nunca

19 – Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Com frequência
- (4) Por vezes
- (5) Raramente
- (6) Nunca

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

- (1) Sempre
- (2) Quase sempre
- (3) Com frequência
- (4) Por vezes
- (5) Raramente
- (6) Nunca

PARTE III – ÍNDICE DE BARTHEL - ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)

1 – ALIMENTAÇÃO	PONTOS
Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
Necessita de ajuda (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
Dependente	0
2 – VESTIR	
Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
Dependente	0
3 – BANHO	
Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
Dependente	0
4 – HIGIENE CORPORAL	
Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba.)	5
Dependente	0
5 – USO DA CASA DE BANHO	
Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho.)	10
Necessita de ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa.)	5
Dependente	0
6 – CONTROLO INTESTINAL	
Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho.)	10
Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres.)	5
Incontinente fecal	0
7 – CONTROLO VESICAL	
Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor fá-lo sozinho.)	10
Incontinente ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para o uso de sonda ou coletor.)	5
Incontinente ou algaliado	0
8 – SUBIR ESCADAS	
Independente (Sobe e desce as escadas. Pode usar um instrumento de apoio.)	10
Necessita de ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir ou descer escadas.)	5
Dependente	0
9 –TRANSFERÊNCIA CADEIRA – CAMA	
Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho.)	15
Necessita de ajuda mínima (Ajuda mínima e supervisão.)	10
Necessita de grande ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência.)	5
Dependente	0
10 – DEAMBULAÇÃO	
Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas.)	15
Necessita de ajuda (Caminha 50 metros, com ajuda ou supervisão.)	10
Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros.)	5
Dependente	0

OBRIGADA PELA SUA PARTICIPAÇÃO!

Anexo II – Pedido e autorização para a utilização da escala MAT

Fwd: Solicitação de autorização para aplicação de instrumento de dados

Caixa de entrada x



Carlos Magalhães <cmagalhaes@ipb.pt>

16/0

1

para mim

Com os melhores cumprimentos
Carlos Magalhães

Início da mensagem reencaminhada:

De: Luísa Lima <luisa.lima@iscte.pt>

Data: 16 de janeiro de 2017, 18:37:52 WET

Para: Carlos Pires <cmagalhaes@ipb.pt>

Assunto: Re: Solicitação de autorização para aplicação de instrumento de dados

Caro Carlos Pires,

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.

No dia 16 de janeiro de 2017 às 10:27, Carlos Pires <cmagalhaes@ipb.pt> escreveu:
Exma. Professora Doutora Luísa Lima

Saudações Cordiais

Somos docentes da Escola Superior de saúde do Instituto Politécnico de Bragança, neste momento encontramos-nos a orientar teses de mestrado no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Duas alunas deste mestrado pretendem utilizar a escala MAT brilhantemente adaptada e validada para a população portuguesa por V.Ex^a. Um dos trabalhos será desenvolvido pela estudante Fernanda Paradinha para o Concelho de Bragança. O segundo trabalho será desenvolvido pela estudante Catarina Pilão no Concelho Miranda do Douro. Neste sentido, solicitamos autorização para a utilização da referida escala.

Com os melhores cumprimentos
Carlos Magalhães
Adília Fernandes

Anexo III – Formulário para a submissão de pedidos de apreciação à Comissão de Ética relativos a estudos de investigação

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC)**

Formulário para Submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética Relativos a Estudos de Investigação

Todos os campos abaixo **devem ser preenchidos eletronicamente**. Se porventura o item não se adequar ao estudo em causa, escreva "não se aplica". Pode remeter para anexo nos itens em que tal seja pertinente.

Título do Projeto: ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO EM IDOSOS NO
CONCELHO DE BRAGANÇA

Identificação do(s) Proponente(s)

Nome(s): Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha

Filiação Institucional: Mestranda em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Saúde de Bragança

Anexar resumo do *Curriculum Vitae* (máximo 1 página A4) – *Curriculum Vitae* anexado na página 37

Investigador responsável/orientador: Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Justificação:

O concelho de Bragança apresenta uma população envelhecida, com níveis de instrução relativamente baixos e com baixo poder de compra, que se poderá refletir na adesão ao regime terapêutico.

Objetivos do Estudo:

- Avaliar e analisar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos idosos do concelho de Bragança;
- Identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão ao regime terapêutico;
- Identificar a relação da adesão ao regime terapêutico com o grau de dependência;
- Propor um projeto de intervenção comunitária com o intuito de melhorar a adesão terapêutica dos idosos do concelho de Bragança.

Data prevista de início dos trabalhos: **Data prevista de fim dos trabalhos:** maio 2017

Data prevista de início da colheita de dados: abril 2017

Data prevista de fim da colheita de dados: 31 maio 2017

Metodologia

Tipo de Estudo:

Tendo em consideração os objetivos definidos desenhou-se um estudo observacional, descritivo e correlacional e transversal de abordagem quantitativa, permitindo fazer o reconhecimento através da descrição das características de um fenómeno ou de uma população, num período pré-definido e limitado.

População e Amostra/Informantes:

A população que consideramos no âmbito deste projeto é constituída por todas as pessoas com idade superior a 65 anos a residir no concelho de Bragança.

Para seleccionar a amostra a investigar optou-se por um processo de amostragem não probabilística seleccionando-a acidentalmente tendo em consideração a disponibilidade, rapidez e o menor custo na colheita de dados

A população em estudo é constituída por 8205 idosos, a amostra será constituída por 382 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, a realizar tratamento farmacológico, a residir no concelho de Bragança.

Para o cálculo da amostra recorreu-se à fórmula definida por Oliveira e Gracio (2005).

Crítérios de Inclusão/Exclusão:

Os critérios de inclusão são:

- Pessoas com idade superior a 65 anos;
- Pessoas a realizar tratamento farmacológico;
- Pessoas que aceitem voluntariamente participar no estudo.

Os critérios de exclusão são:

- Pessoas que não apresentem orientação auto e alopsíquica;

Locais onde Decorre a Investigação:

A recolha de dado será obtida:

- Porta a porta;
- No final da eucaristia com a colaboração do pároco da freguesia;
- Nos jardins das freguesias;
- Nas feiras.

Termo de Responsabilidade

Eu, abaixo assinado, na qualidade de investigador responsável, declaro por minha honra que as informações prestadas são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação.

Data:

O(s) Proponente(s):

Felicidade Maria Rodrigues Afonso Parodiolo
(Assinatura manuscrita)



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E CIÊNCIAS

Anexo IV - Autorização da Comissão de Ética da Unidade Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem (UICISA: E)**
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC)**

Parecer Nº P409-04/2017

Título do Projecto: Adesão ao regime terapêutico medicamentoso em idosos no Concelho de Bragança

Identificação do Proponente

Nome(s): Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha

Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde de Bragança

Investigador Responsável/Orientador: Manuel Alberto Morais Brás, Carlos Pires Magalhães

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projecto tem como objectivos: a) avaliar e analisar a adesão ao regime medicamentoso dos idosos do Concelho de Bragança; b) identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com adesão ao regime terapêutico; c) identificar a adesão ao regime terapêutico com o grau de dependência; d) propor um projecto de intervenção comunitária com o intuito de melhorar a adesão terapêutica dos idosos do Concelho de Bragança.

Segundo os autores trata-se de um estudo observacional, descritivo, correlacional e transversal de abordagem quantitativa, em que a amostra será constituída por 382 pessoas com idade superior a 65 anos a residir no Concelho de Bragança e a realizar tratamento farmacológico, recrutadas através de uma amostragem não probabilística, seleccionando-a acidentalmente tendo em consideração a disponibilidade, rapidez e menor custo da colheita de dados.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. Existe garantia de confidencialidade. São apresentados o consentimento informado e os instrumentos de colheita de dados.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável. Contudo, o presente parecer não dispensa a alteração dos meses de colheita de dados.

O relator: Maria Filomena Botelho

Data: 17.5.2017 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Filomena Botelho



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ENFERMAGEM



ESCOLA SUPERIOR DE
SAÚDE DE COIMBRA

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

Anexo V - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação na
investigação



CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha, mestranda em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, venho por este meio solicitar a V.^a Excelência que contribua com a sua participação no trabalho de investigação que estou a desenvolver.

O trabalho de investigação em curso é intitulado “**Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso em Idosos do Concelho de Bragança**” e tem como objetivos avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso, identificar a relação das variáveis demográficas e clínicas com a adesão terapêutica e, por último, identificar a relação da adesão ao regime terapêutico com o grau de dependência.

Este formulário tem um caráter anónimo, toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial e será utilizada com o único propósito do estudo.

A sua colaboração no preenchimento deste formulário é fundamental para a concretização desta investigação, solicitando assim que responda com a maior veracidade e sinceridade a todas questões.

A sua participação é voluntária, tem total liberdade para recusar o preenchimento, ou durante o seu preenchimento interromper e declinar a sua participação, assim como, o livre acesso aos resultados do estudo, solicitando-o.

Depois de totalmente esclarecido, declaro que aceito participar nesta investigação.

Nome/Assinatura: _____

Data: _____

Anexo VI – Projeto de Intervenção Comunitária

PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Promoção da Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso nos Idosos
do Concelho de Bragança

Facilitar **A**utonomia e **B**em-estar do **I**doso

FABI



1. Âmbito

Nas últimas décadas tem-se assistido a grandes progressos científicos, que permitiram prolongar a esperança média de vida da população. No entanto, mais longevidade nem sempre significa melhor qualidade de vida, verificando-se frequentemente situações de muita fragilidade, tristeza e solidão entre os idosos. Estas situações resultam frequentemente da estrutura da sociedade atual, onde o respeito e inclusão social são ténues.

Posto isto, é fundamental criar condições que fomentem a autonomia e independência das pessoas idosas. Com este projeto de intervenção comunitária, pretende-se, face aos resultados obtidos que emanam da operacionalização da competência: estabelece, com base na Metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade (Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso). Promover a Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso nesta população através das competências que nos sugerem a contribuição para o processo de capacitação de grupos e comunidades. Integrandos e /ou a coordenando Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde. E voltando como sugiro em jeito de conclusão, a realizar nova vigilância epidemiológica sobre a temática neste contexto geográfico.

Pretendemos desta forma intervir com vista à resolução ou minimização dos problemas ora identificados, promovendo um envelhecimento ativo, dotando a população idosa de conhecimento e ferramentas necessárias e indispensáveis, para que elas próprias possam participar ativamente em todas as tarefas do seu dia-a-dia.

2. Enquadramento

A problemática do envelhecimento, que ninguém já questiona como uma tendência global do século XXI, é uma realidade que nos obriga a otimizar recursos e atuar, ao nível da promoção da saúde e da prevenção da doença.

A OMS em 2003 identificou a não adesão a terapêuticas a longo prazo, com um “problema mundial de magnitude impressionante”. As consequências da não adesão ao regime terapêutico medicamentoso podem constatar-se através do aumento da morbilidade e da mortalidade, redução da qualidade de vida e a insatisfação dos utentes (OE, 2008).

Uma das grandes preocupações do Sistema de Saúde, na atualidade, consiste na adesão terapêutica, uma vez que a insuficiente adesão aos regimes terapêuticos representa uma das principais causas do insucesso aos tratamentos, o que provoca recorrência de sintomas e recaídas, aumento do período de tratamento, da morbilidade e mortalidade e consequentemente de custos financeiros (Delgado & Lima,2001)

É consensual a extrema importância que os cuidados de saúde primários detêm por todo o mundo: qualquer país que oriente o seu sistema de saúde para uma boa rede de cuidados de saúde primários obtém, certamente, melhores resultados de saúde para as suas populações, a custos mais baixos e com maior equidade.

A promoção de um envelhecimento ativo diz respeito a todos. No entanto, talvez por ser um profissional de proximidade, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, tem demonstrado ser o profissional com mais aptidão para estabelecer uma interação mais benéfica junto dos utentes, famílias e comunidades.

Os cuidados de saúde primários "...são o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde tão próximo quanto possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham." (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008, p.1).

2.1. Resultados do diagnóstico

O principal objetivo deste estudo foi de avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso nos idosos do concelho de Bragança.

O diagnóstico realizado a partir de uma amostra de 400 indivíduos com idades igual ou superior a 65 anos do concelho de Bragança, tendo-se considerado como critérios de inclusão (1) pessoas com idade superior a 65 anos (2) pessoas a realizar tratamento farmacológico (3) pessoas que aceitem voluntariamente participar no estudo.

Os participantes podem ser caracterizados da seguinte forma: a maioria 57.75% (231) do sexo feminino, 50.25% (201) com média de idade de 75.33 anos a partir de mínimo de 65 e máximo de 98 anos; casados ou em união de factos 62.75% (251); residia no meio rural

64.75% (259); vive com o cônjuge 61.50% (246); a maioria 73.25 (293) não recebia apoio domiciliário, rendimento mensal 37.75% era de 351 a 550 €.

- 72.00% dos indivíduos tinha HTA
- 44.00% dos indivíduos tinha uma a duas doenças
- 52.75% dos indivíduos tomavam até 4 medicamentos
- 58.25% destes indivíduos afirmaram nunca necessitar de orientação na preparação da medicação
- 49.25% dos indivíduos recorre a familiares quando tem dúvidas e 40,25% recorrem a profissionais de saúde
- 81.00% dos indivíduos não tem por hábito substituir a medicação
- 61.82% dos indivíduos que substituiu a medicação recorre a chás caseiros
- 37.75% dos indivíduos raramente se esquece de tomar a medicação e 29.75% nunca se esquece de o fazer, o que revela pouca frequência no esquecimento na toma de medicação
- Quanto ao descuido das horas da toma da medicação, verifica-se que as respostas dos inquiridos estão mais concentradas nas opções raramente e nunca
- 58.50% dos inquiridos afirma nunca deixar a medicação por se sentir melhor
- 59.00% dos indivíduos nunca deixaram a medicação por se sentirem pior
- 63.00% dos indivíduos não toma mais medicamentos por se sentir pior
- 56.00% dos indivíduos nunca interrompeu o tratamento por término de medicação
- 65.75% indivíduos afirma que só interrompe o tratamento por ordem médica

Considerando os resultados do estudo, as variáveis que mais impacto tem na ARTM são, as habilitações literárias dos inquiridos e aqueles que recebem apoio, sendo que as pessoas mais velhas revelam menor ARTM.

3. Integração

Este projeto de intervenção comunitária, é transversal a todas as pessoas com dificuldade na preparação e toma de medicação, com especial enfoque nos idosos. Deve articular-se com outros programas nacionais que integram o Plano Nacional de Saúde, tal como o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [PNSPI] (DGS, 2006). O PNSPI foi elaborado

com o objetivo de “obter ganhos em anos de vida com independência”, pretendendo “...contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento ativo” e assenta em três pilares fundamentais: (1) promoção de um envelhecimento ativo; (2) promover uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas do idoso e (3) promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia do idoso (DGS, 2006).

Durante a pesquisa bibliográfica foram identificados vários trabalhos sobre adesão ao regime terapêutico medicamentoso, como é o caso do trabalho de Marcos em 2014 intitulado - *Adesão Terapêutica nos Idosos do Concelho de Macedo de Cavaleiro*; outro estudo foi realizado por Monterroso em 2012 com o título de *Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de psiquiatria do centro hospitalar barlavento algarvio*; ainda outro trabalho foi efetuado em 2009 e foi estudada a *Adesão ao Regime Terapêutico Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*.

4. Organização e parcerias

Gestor /coordenador do projeto: Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha

Cliente/ utilizador: Idosos e indivíduos com dificuldade na preparação e toma de medicação

Intervenientes no Projeto:

- idosos
- responsável do projeto: Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha

Parcerias:

- Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança com especial apoio do Professor Doutor Carlos Pires Magalhães e Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás
- Engenheiro informático
- ULSNE – Centros de Saúde de Bragança

- Câmara Municipal de Bragança
- Centros de Dia
- Juntas de Freguesia do concelho de Bragança

Sujeitos de Ação: indivíduos com dificuldade na preparação e administração de terapêutica

Níveis de Intervenção: prevenção primária, terciária e quaternária

Caráter das ações: dirigidas aos idosos do concelho de Bragança, familiares e responsáveis dos centros de dias

5. Período de Intervenção:

Início: janeiro de 2018

Fim: janeiro de 2021

6. Plano de ação

Pretende-se criar uma alternativa que permita diminuir as dificuldades manifestadas na preparação e administração da população. A prática mais comum faz uso de caixas com várias divisões, correspondentes aos vários dias da semana e a períodos do dia. Este sistema, apesar de prático, implica uma terceira pessoa que disponha a medicação de forma correta nas várias divisões.

O plano de ação aqui proposto visa eliminar a necessidade dessa terceira pessoa, de modo a conferir mais independência e autonomia à pessoa medicada.

6.1. Criação do software

Com o auxílio de profissionais competentes, propõe-se a criação de um *software* que será de uso transversal em todas as unidades de saúde. Será um *software* de interação fácil, onde o profissional de saúde deverá especificar informação sobre a medicação (conforme a figura

1). Sempre que for adicionado um novo medicamento, deverão ser corretamente preenchidos campos referentes à dosagem, frequência/hora de toma, duração do tratamento, entre outros aspetos pertinentes.

Nome do medicamento:

Dosagem: ¼ comprimido
 ½ comprimido
 1 comprimido
 2 comprimidos
 Outro – especificar:

Hora da toma: 1 vez por dia
 Pequeno-almoço
 Almoço
 Jantar
 2 vezes por dia
 Pequeno-almoço
 Almoço
 Jantar
 3 vezes por dia

Repetir até: (inserir data)

Figura 1 – Especificações sobre a prescrição médica

Esta informação é depois compilada numa tabela, de forma a servir dois objetivos: (1) permitir a sua impressão para que uma cópia seja fornecida ao paciente de modo a permitir uma consulta rápida e acessível; (2) ser transmitida para um *smartwatch*.

6.2. Funcionalidade do *smartwatch*

O design do *smartwatch* seria ligeiramente modificado e adaptado para o público-alvo. Sugerem-se alterações no tamanho do visor e na interface.

A informação incluída na tabela acima descrita é transferida e sincronizada com o dispositivo. Propõe-se que a informação contida no *smartwatch* seja atualizada em cada consulta, para garantir a sua máxima eficiência.

Este dispositivo funcionará como apoio na preparação e toma da medicação: sempre que o indivíduo tenha que tomar alguma medicação soará um alarme, para garantir que não ocorrem esquecimentos. Juntamente com o alarme, surge no ecrã a informação necessária à toma correta, tais como dosagem e outra informação pertinente. Mais ainda, propõe-se que o

dispositivo esteja dotado de um botão que, quando pressionado, dará as instruções necessárias em alta voz. Idealmente, a informação disposta no ecrã terá apoio visual, *i.e.* imagem da respetiva caixa do medicamento.

Por conveniência, poderá também ser integrado o sistema de alerta já existente, que quando o botão é acionado alerta de imediato os meios de emergência apropriados.

Para a implementação do dispositivo serão agendadas sessões para instrução prévia do funcionamento do *smartwatch* e durante o período de teste do equipamento haverá uma equipa responsável por prestar apoio direto.

7. Avaliação

A avaliação será realizada pela entidade gestora do projeto e pelo coordenador do mesmo, tendo como base indicadores de **Estrutura, Processo e Resultado**.

Indicadores de Estrutura (Indicam as características dos contextos em que ocorrem as atividades)

Disponibilidade de:

Recursos Humanos	Recursos Materiais
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipa do projeto ▪ Idosos ▪ Parceiros do projeto 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalações ▪ Equipamentos ▪ Mobiliário ▪ Computador portátil ▪ Vídeo projetor ▪ Tela de projeção

Indicadores de Processo (Refere-se ao que é realmente feito durante o planeamento e implementação de cada atividade) - A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo.

Indicadores de processo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempo para planeamento de cada atividade ▪ Tempo para realização de cada atividade ▪ Avaliação de cada atividade ▪ Percentagem de ações desenvolvidas ▪ Índice de participação da população-alvo nas ações

Indicadores de resultado: A avaliar em 2021 através da realização de um estudo de investigação com características semelhantes ao realizado para este trabalho. Prevê-se que em 2021 os valores alcancem valores mais baixo e por sua vez mais satisfatórios, favorecendo a adesão terapêutica.

Indicadores de resultado	Diagnóstico 2017	Janeiro 2021
Prevalência ARTM	82.75%	90.0%
% de idosos que necessita de ajuda na preparação da medicação	41.75%	20.0%
% de idosos que por vezes se esquece de tomar medicação	22.0%	10.0%
% de idosos descuidados, por vezes, na hora da toma	22.0%	10.0%

Indicadores de desempenho: A avaliar ao longo do projeto, para controlo da evolução do mesmo. Será avaliado o cumprimento das atividades previstas e a participação da população alvo convidada para explicação do funcionamento do *smartwatch*.

Indicadores de desempenho
<ul style="list-style-type: none">▪ Percentagem de ações desenvolvidas▪ Índice de participação da população-alvo nas atividades▪ Avaliação das ações (apreciação global da intervenção, objetivos conteúdos, atividades, participação, recursos e desenvolvimento das ações/programa)

Referências Bibliográficas

- Concelho Internacional de Enfermeiros. (2008). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários*. Consultado a 5 de junho de 2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2008.pdf
- Delgado, A.D. & Lima, M.L.. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 2,(2), 81-100. Consultado a 2 março de 2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006
- Direcção-Geral da Saúde [DGS]. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Consultado a 15 de junho de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>
- Gonçalves, I. M.S.. (2014). *Promoção da saúde nos idosos intervenção num centro comunitário*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Consultado a 26 de junho de 2017. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/16244>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Consultado a 9 de maio de 2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotratoamento.pdf

Anexo V - Relatório de atividades desenvolvidas em contexto de estágio



Relatório das Atividades Desenvolvidas
Estágio II

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

Mestranda: Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha

Orientadores:

Professor Doutor Manuel Alberto Morais Brás

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Bragança, julho de 2017



Relatório das Atividades Desenvolvidas

Estágio II

Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

“Trabalho realizado pela mestranda Fernanda Maria Rodrigues Afonso Paradinha, no âmbito da unidade curricular – Relatório de Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança”

Bragança, julho de 2017

Lista de Acrónimos e Siglas

CLAS – Conselhos Locais de Ação Social

CPCJ – Comissão de Proteção a Crianças e Jovens

CRI – Centro de Respostas Integradas

CS – Centro de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESS – Escola Superior de Saúde

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana, do inglês *Human Immunodeficiency Virus*

IPB – Instituto Politécnico de Bragança

IPDJ – Instituto Português do Desporto de da Juventude

RSI – Rendimento Social de Inserção

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USP – Unidade de Saúde Pública

Índice

Introdução	111
1. Âmbito da Enfermagem Comunitária	113
1.1. Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados	115
1.2. Unidade de Cuidados na Comunidade	116
1.3. Unidade de Saúde Pública	117
2. Descrição/Análise Crítico-reflexiva das Atividades Desenvolvidas	119
2.1. Estágio de primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária	119
2.2. Estágio de segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária	121
3. Notas Finais e Reflexão Crítica	129
Referências Bibliográficas	133

Introdução

No âmbito da unidade curricular - Estágio II, lecionada no Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança elaborou-se este Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em Enfermagem Comunitária.

A Ordem dos Enfermeiros considera a Enfermagem Comunitária fundamental na prestação de cuidados de saúde ao indivíduo, ao longo de todo o seu ciclo vital, o que exige a “(...) formação de peritos de elevada competência humana, técnica, científica e relacional, nesta área da especialidade.” (Guia Orientador e Avaliação de Estágio, 2015/2016, p. 2).

O estágio I decorreu nos Centros de Saúde de Bragança, com uma carga horária total de 160 horas, no período de 7 de março a 8 de julho de 2016. O estágio II decorreu nas seguintes Unidades: Unidade de Saúde Pública - Centro de Saúde da Sé (20 horas); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - Centro de Saúde de Santa Maria (60 horas) e Unidade de Cuidados na Comunidade - Centro de Saúde de Santa Maria (80 horas). Este estágio decorreu entre o dia 23 de setembro de 2016 e o dia 10 de fevereiro de 2017, concretizado na Unidade de Saúde Pública.

O objetivo principal dos Estágios é proporcionar a oportunidade de aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEEC-SP), através do desenvolvimento e envolvimento num conjunto de atividades de cariz comunitário.

A realização deste Relatório de Estágio tem como objetivos:

- Descrever as experiências vivenciadas e competências adquiridas ao longo dos estágios.
- Refletir sobre as atividades realizadas.

A estrutura deste relatório é composta da seguinte forma:

- Numa primeira parte faz-se uma breve reflexão sobre o âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e das Unidades de Cuidados na Comunidade e de Saúde Pública.
- Na segunda parte faz-se uma Descrição/Análise Crítico-reflexiva das Atividades Desenvolvidas durante o estágio.
- Numa terceira parte que denominei como Notas Finais, faz-se um apanhado de todo o percurso.
- Para concluir, uma breve reflexão sobre a aquisição de competências e as experiências vivenciadas em estágio.

1. Âmbito da Enfermagem Comunitária

As exigências mundiais, em matéria de saúde, preconizam a promoção da qualidade da prestação dos cuidados de saúde, sendo preocupação prioritária, emanada em orientações nacionais, a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, através do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e onde os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, são os profissionais de saúde que assumem um maior destaque, como parte integrante do processo de promoção da saúde e prevenção da doença (Guia Orientador e Avaliação de Estágio, 2015/2016).

A Enfermagem Comunitária tem a sua prática centrada na população e a sua finalidade é a promoção de comunidades saudáveis, direcionando-se para todos os grupos etários, desenvolvendo-se em vários locais da comunidade e incluindo a educação para a saúde e manutenção, o diagnóstico de saúde das populações, o tratamento da doença, o restabelecimento e reintegração do indivíduo, a coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados ao indivíduo, família e comunidade (Miguel e Sá, 2010).

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária, fazem da relação que estabelecem com a pessoa que pretendem ajudar, a sua arma terapêutica, sendo uma área base do Serviço Nacional de Saúde, pois enquadra-se e contextualiza-se nos mais variados ambientes (Miguel e Sá, 2010).

Levando em consideração as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, estes estágios proporcionaram-se:

- Com base na Metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade, a que estudei;
- Com base no projeto de intervenção comunitária e diferentes intervenções (no decorrer dos estágios), contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades (nos diferentes settings “estabelecimentos prisionais”);
- Co integrar Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde (saúde escolar);

- A realização da vigilância epidemiológica no âmbito da Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso numa amostra de idosos do concelho de Bragança. (G.O.A.E, 2015/2016, pp. 6 e 7).

A Enfermagem Comunitária foca-se essencialmente na comunidade. Neste sentido o Enfermeiro Especialista deve, segundo os seus conhecimentos e sua experiência, dar resposta na resolução de problemas colocados pelos utentes da comunidade.

Diante dos problemas de saúde pública e através de uma avaliação multicausal, segundo o Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (D. R., Regulamento n.º 128/2011), estes, têm competências para a elaboração e desenvolvimento de programas de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades, à promoção da saúde coletiva e ao exercício da cidadania. Por esta ordem de ideias, existem vários possíveis contextos de atuação, assegurando o acesso a cuidados de saúde ajustados, integrados, eficazes e continuados, não desvalorizando a avaliação dos resultados obtidos segundo a interação com as comunidades e os seus recursos.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária sobressaem nas atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados, tendo a responsabilidade de identificar as necessidades e assegurar a continuidade dos cuidados (Diário da República, 2011).

No âmbito de avaliação de competências, para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Comunitária e conseqüente Título de Especialista em Enfermagem Comunitária, este relatório demonstra várias ações efetuadas que vão ao encontro dos pilares das competências pretendidas. Segundo o Regulamento n.º 128/2011, existem quatro grandes competências como:

1 – Estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

2 – Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

3 – Integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

4 – Realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Para a consolidação destas competências, o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança (IPB) preconiza a realização de um estágio com os seguintes objetivos:

1 – Elaborar um diagnóstico da Situação de Saúde de uma População/Comunidade;

2 – Intervir na comunidade (mercê do diagnóstico da situação de saúde), com base na metodologia do Planeamento em Saúde;

3 – Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

4 – Integrar as intervenções, nos Planos de Atividades das UCC e USP, com base no diagnóstico da situação de saúde.

Na cidade de Bragança existem dois Centros de Saúde (CS) que fazem parte da Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), o Centro de Saúde da Sé - Unidade I, que integra as Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e Unidade de Saúde Pública (USP) e o Centro de Saúde de Santa Maria - Unidade II, integra as USCP e Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

1.1. Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

A Unidade de Cuidados Saúde Personalizados (UCSP) tem uma estrutura idêntica à prevista para as Unidades de Saúde Familiar e presta cuidados personalizados aos utentes, a nível individual e familiar, que assentam em equipas multiprofissionais. A equipa da UCSP é composta por médicos, enfermeiros, assistente técnicos e operacionais. (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, art.º 10º).

A UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos, intervindo no âmbito comunitário e de base populacional.

Cada UCSP tem um coordenador designado de entre os médicos especialistas de medicina geral e familiar habilitado com o grau de consultor com pelo menos cinco anos de experiência efetiva na especialidade (DGS, 2011; ARS, 2016).

A UCSP dos Centros de Saúde (CS) de Bragança I e II - Unidade da Sé e Unidade de Santa Maria, respetivamente, disponibilizam para a população consultas programadas; Consultas de vigilância de grupos vulneráveis abrangendo a Saúde Materna e a Saúde Infantil e Juvenil; Consultas de vigilância de grupos de risco; Consultas de rastreio; Consultas abertas e Administração de terapêutica, tratamentos e vacinação (ULSNE, 2016).

1.2. Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) tem como objetivo principal contribuir para o bem-estar geral, com foco na melhoria do estado de saúde da população, de uma determinada área geográfica onde incide a sua intervenção, promovendo a obtenção de ganhos em saúde.

“A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de risco ou dependência funcional (...), atua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (DR, 2009, p. 15438).

À UCC compete assegurar as suas funções através de uma carteira básica de serviços. A carteira de serviços da UCC incide sobre a promoção de estilos de vida saudáveis, em parceria com outras instituições, em todo o ciclo de vida.

No âmbito da Rede Nacional de Cuidados, os projetos dependem da área de intervenção e da população-alvo. Tendo como áreas de atuação a Intervenção precoce, a Saúde Escolar, Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), a Preparação para a Parentalidade (carteira adicional), a Comissão de Proteção a Crianças e Jovens em risco (CPCJ), os Conselhos Locais de Ação Social (CLAS), Programa Regional Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESS), a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), o Rendimento Social de Inserção (RSI) e a Unidade Móvel de Saúde.

1.3. Unidade de Saúde Pública

Na Unidade de Saúde Pública (USP) são desenvolvidas funções executivas nas áreas do Planeamento da Saúde, na Vigilância Epidemiológica e Coordenação de Programas e Projetos de Promoção da Saúde e Prevenção da Doença da população, Autoridade de Saúde, Laboratório Regional de Saúde Pública e Observatório Regional de Saúde.

“Numa perspetiva de trabalho em equipa multidisciplinar deve potenciar as competências de cada grupo profissional e contribuir, em complementaridade, para o estabelecimento de uma relação interpessoal e profissional estável, promotora de uma resposta integrada, de maior diferenciação às necessidades em cuidados de saúde (...) assegurar os recursos técnicos e matérias (...)”. (Grupo Consultivo para a Reforma dos CSP, 2009 citado por Ferreira, 2010, p. 21).

Este departamento, de Saúde Pública, tem como objetivos operacionais a Implementação do Plano Nacional de Saúde, Promover o diagnóstico da infeção por HIV/SIDA, Promover a aplicação do Programa Nacional de Vacinação garantindo o controlo ou eliminação das doenças alvo de vacinação / vacinação contra a gripe sazonal, Avaliar, Melhorar o acesso a consultas de apoio à Cessação Tabágica e consolidar e alargar a abrangência do processo de contratualização, sendo este objetivo partilhado com o Departamento de Contratualização. (ARS Norte, 2014, p.30)

2. Descrição/Análise Crítico-reflexiva das Atividades Desenvolvidas

Os estágios foram desenvolvidos no Centro de Saúde de Bragança, na Unidade da Sé e de Santa Maria.

2.1. Estágio de primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

No meu primeiro estágio tive a oportunidade de integrar as equipas de cuidados a exercer funções na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, na Unidade de Cuidados na Comunidade e na Unidade de Saúde Pública.

O estágio decorreu nos Centros de Saúde de Bragança, com uma carga horária total de 160 horas, no período de 7 de março a 8 de julho de 2016. O ensino clínico decorreu nas seguintes Unidades: Unidade de Saúde Pública - Centro de Saúde da Sé (20 horas); Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados - Centro de Saúde de Santa Maria (60 horas) e Unidade de Cuidados na Comunidade - Centro de Saúde de Santa Maria (80 horas).

Em todos os locais de estágio estabeleci uma boa relação com toda a equipa de saúde e utentes, como habitualmente na minha prática profissional. A integração na equipa multidisciplinar foi feita de forma gradual, contínua, mas rápida e sempre demonstrando interesse de participação em todas as atividades desenvolvidas. Considero que estabeleci uma comunicação clara e aberta com os utentes respeitando toda a sua dimensão bio-psico-sociocultural, bem como a privacidade e o sigilo profissional, que nos é imposto pelo código deontológico da profissão.

Na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, estabeleci uma relação de ajuda/terapêutica com o utente e família, desenvolvendo uma comunicação funcional, criei oportunidades para que os utentes pudessem exprimir os seus sentimentos, dúvidas e preocupações, esclarecendo-os utilizando uma linguagem apropriada, para motivar o utente a participar ativamente no planeamento do seu processo de cuidados. Foi gratificante poder sentir que transmitia confiança e conhecimentos para poder estabelecer uma relação terapêutica com os utentes e famílias.

Consoante está descrito e não sendo uma novidade, organizei os Cuidados de Enfermagem, dependendo dos casos concretos que tive a oportunidade de participar. Realizando intervenções de enfermagem de acordo com os problemas reais e potenciais identificados para cada utente/família, quer na USCP quer na UCC.

Após a organização dos cuidados, realizei consultas de enfermagem de acordo com as áreas de atuação de vigilância dos grupos vulneráveis planei e realizei, com orientação, consultas de Saúde da Mulher, vigilância de grupos de risco (Hipertensos, Diabéticos, casos de Dislipidemias, Idosos, Asma e DPOC) e consultas de Rastreio.

Quer no centro de saúde quer nas visitas domiciliárias, executei tratamento de feridas e administrei terapêutica injetável. De modo a prestar cuidados de acordo com as necessidades de cada utente ao nível preventivo/curativo em regime ambulatorio/domiciliário e sempre o mais atempadamente possível, foram efetuados os registos nos programas informáticos.

Ao nível da prevenção primária o enfoque passa pela vacinação, da qual tive a preocupação de me atualizar relativamente ao plano nacional de vacinação. Vacinei utentes de todas as faixas etárias e fiz registos no Boletim Individual, bem como no SINUS e SClínico.

Na Unidade de Cuidados na Comunidade, especificamente na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, na Unidade de Santa Maria, mostrei interesse e acompanhei a Enfermeira Madalena nas deslocações, que aconteceu, para a prevenção e tratamento de feridas. Acompanhei a Enfermeira de reabilitação Cristina Fernandes e executei tratamentos e exercícios de reabilitação, a utentes com diversas patologias e necessidades diferentes, desde treinos de marcha, cinesioterapia, ginástica localizada ativa e passiva. No estágio pude intervir na comunidade escolar, dando o meu contributo no âmbito das atividades programadas; sessões de educação para a saúde, em colaboração e independentemente, nos Agrupamento de Escolas Emídio Garcia em Bragança, com os temas de “Bullying” aos alunos do 10º ano, “Drogas de Abuso” dirigida aos alunos do 12º ano e ainda uma ação de formação dirigida aos professores de 1º ciclo intitulada “Primeiros Socorros”.

A Unidade de Saúde Pública diferencia-se pelos objetivos a que se propõe, que por sua vez tem como alicerce programas já implementados, nomeadamente a coordenação da vacinação a nível distrital sob a responsabilidade de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. O Laboratório de Saúde Pública é o local onde se realizam análises a amostras

de águas, esfregaços de vários utensílios do sector alimentar das escolas e instituições para idosos. Análise de ondas de calor e de frio, de ruídos, entre outros. Enquadra ainda a Consulta do Viajante em Macedo de Cavaleiros, assim como, os Rastreios (prevenção secundária) de HIV na Unidade Móvel percorrendo as aldeias e durante as semanas académicas, contempla ainda os Rastreios e Consultas para Diagnóstico Pneumológico no Estabelecimento Prisional de Izeda e de Bragança, no Centro de Respostas Integradas (CRI) e a trabalhadoras sexuais oportunidades que tive em contexto de estágio.

2.2. Estágio de segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária

No âmbito da Unidade Curricular; Estágio II/Trabalho de projeto, que se integra no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária preconiza-se o desenvolvimento dos seguintes objetivos:

1. Elaborar um diagnóstico da Situação de Saúde de uma População/Comunidade.
2. Intervir na comunidade (mercê do diagnóstico da situação de saúde), com base na metodologia do Planeamento em Saúde.
3. Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.
4. Integrar as intervenções, nos Planos de Atividades da Unidade de Saúde Pública com base no diagnóstico da situação de saúde.
5. Redigir o relatório final de estágio, para defesa perante um júri.

Relativamente ao papel dos Serviços de Saúde Pública segundo a Direção-Geral da Saúde, essencialmente nas Unidades Locais, foi reorganizado no mês de abril de 2016. A reorganização de Serviços de Saúde Pública, a nível local, é considerada urgente, uma vez que permitirá modernizar as suas infraestruturas e, por isso, também ganhar mais em saúde, tal como definido no Plano Nacional de Saúde. Os ganhos serão representados, essencialmente pela redução da mortalidade prematura (DGS, 2016).

Segundo a DGS (2016), a Nova Ambição para a Saúde Pública - Focada em Serviços Locais, a reforma dos Serviços de Saúde Pública permitirá:

“(…) aprofundar o seu papel no desenvolvimento e implementação dos Planos Locais de Saúde, no quadro do Plano Nacional de Saúde, da função de observatório de saúde e de vigilância em saúde pública, nomeadamente epidemiológica, entomológica e ambiental, na proteção da saúde e prevenção da doença, na gestão e articulação de programas de saúde, nos estudos de impacto na saúde, na promoção da saúde, na intervenção na comunidade, na contratualização em saúde e na governança da saúde, entre outros, bem como no exercício do poder de autoridade de saúde”, p.9.

Durante o período de estágio foi possível o envolvimento e desenvolvimento de múltiplas atividades inerentes aos programas que fazem parte da USP. Após o reconhecimento da orgânica da Unidade, valências e programas existentes, bem como a dinâmica circunstancial e população envolvente, o nosso interesse despertou para o Programa de Saúde Escolar, apoio a Trabalhadoras Sexuais (Programa Autoestima) e para a Consulta de Diagnóstico Pneumológico (CDP).

O interesse pelo Programa de Saúde Escolar surgiu pelo facto de se tratar de um programa vocacionado para uma população vulnerável, sujeita a inúmeras doenças infetocontagiosas, pelo que a vigilância e a prevenção constituem-se em ações interventivas importantes. No âmbito deste Programa o rastreio de diagnóstico de doenças infetocontagiosas é realizado nas escolas, sendo que após o diagnóstico confirmado iniciam-se as ações de profilaxia à população dessa comunidade.

A nossa intervenção ampliou-se com o envolvimento no apoio às Trabalhadoras Sexuais. Nestas intervenções procedeu-se à distribuição de panfletos e folhetos informativos, bem como material preventivo, esclarecimento sobre doenças ginecológicas, realização de testes de VIH em articulação com o Programa de Troca de Seringas na Unidade Móvel que opera em pontos estratégicos da cidade de Bragança e nas aldeias.

Paralelamente foram atividades associadas à CDP. Segundo a Direção Geral de Saúde (2015) em 2014, foram notificados 2 264 casos de tuberculose, dos quais 2 080 eram novos casos, representando uma taxa de incidência de cerca de 20%. Os distritos do Porto, Lisboa, Setúbal e Algarve apresentaram incidências intermédias da doença (≥ 20 e ≤ 50), não se tendo encontrado nenhum distrito com alta incidência (≥ 50). Cerca de 862 doentes com tuberculose apresentaram comorbilidades reconhecidas como de risco para a tuberculose,

sendo as mais representativas a infeção por HIV (13,3%), a diabetes (6,8%), a neoplasia de qualquer órgão (5,3%) e a DPOC (5,1%).

A tuberculose é assumida como um problema de Saúde Pública e de Declaração Obrigatória e, em Portugal, esta doença apresenta taxas de incidência elevadas por comparação a outros países da Europa Ocidental. Esta doença pode afetar vários órgãos, mas, essencialmente, afeta os pulmões e é considerada uma doença de monitorização em Saúde Pública por ter características infetocontagiosas. Através dos dados do Sistema de Vigilância da Tuberculose (SVIG - TB), em 2012, cerca de 14% dos doentes com tuberculose apresentava dependências ativas, de pelo menos, uma substância ilícita (Correia, Seabra, Silva, & Duarte, 2014)

A população observada para efetuar rastreio de Tuberculose e Doenças Respiratórias são essencialmente os grupos considerados de risco, no âmbito de pesquisa de sintomas e diagnóstico de patologias. Esta população abrange:

- Reclusos do Estabelecimento Prisional de Izeda;
- Reclusos do Estabelecimento Prisional de Bragança;
- Doentes Autoimunes (e.g., artrite reumatoide, doença de Crown) inseridos no Centro de Respostas Integradas (CRI).

Para além da população considerada de risco, ainda são referenciados para o CDP, os doentes com um diagnóstico prévio pelo médico de família ou em rastreios de contato.

Os principais objetivos desta atividade consistem:

- ☞ Na vigilância Epidemiológica da população da área de Bragança;
- ☞ No levantamento de casos de doença importantes na área da Saúde Pública que afetam a população.

No decorrer do estágio, houve a oportunidade de presenciar a dinâmica e funcionalidade da USP. O Programa implementado no apoio à comunidade pela Unidade Móvel caracteriza-se pela distribuição e recolha de material perfuro-cortantes, como seringas e agulhas, às populações críticas em zonas estratégicas da cidade.

Devido ao interesse do tema participamos igualmente nas consultas de CDP no CS de Bragança, Unidade de Santa Maria. O departamento da CDP realiza consultas às segundas-feiras de manhã no CS de Santa Maria e às quintas-feiras à tarde.

Sob orientação de outra mestre e EEEC-SP foi possível observar um cuidado particularizado aos doentes que chegam à consulta, a forma como estes são acolhidos e acompanhados com profissionalismo ao longo do seu tratamento. Nesse sentido, em seguida são apresentadas as diferentes etapas programadas neste tipo de intervenção:

- Para cada utente admitido é realizado o levantamento da sua história clínica na primeira consulta de CDP, para se proceder ao seu seguimento;
- rastreio é efetuado através do preenchimento de um Inquérito de Sintomas e realização de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) como Raio X ao tórax e o teste cutâneo para tuberculose, denominado de prova de tuberculina, Prova de Mantoux ou teste de *Purified Protein Derivative* (PPD), que revela se o indivíduo alguma vez foi infetado pela bactéria que causa a tuberculose. Este teste consiste na injeção de proteínas derivadas da bactéria da tuberculose, na pele do antebraço. Cerca de dois a três dias depois, observa-se o local da injeção. O inchaço e vermelhidão indicam, regra geral, um resultado positivo. As infeções provocadas por estas bactérias podem estar ativas ou inativas.
- Pelo facto de o teste da tuberculina não distinguir, quando positivo, se a infeção está ativa ou inativa, recorre-se a outros exames complementares de diagnóstico, nomeadamente através de colheitas de expetoração para análise, no sentido de uma confirmação. No entanto, a tuberculose pode ser ou estar numa fase latente, sendo feita, também, para confirmação, colheita de sangue para o Teste IGRA (*Interferon Gamma Release Assay*);
- Na doença diagnosticada existem diferentes tipos de tuberculose;
- Nas consultas de CDP os doentes são observados de 15 em 15 dias no 1º mês e depois passam a ser seguidos mensalmente;
- A atuação mais frequente dos rastreios é efetuada nos Estabelecimentos Prisionais, onde existe um maior número e concentração de grupos de risco;
- A medicação a administrar nos casos confirmados da doença, são os Tuberculostáticos. Os medicamentos de primeira linha utilizados são: *Rifampicina*, *Pirazinamida*, *Esoniazida* e *Etambutol*. O tratamento inicial tem uma duração de 2 a 3

meses. Participamos na distribuição da Toma de Observação Direta (TOD) aos doentes na consulta de CDP;

- A segunda fase do tratamento é feita com o medicamento antibiótico: *Rifinant* e a duração do tratamento oscilando no mínimo de 4 até 12 meses, dependendo do tipo de tratamento que o paciente necessite de fazer;

- Os esquemas de segunda e terceira linha de tratamento também podem ser utilizados, nomeadamente com *Vancomicina*, *Levofloxacina* e *Ciprofloxacina* para além do *Rifinant*.

No âmbito deste Programa existe um protocolo nos grupos de risco, realizado entre os Estabelecimentos Prisionais de Bragança e Izeda e o CRI.

Perante esta problemática acentuada em populações de risco, não se pode descurar que a população em geral também corre risco de ser infetada e, até mesmo, ser portadora desta doença. Pelo facto de a população geral não ser considerada de risco, usufrui de menos vigilância, sendo mais difícil de os profissionais de saúde detetarem a presença e tuberculose, podendo esta passar facilmente despercebida. Esta pode ser só detetada e diagnosticada numa fase já avançada, quando os doentes recorrerem aos cuidados de saúde por manifestação de sintomas e sinais, sem melhoria clínica.

Durante a frequência no Estágio, segundo o descrito em cima, desenvolvi e explorei as atividades inerentes aos programas que fazem parte desta Unidade de Saúde Pública. Estas atividades foram realizadas na cidade de Bragança, no estabelecimento prisional de Izeda e em aldeias, enumeradas em seguida:

27/09/2016 – Rastreio HIV de rua em aldeia

11/10/2016 – Rastreio HIV Bragança – Praça da Sé

14/10/2016 – Programa Auto-estima

09/11/2016 – Rastreio HIV Bragança – Estação

23/11/2016 – Rastreio HIV Bragança – Praça da Sé

30/11/2016 – Comemoração Luta Mundial contra a Sida

14/12/2016 – Rastreio HIV Bragança – Estação

21/12/2016 – Rastreio HIV Bragança – Aldeia

06/01/2017 – Programa Auto-estima

11/01/2017 – Rastreio HIV Bragança – Praça da Sé

18/01/2017 – Rastreio HIV Bragança – Aldeia

10/02/2017 – Rastreio HIV Bragança – Aldeia e Estabelecimento Prisional de Izeda

14/02/2017 – Comemorações dia dos namorados (ESS-IPB)

Nota: A segunda saída do mês é feita para as aldeias do concelho com o programa rastreio de rua. As intervenções do Programa Autoestima são feitas essencialmente à noite na cidade de Bragança, em locais específicos e geralmente previamente fixados.

No decorrer do meu estágio pude identificar as necessidades em saúde de grupos e estabelecer a rede de causalidade dos problemas de saúde de uma comunidade. Para tal, utilizei indicadores epidemiológicos na determinação dos problemas de saúde. Consegui, segundo o preconizado, formular objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde. Depois de do diagnóstico e priorização das necessidades, planeei intervenções para minimizar problemas de saúde pública complexos atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde.

No que diz respeito ao contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidades, posso assegurar que participei, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projetos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. Realizei pesquisa e diagnósticos a problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas. Após análise e tendo em conta o diagnóstico realizado, tive a

oportunidade ainda de conceber e planear programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos.

Na integração da coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde, participei nos processos de tomada de decisão no âmbito da conceção, implementação e avaliação dos programas de saúde, dos serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade. Realizei e cooperei na vigilância epidemiológica de âmbito geo-demográfico, analisando as potencialidades e limitações das técnicas e medidas epidemiológicas, participei na gestão de sistemas de vigilância.

Os desafios principais das Unidades de Saúde Pública prendem-se com comportamentos pessoais, associados a alterações do estilo de vida. Por este motivo, o meu estágio focou-se nesta área, pretendendo-se identificar e atuar perante algo que esteja a potenciar uma tendência pouco benéfica para a comunidade.

Com base no estudo intitulado “Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso em Idosos no Concelho de Bragança”, também planei sessões de esclarecimento e de educação para a saúde, com o objetivo de educar e capacitar os idosos do concelho de Bragança da importância da adesão ao regime terapêutico.

Durante a realização do estágio foi feito um diagnóstico sobre esta temática e foram agendadas as sessões de educação para os idosos.

As sessões de educação para a saúde foram destinadas a pessoas com mais de 65 anos de idade, da União de Freguesia de Parada, Paredes e Failde.

Com esta atividade pretendeu-se contribuir para o processo de capacitação dos idosos para uma melhor adesão terapêutica.

Ao desenvolver estas sessões de educação para a saúde, desenvolvi capacidades de comunicação, adotando estratégias de linguagem de acordo com a faixa etária e habilitações literárias, por forma a ser esclarecedora.

3. Notas Finais e Reflexão Crítica

Este relatório, é mais um documento escrito que pretende informar, descrever, analisar e refletir, fazendo uma retrospectiva do que foi realizado na intervenção junto da comunidade perante a realidade e avaliar se os objetivos foram atingidos.

Neste meu percurso, na busca de mais conhecimento e qualificação na área da Enfermagem Comunitária, tive a oportunidade de transferir para os meus atos profissionais, enquanto enfermeiro e enquanto estagiário, os conhecimentos científicos adquiridos na teoria, para a prática do bem cuidar.

Considero que alcancei os objetivos propostos nos campos de estágio onde, oportunamente, realizei diagnósticos e intervenções. Neste documento foram relatadas as áreas de atuação, assim como o exercício das minhas funções na obtenção de novas vivências, tornou-se uma mais-valia na intervenção e acompanhamento da comunidade, na promoção da saúde e prevenção da doença, podendo, porém, não descrever na sua totalidade todas as ações e conhecimentos que obtive.

Segundo o conceito de reflexão crítica, é pretendido efetuar uma descrição e análise do decorrer de todo o ensino clínico, por forma a fazer uma reflexão abrangente e individual. Complementar o meu percurso com a minha visão e crítica de um campo de estágio que me ajudou a crescer como pessoa e profissional e de saúde.

Esta reflexão, sobre todo o trabalho observado e realizado, é importante na avaliação de todos os aspetos e tomar consciência das ações e atitudes, assim como dos conhecimentos adquiridos e realçados.

O trajeto cumprido desde o reconhecimento à realização de atividades inerentes ao contexto de Estágio, considero ter sido de extrema relevância na aprendizagem que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências especializadas, nos vários itens do planeamento, investigação e intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária, fortalecendo o desenvolvimento de boas práticas em contexto de trabalho.

De uma forma global, na avaliação crítica de todas as atividades desenvolvidas neste estágio, sinto-me satisfeita com o meu desempenho. Consciente que foquei todo o meu

esforço e empenho no decorrer desta etapa, assim como já é minha prática, no desempenho da minha profissão.

Convicta de que após este percurso adquiri as competências exigidas para o cumprimento profissional como Especialista em Enfermagem Comunitária. Estas competências passam por avaliar o estado de saúde de uma comunidade, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, integrar a Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos seus objetivos e, por fim, mas não menos relevante, realizar e cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Assim, com base nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, as minhas atividades desenvolvidas em estágio, efetuaram-se de acordo com:

1 – Estabeleci com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;

1.1. – Elaborei o Diagnóstico de Saúde de uma Comunidade;

1.2. – Estabeleci as Prioridades em Saúde de uma Comunidade;

1.3. – Formulei Objetivos e Estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;

1.4. – Estabeleci Programas e Projetos de Intervenção com vista à resolução de problemas identificados;

1.5. – Avaliei Programas e Projetos de Intervenção com vista à resolução de problemas identificados;

2 – Contribui para o Processo de Capacitação de grupos e comunidades;

2.1. – Co-liderei Processos Comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;

2.2. – Integrei-me nos Processos de Mobilização e de Participação Comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: Enfermagem, Educação, Comunicação, Ciências Humanas e Sociais;

2.3. – Procedi à Gestão da informação em saúde aos grupos e comunidade;

3 – Integrei e participei na Coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

3.1. – Participei na coordenação, promoção, implementação e monitorização das atividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objetivos do Plano Nacional de Saúde;

4 – Realizei e cooperei na Vigilância Epidemiológica de âmbito geodemográfico;

4.1. – Procedi e participei na Vigilância Epidemiológicas dos Fenómenos de Saúde/Doença que ocorrem numa determinada área geodemográfica.

Com a realização deste Estágio, foi possível a aquisição e aprofundamento de competências comuns e específicas e foi enriquecedor e muito construtivo, possibilitando a consciencialização da aquisição de novas competências e domínios, no âmbito da prevenção de controlo de infeção em pessoa em situação crítica e no que diz respeito à gestão de cuidados.

Considero que o presente estágio foi muito enriquecedor e construtivo, possibilitando a consciencialização e aquisição de novas competências e domínios, no âmbito da prevenção de controlo de infeções em pessoas em situação crítica e no que diz respeito à gestão de cuidados, bem como ao nível do desenvolvimento da autonomia para a tomada de decisão e raciocínio que implicam a utilização de argumentos rigorosos e sua defesa de forma dinâmica, consciente e proactiva.

Na finalização deste relatório, com a aquisição de mais conhecimentos científicos e com a aplicação desta informação teórica num ambiente autêntico e colocá-la em prática, considero que adquiri domínio em certas competências, que enriqueceram à partida toda a minha prestação de cuidados gerais.

Concluindo este processo considero que atingi os objetivos a que me propus, e delineados para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública.

Referências Bibliográficas

- Administração Regional da Saúde do Norte. (2014) *Plano de atividades 2013*. Consultado a 20 de junho de 2017. Disponível em http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/A%20ARS%20Norte/Instrumentos%20de%20Gest%C3%A3o/Ficheiros/Plano_Atividades_ARSN_2013.pdf
- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT]. (2016). *Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados*. Consultado a 12 de junho de 2017. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/570~>
- Diário da República, 2.^a série — N.º 74 — 16 de Abril de 2009. *Despacho n.º 10143/2009, artigo 3.º, alínea 2 – Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*. p. 15438.
- Diário da República, 2.^a série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 122/2011 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro*. Pgg. 8648-8653.
- Diário da República, 2.^a série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011. *Regulamento n.º 128/2011 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Pgg. 8667-8669.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados - Reforma dos Cuidados de Saúde Primários - Coordenação Estratégica*. Consultado a 13 de junho de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/orientacoes-para-a-organizacao-e-funcionamento-das-unidades-de-cuidados-de-saude-personalizados.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 015/2015 – Plano Nacional de Saúde Escolar*.
- Direção-Geral da Saúde. (2016). *Nova Ambição para a Saúde Pública - Focada em Serviços Locais*. Consultado a 27 de junho de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/nova-ambicao-para-a-saude-publica-focada-em-servicos-locais1.aspx>

Ferreira, J.F.B.C.. (2010). *Contributo das Unidades de Saúde Familiar Norte enquanto Instrumento de Apoio ao Envelhecimento*. (Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real.

Programa de Alimentação Saudável em Saúde Escolar [PASSE]. (2017). *Programa PASSE*. Consultado a 15 de junho de 2017. Disponível em http://www.passe.com.pt/abrir/programa_passe

Unidade Local de Saúde do Nordeste [ULSNE]. (2016). *Cuidados de Saúde Primários*. Consultado a 12 de junho de 2017. Disponível em <http://www.ulsne.min-saude.pt/category/servicos/cuidados-de-saude-primarios/>