

**V Conferência Científica Internacional
de Projetos Educativos para Seniores - 2020**

**V international scientific conference of
educational projects for seniors – RIPE+50**



**Online
9 de Dezembro de 2020**

LIVRO DE ACTAS / Minute book

Coordenação: Luis Jacob

RIPE 50 +

TÍTULO: Livro de actas do V conferência científica internacional de projetos educativos para seniores - *Minute V international scientific conference of educational projects for seniors*

COORDENADOR: Luis Jacob – RUTIS/RIPE50+

EDIÇÃO: 1ª Edição digital, 314 páginas. Acessível em www.ripe50.org

RIPE 50+, Rede Mundial de Projetos Educativos para maiores de 50

EDITORA:

Euedito
2019 Euedito - Portugal
geral@euedito.com
www.euedito.com

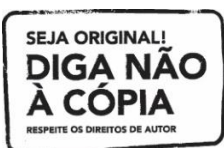
V CONFERENCIA: Online / 9 de Dezembro de 2020

ISBN: 978-989-8983-74

Impressão Print On Demand Liberis

DEPÓSITO LEGAL: 476720/20

AVISO LEGAL: Este livro contém informações obtidas através de fontes autênticas. Foram efetuados esforços para publicar os dados e informações fiáveis, mas os coordenadores/editores, bem como a editora, não podem assumir a responsabilidade pela validade de todos os materiais ou pelas consequências do seu uso. Este livro, ou qualquer parte deste, não pode ser reproduzido ou transmitido por qualquer forma ou por qualquer meio, eletrónico ou suporte físico, incluindo fotocópias, microfilmagem, e gravação, ou por qualquer armazenamento de informações ou sistema de recuperação sem autorização prévia por escrito da RUTIS. Todos os direitos reservados. Autorização para fotocopiar itens para uso interno ou pessoal pode ser concedido por RUTIS. Aviso da marca comercial: Produto ou nomes de empresas podem ser marcas comerciais ou marcas comerciais registadas, e são usados somente para identificação e explicação, sem intenção de infringir.



A cópia ilegal viola os direitos dos autores.

Os prejudicados somos todos nós

I - ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO MEDICAMENTOSO NA PESSOA IDOSA

Carlos Pires Magalhães

Docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança,
Membro da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
(UICISA:E), Portugal
cmagalhaes@ipb.pt

Hélder Jaime Fernandes

Docente da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança,
Membro da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
(UICISA:E), Portugal
helder@ipb.pt

Carlos Miguel Figueiredo Afonso

Docente na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança
carlos.afonso@ipb.pt

Resumo

O envelhecimento demográfico é uma constatação na maioria dos países. O processo de envelhecimento não é sinónimo de doença, contudo pressupõe a uma maior vulnerabilidade dos indivíduos aos processos patológicos, principalmente em idades mais avançadas, destacando-se a presença de doenças de cariz crónico, de resto, como comprovam os dados epidemiológicos acerca das mesmas. A adesão terapêutica ao regime medicamentoso pode ter um papel de extrema

importância na melhoria ou manutenção do estado de saúde. Tendo por base o grupo das pessoas idosas, vários estudos comprovam uma relação entre o aumento da idade e os baixos níveis de adesão. A vasta literatura acerca da temática vem identificando os principais fatores que interferem na adesão, tais como: os socioeconómicos; os relacionados com o sistema de saúde; os relacionados com a doença; os relacionados com a terapêutica (medicação) e com o utente. A não adesão terapêutica ao regime medicamentoso pode ocorrer quer por motivos intencionais, quer por motivos não intencionais. As equipas de saúde devem estar despertas no que concerne à adesão terapêutica medicamentosa na pessoa idosa, tendo por base uma abordagem multidisciplinar que vise a identificação atempada dos desvios à mesma, bem como dos fatores associados a essa não adesão, com o objetivo de se planearem e implementarem estratégias que enalteçam as boas práticas.

Palavras-chave: adesão à medicação; fatores de não adesão; idosos.

Abstract

Demographic aging is a fact in most countries. The aging process is not synonymous with disease, however it presupposes a greater vulnerability of individuals to pathological processes, especially at older ages, highlighting the presence of chronic diseases, moreover, as evidenced by epidemiological data about them. Therapeutic

adherence to the medication regimen can play an extremely important role in improving or maintaining health status. Based on the group of elderly people, several studies show a relationship between increasing age and low levels of adherence. The vast literature on the subject has been identifying the main factors that interfere with adherence, such as: socioeconomic factors; those related to the health system; those related to the disease; those related to therapy (medication) and to the user. Therapeutic non-adherence to the medication regimen may occur for intentional or unintentional reasons. Health teams must be awake with regard to therapeutic adherence to medication in the elderly, based on a multidisciplinary approach that aims at the timely identification of deviations from it, as well as the factors associated with this non-adherence, with the aim of planning and implement strategies that enhance good practices.

Keywords: adherence to medication; factors of non-adherence; elderly.

Introdução

O Índice de envelhecimento representa um dos melhores indicadores de envelhecimento de uma população, consistindo na relação percentual entre a população com 65 ou mais anos (população idosa) e a população dos 0 aos 14 anos (população jovem). Em Portugal, os censos realizados no ano 2001, colocam pela primeira vez em evidência a inversão dos dados, verificando-se a existência de 103 pessoas idosas por cada 100 pessoas jovens, quando em 1960 existiam 27 pessoas idosas por cada 100 pessoas jovens. Tendo por base os últimos censos efetuados em 2011, verificou-se que o índice de

envelhecimento passou para 128 idosos por cada 100 jovens (INE, 2013). Estimativas para 2019 apontavam para um índice de envelhecimento de 163,2 (INE, 2020a). Na Europa o envelhecimento demográfico é uma tendência a longo prazo iniciada há várias décadas (Eurostat, 2020).

Apesar de ser-se idoso não representar necessariamente ser-se doente, os estudos epidemiológicos associam uma maior morbidade e mortalidade para com este grupo etário, como nos refere Ermida (1995). Para este autor, a redução da resistência para com os fatores agressores de natureza diversa, a redução da capacidade de adaptação, a maior morbidade e mortalidade por causas fisiológicas, constituem determinantes de um padrão próprio da doença no idoso, padrão este que se caracteriza fundamentalmente por “patologia múltipla, complicações frequentes e graves, apresentação e expressão frustes ou atípicas, estreita relação com componentes sociais, cronicidade e incurabilidade, elevada mortalidade” (p. 58). Tal coloca-os como os maiores consumidores de cuidados de saúde, constatado pelo maior número de consultas, maior número de visitas domiciliárias, maior taxa de ocupação e de duração de internamento, cursando de igual forma pelo maior consumo de medicação. No início do século XX, as afecções de carácter agudo e de etiologia infecciosa constituíam a grande causa de morte nos idosos, na qual predominavam entre estas a pneumonia, as complicações gripais e a tuberculose. Nos finais do

mesmo século, o primeiro lugar na mortalidade deste grupo etário seria ocupado pelas doenças do foro cardíaco e cerebrovasculares, seguido pelos tumores malignos. Em 2018, esta tendência mantinha-se em Portugal (INE, 2020b).

De facto, sendo o envelhecimento um processo dinâmico e progressivo, responsável por alterações morfológicas e bioquímicas, com implicações negativas sobre os demais sistemas do organismo, o avançar da idade incrementa a vulnerabilidade às patologias, essencialmente de cariz crónico (hipertensão arterial, colesterol elevado, diabetes, entre outras) de resto comprovado pela infografia apresentada acerca destas, para 2015 (INSA, 2019). Segundo o Ministério da Saúde (2018, p.14) as “doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus”. As doenças crónicas consequentemente reforçam o declínio do sistema imune, aumentando o risco de morte por outras doenças, de resto, bem evidenciado na situação atual de crise pandémica, tendo por base os vários estudos, como o de Guan et al. (2020), em que procuraram avaliar a presença comorbilidades nos pacientes internados com COVID-19, bem como a sua relevância no desfecho clínico dos mesmos.

A adesão ao tratamento constitui, segundo Miller et al. (1997, citados por Gusmão & Mion Jr, 2006), uma forma de abordagem para a melhoria ou manutenção da saúde, considerando-se como um meio

para atingir esse fim. Da adesão ao tratamento depende, como nos citam Leite e Vasconcellos (2003, p.776) “o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crónica, a prevenção de uma patologia. E se o paciente não adere?

Porque isso acontece?”.

São vários os estudos que comprovam a associação entre a idade e o uso de medicamentos, seja ao nível preventivo, substitutivo, curativo, de diagnóstico ou paliativo. Em 2017, tal como nos cita o Ministério da Saúde (2018, p.60) “cada português utilizou uma média de 16 embalagens de medicamentos”, e quase 50% da totalidade dos medicamentos consumidos foi utilizada por pessoas com mais de 80 anos. A mesma fonte destaca que a utilização dos medicamentos para controlo de doenças cardiovasculares, permitiu reduzir a mortalidade pelas mesmas, tal como ocorreu com a utilização de medicamentos para o controlo da diabetes, no entanto salientam ainda que “...em algumas áreas, existem problemas de saúde associados ao seu uso inadequado” (Ministério da Saúde, 2018, p.60).

Face ao exposto, pretende-se conceptualizar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso, apontar os fatores que são determinantes para a mesma. Pretende-se ainda evidenciar alguns resultados dos estudos científicos efetuados no âmbito e salientar intervenções/estratégias promotoras de boas práticas, que possam

contribuir para a melhoria dos níveis de adesão.

1 - Conceptualização da adesão ao regime terapêutico medicamentoso

Monterroso (2015) cita-nos que o “conceito de adesão ao tratamento, *compliance* só foi desenvolvido no século XX por Haynes que, baseando-se no modelo biomédico da subordinação hierárquica a um médico, o definiu como o grau em que o comportamento do doente coincide com a prescrição clínica” (p. 32). Para Gusmão e Mion Jr (2006, p.24) a “*compliance*” correspondia “a obediência participativa, ativa, do paciente à prescrição médica, entendendo-se por prescrição não apenas de medicamentos, mas também de todos os demais cuidados ou providências recomendadas pelo médico ou outro profissional de saúde”.

Em alternativa ao termo “*compliance*” surge o termo “*adherence*”, adesão em português, que segundo Vermeire, Heanshaw, Van Royen e Denekens (2001) incorpora as noções de concordância, cooperação e parceria. Uma vez que o termo “*compliance*” sugere que o utente siga de forma passiva as ordens do médico, não existindo uma aliança ou contrato estabelecido entre ambos relativamente ao plano de tratamento, leva a que muitos prestadores profissionais de cuidados de saúde optem por utilizar o termo adesão (Osterberg & Blaschke, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adesão ao regime terapêutico diz respeito ao grau ou extensão do comportamento de uma pessoa para com a toma de medicação, ao seguimento da dieta e/ou à alteração dos hábitos e estilos de vida, correspondendo às recomendações emanadas pelos profissionais da saúde (OMS, 2003).

Segundo Leite e Vasconcellos (2003) o conceito de adesão diverge entre os distintos autores, sendo compreendido de uma forma geral como “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos” (p. 777). Ainda segundo os mesmos autores, tendo por base os pressupostos assumidos pelos diversos autores para o estudo da adesão, “as diferenças mais evidentes encontram-se entre aqueles que focalizam o fenômeno no paciente e aqueles que procuram a compreensão em fatores externos ao paciente” (p.777).

Para Pierin, Strelec e Mion Jr (2004, citados por Gusmão & Mion Jr, 2006, p. 24) a adesão seria “um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica”, enquanto a não-adesão seria “um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos podendo constituir fonte de frustração para os

profissionais de saúde”.

A não adesão ao regime terapêutico foi já reportada há muitos anos pela OMS, como um “problema mundial de magnitude impressionante” (OMS, 2003, pg 7). Esta pode ser de origem intencional (se conscientemente o utente decide não seguir as recomendações do profissional de saúde) ou não intencional (seja por falta de compreensão da informação emanada pelo profissional de saúde, seja por esquecimento ou até mesmo por dificuldade na gestão da medicação).

Segundo Bugalho & Carneiro (2004, p.9) “O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz”. Para estes autores a não adesão terapêutica constitui um problema de saúde pública, com implicações na incidência e prevalência de inúmeras doenças.

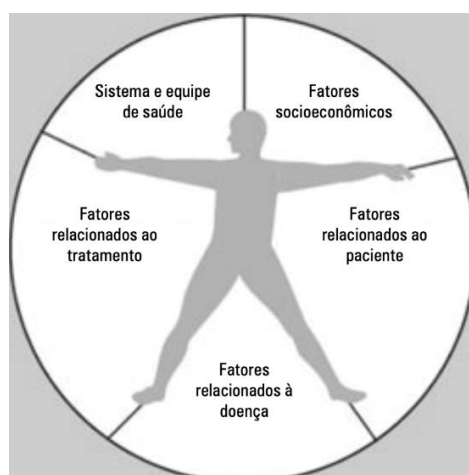
O Conselho Internacional de Enfermeiros (2019) considera a adesão ao regime medicamentoso como uma das áreas de atenção relevante para a enfermagem, sendo definida enquanto foco de atenção, e tendo por base a última versão da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), da seguinte forma (ICN, 2019):

Status: ação auto-iniciada para promoção do bem-estar,

recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente).

2 - Fatores que influenciam a adesão ao regime terapêutico medicamentoso

A ideia generalizada de que os utentes são os únicos responsáveis por seguir o seu tratamento é uma ideia enganadora, como nos referem Gusmão e Mion Jr (2006). Já em 2003 a OMS considerava a adesão um fenómeno multidimensional, apontando como fatores determinantes na adesão à terapêutica: os fatores socioeconómicos; os fatores relacionados com o sistema e equipa de saúde; os fatores relacionados com a doença; os fatores relacionados com a terapêutica



e os relacionados com o utente. Estes são apresentados na figura 1.

Figura 1 – Fatores implicados na adesão (adaptado da OMS, 2003)

Fonte: Gusmão e Mion Jr (2006, p. 25).

Os fatores socioeconómicos integram fatores como a pobreza, o analfabetismo, o baixo nível de escolaridade, as condições de vida instáveis, o desemprego, a falta de redes de apoio social eficazes, os custos elevados da medicação, bem como dos transportes, entre outros (OMS, 2003). Estes fatores podem interferir negativamente na adesão, na medida em que concorrem com outras prioridades, pois como nos citam Bugalho & Carneiro (2004, p.10) “podem não incluir o cumprimento da medicação”.

Os fatores relacionados com o sistema e equipa de saúde integram os fatores como os sistemas de saúde deficientes, a insuficiente

capacidade de distribuição da medicação, a diminuta participação, a sobrecarga de trabalho dos profissionais, a desadequação dos horários disponibilizados face às necessidades, a incapacidade para avaliar o grau de adesão, estes interferem de forma negativa com a adesão ao tratamento (Bugalho & Carneiro, 2004; Machado, 2009).

Os fatores relacionados com a doença, como a gravidade dos sintomas, o nível de incapacidade física, psíquica, social e profissional, a velocidade de progressão e nível de gravidade da doença, são fortes determinantes para a adesão (OMS, 2003). Os doentes com polipatologia são os que possuem níveis mais diminutos de adesão terapêutica (Dias et al., 2011). Diversas patologias podem ser responsáveis por alterações cognitivas e sensoriais. Segundo Wold (2013) os problemas sensoriais e cognitivos podem potencializar os erros de medicação, comprometer a adesão. A autora alerta-nos que nalguns casos os problemas cognitivos podem impedir a pessoa de reconhecer a necessidade de terem que tomar a medicação.

Os fatores relacionados com a terapêutica que podem interferir na adesão, integram os fatores como a complexidade dos esquemas terapêuticos, a duração dos tratamentos, a ausência de benefícios imediatos, as alterações frequentes no tratamento, os efeitos indesejáveis decorrentes da medicação (OMS, 2003).

Os fatores relacionados com o utente, que integram os recursos

do utente, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, as perceções e expectativas do paciente, podem influenciar o comportamento de adesão. Incluem-se ainda o nível da motivação e de confiança do paciente na gestão da doença, bem como às expectativas do mesmo relativamente aos resultados do tratamento (OMS, 2003).

2.1 - Avaliação da adesão ao regime terapêutico

Segundo Leite e Vasconcelos (2003), a vasta literatura aborda o conceito “adesão à terapêutica” focando essencialmente a adesão ao tratamento de uma determinada doença (hipertensão, tuberculose, entre outras), envolvendo determinados grupos populacionais, como por exemplo o das pessoas idosas.

A adesão ao regime terapêutico medicamentoso pode ser avaliada recorrendo-se à escala de “medida de adesão aos tratamentos”, designada por MAT. Esta escala foi adaptada e validada para a População Portuguesa por Delgado e Lima (2001), sendo constituída por sete itens, em que “os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky et al. (1986), o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994)” (Delgado e Lima, p. 89). A escala resultante apresenta seis possibilidades de resposta, que variam entre o sempre (1) e o nunca (6). A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos

tratamentos, significando que valores mais elevados correspondem a um maior nível de adesão.

Em Portugal, vários estudos publicados na última década utilizaram esta escala, reportando-se à adesão terapêutica medicamentosa na população idosa, tais como: Marcos (2014); Monterroso, Joaquim e Sá (2015); Monterroso, Joaquim e Sá (2017); Paradinha (2018), entre outros.

O estudo efetuado por Marcos (2014), envolveu uma amostra de 376 pessoas idosas não institucionalizadas, tendo-se constatado que 80,9% da amostra foi considerada não aderente ao regime terapêutico medicamentoso, encontrando-se uma relação estatisticamente significativa com a idade, as habilitações literárias, o nº de doenças, o número de medicamentos e com o facto de necessitarem ajuda para preparar a medicação.

O estudo efetuado por Monterroso, Joaquim e Sá (2015), no qual procuraram avaliar a adesão ao regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas integradas nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados, envolvendo uma amostra de 55 pessoas, constataram que 72,7% da amostra se enquadrava na categoria de não aderente, encontrando-se uma relação estatisticamente significativa com o estado mental, em que os indivíduos que apresentavam alteração demencial eram os que tinham pior nível de adesão. Posteriormente, os mesmos autores efetuaram um estudo envolvendo uma amostra

maior, de 198 pessoas idosas integradas nas equipas de Cuidados Continuados Integrados domiciliários de uma região de Portugal (Monterroso, Joaquim e Sá, 2017), no qual procuraram identificar o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso, identificar os fatores que condicionavam a adesão e gestão do regime terapêutico medicamentoso, avaliar a associação entre os aspetos biopsicossociais e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso. Os mesmos constataram que 49% das pessoas idosas foram consideradas não aderentes e que o nível de adesão estava associado de forma estatisticamente significativa com estado de nutrição, com a autonomia instrumental e com o isolamento social.

O estudo efetuado por Paradinha (2018), envolveu uma amostra de 400 pessoas idosas não institucionalizadas, tendo constatado que a maioria da população estudada foi considerada aderente (82,75%). Neste estudo encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso, verificando-se que a amostra dos inquiridos que não sabiam ler nem escrever foram os que apresentaram uma menor percentagem de adesão. A autora verificou ainda que o grupo dos inquiridos que apresentavam uma maior percentagem de adesão correspondeu ao grupo dos indivíduos com um valor médio mais elevado no índice de Barthel (referente ao nível de independência para

dez atividades básicas de vida diária).

3 - Intervenções/estratégias promotoras de boas práticas

Segundo Bugalho & Carneiro (2004), visando a melhoria da adesão dos doentes aos tratamentos, bem como a promoção da capacidade dos profissionais de saúde em melhorar essa adesão, e tendo por base as várias intervenções apresentadas em dezenas de estudos, destacam-se as *intervenções educacionais* (relativamente ao conhecimento acerca da doença e/ou medicação) e as *intervenções comportamentais* (relativamente a incorporação de mecanismos de adaptação e facilitação no cumprimento dos tratamentos propostos, integrado nas rotinas diárias). As primeiras podem incluir, em regime individual ou em grupo, a disponibilização de material escrito, audiovisual, ou através da oralidade. As intervenções comportamentais, avaliadas em múltiplos artigos, integram o “aumento da comunicação e aconselhamento”, a “simplificação dos esquemas terapêuticos”, “o envolvimento dos doentes no seu tratamento”, “os memorandos”, o “reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos”.

Como nos cita Giorgi (2006, p.47) “para cada paciente ou grupo de pacientes existem estratégias que, quando aplicadas, aumentam consideravelmente a adesão ao tratamento e a sua eficiência”, sendo importante identificar-se as variáveis que estão envolvidas e

associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas emanadas.

Monterroso, Pierdevara e Joaquim (2012) referem-nos que a adesão ao regime terapêutico medicamentoso constitui um dos problemas que preocupa os profissionais de saúde das diversas áreas. A prevenção, reabilitação e a cura da maioria das doenças pressupõe a compreensão do utente relativamente à necessidade em cumprir-se criteriosamente o tratamento que lhe está prescrito. Nesse sentido, como nos referem os autores, a melhoria da atuação das equipas de saúde implica o conhecimento prévio da realidade de cada zona geográfica, por forma a adaptar-se os respetivos planos de intervenção à população em questão.

Tendo por base o estudo publicado por Monterroso, Joaquim e Sá (2017), relativamente às estratégias, salienta-se:

- quanto ao número de fármacos, “a simplificação do tratamento medicamentoso poderá, indubitavelmente, melhorar o autocuidado entre os idosos” (p.7).

- relativamente ao esquecimento responsável pela não adesão, o profissional de saúde poderá minimizar o problema através da utilização de lembretes (seja por mensagens escritas por telemóvel, seja por aconselhamento através de chamada telefónica). Ainda segundo estes autores, também aqui os meios informáticos poderiam

ajudar, contudo tal pressupõe que os indivíduos estejam capacitados, aptos para usarem os mesmos, o que nem sempre acontece.

Cruz (2017) destaca-nos um projeto criado para o espaço europeu, denominado de *ABC Project*, tendo como missão e principais objetivos (Cruz, 2017, p. 14):

- obter um consenso europeu sobre a terminologia utilizada no campo da não-adesão;
- identificar os determinantes da não-adesão ao tratamento de curto e de longo prazo;
- obter uma visão das práticas atuais de gestão da adesão;
- avaliar a eficácia das intervenções para aumentar a adesão; estimar o custo-efetividade das intervenções para aumentar a adesão;
- desenvolver uma política de recomendações com vista a promover a adesão dos doentes nos cuidados de saúde da União Europeia.

Segundo o mesmo autor, da análise dos resultados de um estudo efetuado numa das etapas do projeto permitiu que fossem emanadas 25 soluções de ordem prática para combater a não adesão. Estas foram priorizadas com base na sua importância e viabilidade em termos de operacionalidade, direcionadas para:

intervenções com e para os doentes (Patient-focused solutions), intervenções para profissionais de saúde (Health care professional-focused solutions), ações de apoio à parceria entre doentes e profissionais de saúde (Health care professional–patient interaction-focused solutions), ações direcionadas para a medicação (Medication-focused solutions), intervenções ao nível do sistema (Healthcare systems solutions) e ações por parte dos governos (Government/payer-focused solutions (Clyne, White & McLachlan, 2012, citados por Cruz, 2017, p.15).

Os profissionais de saúde têm um papel de extrema importância no que concerne ao incremento da adesão à terapêutica medicamentosa por parte da população idosa, tendo por base uma abordagem multidisciplinar, que envolvam para além do próprio idoso e da equipa de saúde, as redes de apoio social informal, que são muitas vezes os cuidadores de muitos destes idosos, bem como ainda as redes de apoio formal. Nunca descorando esta multidisciplinariedade e especificando para o âmbito da vasta literatura em enfermagem gerontológica e geriátrica, muitos autores salientam o papel dos enfermeiros na capacitação das pessoas idosas em agir de forma independente em relação à toma da sua medicação, exigindo uma cuidadosa avaliação, educação e implementação de intervenções bem planeadas. Como nos refere Eliopoulos (2014), uma intervenção deve ser planeada visando uma administração segura dos medicamentos,

para tal a avaliação prévia do risco é de extrema importância, nesse sentido deve-se estar atento a: “uso de vários medicamentos; deficiência cognitiva; deficiências auditivas; mãos artríticas ou débeis; antecedentes de não cumprimento para com o tratamento; a falta de conhecimento relativamente aos medicamentos; economia limitada; analfabetismo; falta de um sistema de apoio; antecedentes de automedicação inapropriada; presença em casa de medicamentos caducados” (p.235). A autora salienta a necessidade de fornecer-se ao utente idoso e seus cuidadores uma descrição detalhada, oralmente e por escrito, do nome dos medicamentos, horário de administração, via de administração a utilizar, ação esperada, reações adversas mais comuns e precauções especiais. As reações adversas podem também resultar da incompatibilidade resultante da ingestão concomitante com certos alimentos e/ou medicamentos.

São exemplo de medidas (estratégias) que incrementam a segurança e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso, as que nos apresentam nas suas publicações, Wold (2013) e Williams (2020), tais como:

- Associação dos horários da medicação aos acontecimentos diários periódicos, como por exemplo o horário das refeições, quando possível. Alertar sempre para o facto de que existe medicação que requer um horário específico (como por exemplo, antes ou após as

refeições).

- Os medicamentos devem ser preparados num ambiente bem iluminado, por forma a evitarem-se erros com os mesmos. As pessoas com problemas de visão devem adotar medidas que os compensem. Adoção de estratégias que auxiliem as pessoas mais idosas a reconhecer os fármacos que necessitam tomar, aplicando-se códigos de cores, fotografias, ou distintas texturas nos frascos que devem conter os respetivos medicamentos. Relativamente à medicação líquida, pode-se recorrer à marcação dos copos de medicação com linhas escuras, ou fitas adesivas, para melhorar-se a precisão da quantidade a tomar. Proporcionar lupas para auxiliar a leitura da informação.

- Dado que alguns frascos possuem uma tampa de segurança de difícil manuseamento, aquando de pessoas idosas portadoras de alguma deterioração ao nível da funcionalidade, pode ser difícil conseguir abrir os mesmos, pelo que estes devem ser substituídos por outros de abertura fácil.

- Estabelecer medidas para distinguir e separar embalagens/frascos que sejam similares.

- Proporcionar informação acerca do correto armazenamento dos medicamentos, longe da luz direta e da humidade.

- Obter ou desenhar um sistema que facilite a adesão terapêutica.

Existem caixas de medicação que facilitam a colocação dos medicamentos em função do dia da semana e da hora. Existem sistemas de alerta que permitem recordar que está na hora de tomar a medicação.

- Alertar que os utentes devem estar bem despertos quando for necessário tomar a medicação, pois a sonolência pode contribuir para erros de medicação.

Como problema de saúde pública, compete-nos a todos nós contribuir para a melhoria dos problemas associados à não adesão, tendo como premissa a promoção da qualidade de vida e bem-estar ao mais alto nível possível.

Referências Bibliográficas

- Bugalho, A., & Carneiro, A.V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Cruz, R.S. (2017). Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde e Tecnologia*, 18, 11-16. <http://dx.doi.org/10.25758/set.2041>
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100. Disponível em:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862001000200006

- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: Revisão. *Millenium*, 40, 201-219. Disponível em: <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Eliopoulos, C. (2014). *Enfermería Gerontológica* (8ª ed). Barcelona: Wolters Kluwer España
- Ermida, J.G. (1995). Envelhecimento demográfico, doença e cuidados de saúde. In P. Reis (ed.), *Temas geriátricos*. Lisboa: Prismédica.
- EUROSTAT (2020). *Population structure and ageing/pt - Statistics Explained*. Disponível em: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/pdfscache/64803.pdf>
- Giorgi, D.M.A. (2006). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 47-50.
- Guan, W., Liang, W., Zhao, Y., Liang, H., Chen, Z., Li, Y., ... He, J. (2020). Comorbidity and its impact on 1590 patients with Covid-19 in China: A Nationwide Analysis. *European Respiratory Journal*, 55: 2000547. <https://doi.org/10.1183/13993003.00547-2020>

- Gusmão, J. L., & Mion Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento: Conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 23-25.
- ICN (2019). Browser CIPE. Retrieved from International Council of Nurses website: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Instituto Nacional de Estatística (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2020a). *Índice de envelhecimento (N.º) por Sexo; Anual - INE), Estimativas anuais da população residente (2019)*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001272&xlang=pt&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística (2020b). *Causas de morte 2018*. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=399595079&DESTAQUESmodo=2
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge - INSA (2019). *Infográfico INSA — Doença crónica*. Disponível em: <http://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa---doenca-cronica/>
- Leite, S.N., & Vasconcellos, M.P.C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e

pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000300011>

- 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. 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>
- Marcos, A. A. (2014). *Adesão Terapêutica nos Idosos do Concelho de Macedo de Cavaleiros*. Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Pública. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde 2018, Portugal. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

- Monterroso, L., Pierdevara, L., & Joaquim, N. (2012). Avaliação da adesão regime terapêutico dos utentes seguidos na consulta externa de psiquiatria do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 7, 21-25.
 - Monterroso, L.E.P., Sá, L.O., & Joaquim, N.M.T. (2015). Adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de Cuidados Continuados. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (5), 9-16.
<https://dx.doi.org/10.12707/RIV14047>
 - Monterroso, L.E.P., Sá, L.O., & Joaquim, N.M.T. (2017). Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspectos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(3), e56234.
<https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.56234>
 - OMS (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Organização Mundial de Saúde. Disponível em: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
- Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Drug Therapy: Adherence to Medication. *N Engl J Med*, 353 (5), pp.487-97. doi: 10.1056/NEJMra050100. PMID: 16079372.

- Paradinha, M.R.A. (2018). *Adesão ao Regime Terapêutico Medicamentoso em idosos no Concelho de Bragança*. Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Williams, P. (2020). *Enfermeria Geriátrica*. Barcelona: Elsevier.
- Wold, G.H. (2013). *Enfermagem Gerontológica* (5ª ed.). São Paulo: Elsevier.