



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

ADESÃO TERAPÊUTICA NOS IDOSOS DO CONCELHO DE MACEDO DE CAVALEIROS

Alípio Augusto Marcos

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do IPB para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de saúde Pública.

Orientação Científica:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Bragança, Maio de 2014

ADESÃO TERAPÊUTICA NOS IDOSOS DO CONCELHO DE MACEDO DE CAVALEIROS

Alípio Augusto Marcos

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde do IPB para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Pública.

Orientação Científica:

Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

Professor Doutor Carlos Pires Magalhães

Bragança, Maio de 2014

*“Sozinhos podemos ir mais rápido,
mas juntos iremos mais longe”*

(Victor Hugo)

RESUMO

Na atualidade os países desenvolvidos enfrentam grandes desafios relacionados com o envelhecimento demográfico. O aumento da esperança média de vida e o elevado número de doenças crónicas implicam uma necessidade tendencialmente crescente de recursos, sendo necessário identificar problemas, fazer opções e definir estratégias. A avaliação da adesão à terapêutica nos idosos é um elemento indispensável para uma gestão adequada de recursos, promovendo a qualidade da saúde.

Neste sentido, desenhou-se um estudo descritivo, analítico de carácter transversal com o objetivo de avaliar a adesão à terapêutica dos idosos. A população alvo compreende os idosos do concelho de Macedo de Cavaleiros, á qual foi aplicado um formulário composto pela caracterização sociodemográfica e clínica, acessibilidade aos profissionais, aplicação da escala de Barthel, e escala Medida de Adesão Terapêutica (MAT).

No presente estudo participaram 376 indivíduos, sendo 56,6% (213) do sexo feminino e 43,3% (163) do sexo masculino. A idade média situa-se nos 78,8 anos com desvio padrão de 8,11 anos a partir do mínimo de 65 e máximo de 98 anos. Verifica-se ainda que 132 dos inquiridos (35,1%) têm 65 a 75 anos, 156 (41,5%) tem 76 a 85 anos e 88 inquiridos (23,4%) tem idade superior a 85 anos.

Como resultado do MAT, verificamos que 72 dos inquiridos (19,1%) foram considerados aderentes e 304 dos inquiridos (80,9%), foram classificados como não aderentes ao regime terapêutico. Das variáveis estudadas constatou-se que a adesão ao regime terapêutico está significativamente associado ao sexo, idade, habilitações literárias, pessoa com quem vive, número de doenças, número de medicamentos ingeridos, necessidade de ajuda na preparação da medicação, classificação dos serviços, da acessibilidade e do nível de independência.

Palavras-chave: Idoso; envelhecimento; adesão terapêutica

ABSTRACT

At present, the developed countries face major challenges related to the ageing population. The increase of life expectancy and the high number of chronic diseases imply a need to continuous growing resources, being necessary to identify problems, make choices and set strategies. The evaluation of adherence to therapy in the elderly is an indispensable element for proper management of resources, promoting the quality of health.

In this way, a descriptive, analytical and cross-sectional study was drawn in order to assess adherence to therapy of the elderly. The target population consisted of the elderly in the municipality of Macedo de Cavaleiros, to whom was applied an questionnaire by interview composed by sociodemographic and clinical characterization, accessibility to professionals, the Barthel index, and Therapeutic Adhesion Measurement scale (MAT).

A sample of 376 individuals was gathered, with 56.6% (213) female and 43.3% (163) male. The average of ages was 78.8 years with a standard deviation of 8.11 years from 65 minimum and maximum of 98 years. We also concluded that 132 of the respondents (35.1%) are 65 to 75 years old, 156 (41.5%) are 76 to 85 years old and 88 of the respondents (23.4%) are over 85 years.

As a result of the MAT, we concluded that 72 of the respondents (19.1%) were considered to be adherent and 304 (80.9%), were classified as non-adherent to the treatment regimen. We also found that adherence to the treatment regimen is significantly associated with gender, age, educational qualifications, person with whom the person lives, number of diseases, number of medications intake, need for help to prepare medication, classification of services, the accessibility and level of independence.

Keywords: aged people; aging; therapeutic adhesion

RESUMEN

En la actualidad, los países desarrollados enfrentan grandes desafíos relacionados con el envejecimiento de la población. El aumento en la expectativa de vida promedio y el elevado número de enfermedades crónicas implica una necesidad para tienden a ser crecientes recursos, siendo necesario identificar problemas, tomar decisiones y establecer estrategias. La evaluación de la adherencia al tratamiento en los ancianos es un elemento indispensable para la correcta gestión de los recursos, promover la calidad de la salud.

Con este fin, señala un estudio de investigación cuantitativa para evaluar adherencia al tratamiento de los ancianos. La población objetivo se integra de la tercera edad en el municipio de Macedo de Cavaleiros, a que se ha aplicado una forma compuesta por sociodemográficas y caracterización clínica, la disponibilidad de profesionales, aplicando la escala del índice de Barthel y escala de medición de la adherencia terapéutica (MAT).

En este estudio, 376 personas participaron, con 56,6% (213) femenino y masculino de 43.3% (163). La edad media se sitúa en 78,8 años con una desviación estándar de 8,11 años 65 mínimo y máximo de 98 años. Resulta que 132 de los encuestados (35,1%) tiene 65 a 75 años, 156 (41,5%) tiene 76 años 85 y 88 los encuestados (23.4%) es sobre la edad de 85 años.

Como resultado de la estera, encontramos que 72 de los encuestados (19.1%) eran considerados ser adherente y 304 de los encuestados (80,9%), fueron clasificados como no adherente al régimen de tratamiento. De las variables estudiadas se encontró que la adherencia al tratamiento régimen se asociaron significativamente con la edad, género, persona con quien vive, número de enfermedades, número de medicamentos que se toman, calificaciones educativas, necesita ayuda en la preparación de la medicación, clasificación de los servicios, la disponibilidad y nivel de independencia.

Palabras clave: Mayor; Envejecimiento; Adherencia Terapéutica

Agradecimentos

A realização deste trabalho implicou a participação de pessoas idosas, sem as quais a sua concretização não seria possível, para estes o meu muito obrigado. Gostaria de agradecer a todos os que direta e indiretamente contribuíram para a concretização dos objetivos.

Um agradecimento direto aos orientadores deste estudo pela orientação e disponibilidade fornecida, à minha orientadora Professora doutora Adília Silva Fernandes e ao meu coorientador Professor Doutor Carlos Magalhães.

À minha esposa Paulina e aos meus filhos, João e Rita pelo tempo perdido e pela ajuda fundamental.

Agradeço a todas as juntas de freguesia pela sua participação e disponibilidade, e às associações que colaboraram na divulgação do estudo e mobilização de idosos.

ACRÓNIMOS E SIGLAS

CEPCEP – Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa

CES – Conselho Económico Social

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EU – União Europeia

HTA- Hipertensão Tensão Arterial

INE – Instituto Nacional de Estatística

MAT – Medida de Adesão Terapêutica

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

SNS – Serviço Nacional de Saúde

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice Geral

Introdução	1
I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I. O Envelhecimento e a Pessoa Idosa	5
1.1 Definição de idoso.....	5
1.2 A velhice	6
1.3 Envelhecimento.....	11
1.4 Envelhecimento demográfico.....	14
CAPÍTULO II. Adesão Terapêutica nos Idosos	26
2.1 Conceitualização de adesão terapêutica	26
2.2 Determinantes da adesão à terapêutica	30
2.3 Não adesão terapêutica.....	34
II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO.....	37
CAPÍTULO III. Metodologia	38
3.1 Contextualização do estudo e objetivos	38
3.2 Tipo de estudo	41
3.3 Participantes	42
3.4 Variáveis em estudo.....	43
3.4.1 Variáveis independentes.....	44
3.4.2 Variável dependente	47
3.5 Instrumento de colheita de dados	48
3.5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica do idoso.....	48
3.5.2 Questionário Medida de adesão aos tratamentos.....	49
3.5.3 Acessibilidade aos profissionais de saúde	50
3.5.4 Escala de atividades básicas de vida diária	51
3.6 Procedimentos	51
3.6.1 Procedimentos éticos e deontológicos	51
3.7 Metodologia e tratamento de dados	52
4. Apresentação e Análise dos dados	54
5. Discussão dos resultados.....	70

Conclusões, Limitações e Sugestões.....	75
Bibliografia.....	78
ANEXOS.....	92
Anexo I. Questionário	93
Anexo II. Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação.....	102
Anexo III - Testes Estatísticos utilizados	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- População residente em Portugal (estimativas segundo cenário central)	17
Tabela 2 - Distribuição da população do concelho de Macedo de Cavaleiros por sexo e faixa etária.....	40
Tabela 3 - Caraterísticas sociodemográficas da amostra	54
Tabela 4 - Distribuição da amostra de acordo com as variáveis “tipo de doença”	56
Tabela 5 - Distribuição da amostra em função das variáveis clínicas	57
Tabela 6 - – Distribuição da amostra em função da avaliação de Adesão aos Tratamentos ...	59
Tabela 7 - Cruzamento da variável “adesão ao regime terapêutico” com as variáveis resultados do teste de independência do Qui-quadrado e determinantes da adesão ao regime terapêutico e o ODDS RATIO	64
Tabela 8 - Caraterização da amostra em função da adesão ao regime terapêutico em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, resultados dos testes estatísticos.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

Figura 1 - População residente em Portugal de 1991 a 2012.....	17
Figura 2 - Esperança de vida à nascença em Portugal 1989/1991 a 2010/2012	18
Figura 3 - Índice sintético de fecundidade em Portugal 1991 a 2012.....	21
Figura 4 - Índice de envelhecimento em Portugal 1991 a 2012	22
Figura 5 - Índice de dependência de idosos em Portugal 1991 a 2012.....	23
Figura 6 - Despesa da segurança social em % PIB em Portugal	25
Gráfico 1 - Caraterização do processo de marcação de consulta.....	61
Gráfico 2 - Caraterização do tempo de espera da marcação até à consulta	61
Gráfico 3 - Caraterização da qualidade dos cuidados recebidos.....	62
Gráfico 4 - Caraterização da qualidade da acessibilidade	62
Gráfico 5 –Caraterização dos idosos de acordo com o grau de dependência nas actividades básicas de vida diárias (Índice de Barthel) -----	63

Introdução

Na atualidade, o envelhecimento da população é considerado um processo onde as modificações da estrutura etária e as mudanças na organização da sociedade são apenas algumas das importantes transformações a que se tem vindo a assistir, provocando alterações com consequências sobre os indivíduos, famílias, comunidades e nações de todo o mundo. Esta transformação demográfica que se tem vindo a observar com maior relevância nos países industrializados, com o aumento da esperança média de vida e a diminuição da natalidade, leva-nos para uma nova realidade onde está subjacente o aumento da proporção de idosos com múltiplas condições crónicas e desordens degenerativas (Sousa, Pires, Conceição, Grenha & Braz, 2011).

Envelhecer nem sempre foi considerado um problema, era encarado como um fenómeno natural, pois as pessoas que envelheciam eram em número reduzido, assim envelhecer era uma mais-valia social, dado que os idosos eram considerados como detentores de conhecimentos e transmissores de saber (Costa, 1999).

O envelhecimento à escala que se apresenta a nível da sociedade ocidental, torna-se um problema recente onde as pessoas tendem a viver mais anos provocando diversas alterações sociais inerentes ao idoso (Costa, 2011).

Com a esperança média de vida a aumentar, a longevidade humana é uma realidade de tal forma que se vive a ambição de não se ficar velho (Sequeira, 2007).

Segundo Figueiredo (2007), o aumento da esperança média de vida tem sido tão acentuado que atualmente, a nível dos países industrializados, e em particular no nosso país, o número de idosos com mais de 65 anos é considerado um fenómeno recente fruto essencialmente dos progressos da medicina melhores cuidados de saúde, higiene e nutrição.

Todos estes fatores são responsáveis pelas alterações demográficas atuais, que nos merecem uma reflexão profunda dadas as consequências que estamos a viver a nível social, económico e cultural.

Segundo Gordon, Smith, e Dhillon (2007), o aumento da idade está associado ao aumento de doenças crônicas e degenerativas. É comum os idosos apresentarem vários problemas de saúde referentes a vários órgãos ou sistemas em simultâneo, o que obriga à toma de múltiplos medicamentos. Existem estudos que comprovam a associação positiva entre a idade e o uso de medicamentos como consequência dos problemas crônicos de saúde dos idosos que fazem deles grandes consumidores de medicação e tratamentos. Assim Giorgi (2006) remete-nos para uma necessidade de melhoria da qualidade dos serviços e profissionais promovendo a excelência dos cuidados, pelo que, é de extrema importância o relacionamento que se estabelece entre o doente e os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento para que este possa ser seguido corretamente e sem desistências, bem como o tempo de demora para marcação de consultas.

As doenças crônicas associadas ao idoso são responsáveis pelo elevado número de prescritores, tratamentos prolongados e aumento acentuado de medicamentos, que influenciam os níveis de adesão a terapêutica. Todos estes fatores associados à idade, e à toma de vários medicamentos, são considerados determinantes de internamentos recorrentes, considerando-se a polimedicação como responsável por cerca de 10 a 20% dos internamentos hospitalares (Henriques 2007).

Atendendo ao referido pareceu-nos relevante a realização deste estudo para desta forma conhecer a realidade sobre a adesão a terapêutica dos idosos do nosso concelho, propondo como ponto de partida os seguintes objetivos:

- Avaliar a adesão terapêutica dos inquiridos;
- Identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão terapêutica;
- Estabelecer a relação entre a adesão terapêutica e a acessibilidade da equipa de saúde;
- Identificar a relação da adesão a terapêutica com o grau de dependência.
- Propor soluções para os problemas identificados.

Como metodologia para a concretização dos objetivos recorreu-se a um estudo de investigação quantitativo, observacional, descritivo, analítico e transversal.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, a primeira refere-se ao enquadramento teórico, onde começamos por abordar a definição de idoso, velhice e as suas dimensões envolventes, o envelhecimento como um processo, o envelhecimento demográfico como um fenómeno, adesão e não adesão terapêutica e determinantes relacionados com a adesão à terapêutica. A segunda parte diz respeito ao estudo empírico, que engloba a metodologia, utilizada e a apresentação dos resultados seguida da discussão dos mesmos

I PARTE – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I. O Envelhecimento e a Pessoa Idosa

1.1 Definição de idoso

A palavra “idoso” tem a sua origem do latim “aetas” que significa idade, era, época; “aetas” é um substantivo feminino que corresponde à idade ou espaço de tempo humano. Assim idoso significa cheio de idade, abundante em idade. A palavra “velho” também aparece como referência às pessoas com muita idade, mas esta ganhou conotação negativa por estar associada a ideia de coisa inútil (Martinez,1997,citado por Indalencio, 2007).

Segundo Papaléo Netto (1996, citado por Rodrigues & Soares 2006) Idoso, em termos de conceito e classificação tem sido motivo de vários estudos e definições, quer a nível particular quer a nível institucional. Se numa fase inicial da classificação, o idoso era aquele que tinha muita idade, hoje a visão sobre o idoso vai para além da idade cronológica, tentando encontrar um conceito mais amplo por forma a classificar o idoso segundo novas terminologias. Teixeira (1998) vem reforçar esta ideia ao afirmar que a forma como se envelhece está condicionada pelas condições sociais e culturais onde o idoso está inserido, e ainda defende que qualidade do envelhecimento está na forma como o idoso se adapta ao seu meio, ou seja a forma como encara e lida com as situações.

Dentro de todos os critérios e definições de idoso, a mais comum baseia-se no limite etário. Do ponto de vista populacional e para sistematização de dados, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idoso aquele indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, nos países desenvolvidos, e 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento. (OMS, 1982)

Segundo o INE (Instituto Nacional de Saúde, 2002), em Portugal define-se por idoso toda a pessoa do sexo feminino ou masculino, com idade igual ou superior a 65 anos, a qual corresponde a idade da reforma.

Nazareth (2009) apresenta três passos para mudar o paradigma em relação aos idosos relativamente à idade cronológica. O primeiro apresenta uma renúncia relativamente à categorização que classifica de terceira idade todos os indivíduos que apresentem mais de 65 anos, independentemente do seu estado de saúde ou doença, estejam sós ou acompanhados. O segundo passo consiste em alterar a conceção das idades da vida que se encontram organizadas em três tipos de tempo - tempo para estudar, tempo para trabalhar e tempo para descansar. Estas estão definidas por idades limites as quais permitem que através de um simples ato administrativo, no espaço de um único dia, se possa colocar uma pessoa no mundo da inutilidade e da dependência. Ao excluirmos da vida ativa um crescente número de pessoas que não o desejam, e que se sentem capazes de continuar a serem úteis para a sociedade, lançamo-las prematuramente na senilidade e aumentamos o problema da sustentabilidade do controlo existente entre as gerações. O terceiro passo consiste em rejeitar a ideia de transição das etapas da vida, mas considerando que as etapas se complementam mas não terminam, onde o tempo para o estudo, o tempo para o trabalho e o tempo para o descanso sejam, progressivamente independentes da idade.

1.2 A velhice

Costa (1999) atribui à velhice sabedoria, identificando o velho como um ser sábio, um amigo e um conselheiro que guarda na memória o saber de gerações.

Fontaine (2000) salienta que quando falamos de envelhecimento e velhice devemos fazer distinção destes dois termos, uma vez que envelhecimento é um processo que ocorre no indivíduo e a velhice é um estado que caracteriza um grupo com determinada idade.

A velhice é uma etapa da vida fruto da civilização contemporânea, uma vez que na pré-história não havia velhos (Fonseca, 2004).

Para Lemos, Palhares, Pinheiro e Landenberger (2006) a velhice sempre foi considerada como uma etapa do final da vida humana estando associada a decadência e degradação, como que uma fase antecessora da morte. A palavra velhice está associada a significados como inquietude, fragilidade e angústia. A velhice como fase integrante do processo de envelhecimento, está rodeada de muitas conceções falsas, temores, crenças e mitos. A

imagem que se tem da velhice mediante diversas fontes históricas, diverge de cultura para cultura, de tempo para tempo e de lugar para lugar. Esta imagem reafirma que não existe uma concepção única ou definitiva da velhice mas sim concepções incertas, opostas e variadas através da história.

Para Martins (2007) a velhice pode ser considerada um conceito abstrato, uma vez que foi uma forma de categorizar a fase em que os indivíduos ficam envelhecidos, velhos, idosos. Num estudo elaborado por ele, verificou que foi mais fácil aos seus pesquisadores definirem o velho como aquele que se sente velho ou o idoso aquele que, mesmo tendo idade avançada, não se sente velho porque ainda se sente ativo e participativo.

Para Robalo (2010) definir a idade ou o estado em que o indivíduo inicia a velhice torna-se uma tarefa complexa, dada a singularidade e as diferenças existentes entre cada idoso ou cada grupo de idosos. A idade cronológica torna-se objetiva já o mesmo não se pode afirmar no que respeita as características de cada pessoa. Perante esta realidade encontrar formas ou critérios para determinar o início da velhice torna-se um trabalho difícil, gerando assim alguma controvérsia e discussão entre os profissionais pelo que esta temática tem despoletado a atenção de estudiosos nesta matéria, concluindo que a idade cronológica não pode ser considerada um marcador para definir as mudanças que acompanham o envelhecimento, apenas deve ser considerada como forma padronizada para contar os anos de vida, uma vez que o estado de velhice não depende apenas da idade mas sim das variações relacionadas com o estado de saúde e níveis de dependência. Assim a velhice é definida como uma passagem por várias dimensões: cronológica, biológica, social, funcional e psicológica.

Dimensão cronológica

A dimensão cronológica para Santos (2000) corresponde a idade, oficial dada pelo Bilhete de identidade. Assim Hoyer e Roodin (2003, citados por Schneider & Irigaray, 2008) referem que a idade cronológica, avalia o tempo decorrido desde o nascimento sendo a forma mais objetiva e simples de avaliar uma pessoa tendo em conta a sua longevidade e estado. As alterações que se têm verificado a nível da sociedade, no campo cultural e económico, têm reproduzido uma diversidade de situações no grupo dos indivíduos com 65 e mais anos, que tem dificultado o tratamento destes com base na sua individualidade, continuando a classificá-los tendo como referência a idade cronológica, considerando velhos todos os

indivíduos com mais de 65 anos (Rodrigues, 2001). Esta classificação levou à necessidade de distinção de faixas etárias, pelo que Fonseca (2004) divide a velhice em três categorias cronológicas: Idoso-jovem dos 65-74 anos, Idoso-médio 75-84 anos e Idoso-idoso 85 e mais anos.

Citando Nazareth (2009 p.182) “Não é possível conceber uma estratégia dirigida aos últimos grupos etários enquanto o significado das diferentes idades não for esclarecido. O que significa ser velho ou ser novo no século XXI?”. Na opinião deste autor é urgente aprender a separar a quantificação da velhice (85 e mais anos) da quantificação do grupo 65-74 anos, tal como também é importante, neste último grupo, a divisão entre a reforma precoce (65-74 anos) e reforma tardia (75-85 anos).

Para San Martín e Pastor (1996, citado por Schneider & Irigaray, 2008) não existe um consenso quando se define velhice tendo em conta apenas divisões cronológicas dado que estas nunca são proporcionais ao envelhecimento natural, uma vez que cada pessoa pode apresentar diferente idade fisiológica, mental ou funcional na mesma faixa etária. E a velhice deve ser definida tendo em consideração para além da idade as condições físicas, mentais e funcionais.

Dimensão biológica

Para Fernandes (1997) a velhice é o estado relativo a um ciclo biológico correspondente aos seres humanos que ficam velhos, sendo impossível mencionar num só conceito a diversidade e pluralidade de experiências e vivências da vida do indivíduo. Mas este autor acrescenta que esta fase da vida é um período com diferenças, mas que o idoso permanece sempre o mesmo ser humano. Na atualidade são utilizados os mais diversos nomes para classificar ou identificar as pessoas com idade avançada, como: terceira idade, melhor idade, adulto maduro, idoso, velho e idade madura. Para Oliveira (2005) durante este ciclo biológico ocorrem modificações corporais e mentais tais como: a diminuição da massa óssea, alterações a nível da coluna vertebral, visão, audição, olfato, perda de memória, entre outras. Mas apesar destas perdas, as funções mentais mantêm-se preservadas até ao final da vida. Neste sentido Robalo (2010) considera a velhice um estado caracterizado como a última fase do envelhecimento humano, que é acompanhado por alterações corporais como: rugas,

diminuição dos reflexos, cabelos brancos entre outras. Mas estas características podem estar presentes em pessoas não idosas, pelo que é difícil determinar a idade inicial da velhice.

Dimensão sociológica

Para Neri (2001) e Fonseca (2005) a dimensão social está relacionada com a capacidade e adequação com que o indivíduo consegue desempenhar papéis sociais e comportamentais esperados para a sua idade, esperando a sociedade destas pessoas, comportamentos compatíveis com os atributos concedidos.

Para Rodrigues e Soares (2006) a idade social na velhice deve ser observada tendo em consideração o contexto dos valores e do lugar que o idoso ocupa na sociedade e da cultura social onde está inserido.

Neri (2008) refere que a velhice é delimitada por acontecimentos de várias ordens, estes incluem perdas psicomotoras e restrição em papéis de ordem social e laboral, considerando-se este período como a última fase do ciclo vital. Neste sentido houve necessidade de fazer referência à idade segundo vários termos tendo em consideração as suas capacidades gerais. Assim segundo Schneider e Irigaray (2008) o termo terceira idade, teve a sua origem em França na década de 1960 com o objetivo de definir a idade correspondente a reforma. Fruto desta nasce o termo primeira e segunda idade como necessidade de justificar o termo terceira idade. Assim a primeira idade seria a que corresponderia à infância sendo esta uma fase em que os indivíduos não produzem mas com possibilidade de crescimento e desenvolvimento para o efeito. A segunda idade correspondia ao período da produtividade, e a terceira idade incluía a faixa etária em que o indivíduo seria não produtivo. Para Magalhães (2008) esta fase não produtiva na dimensão social corresponde ao início da reforma.

Esta categorização referente à idade é contraposta por Nazareth (2009) referindo que no decorrer do século XX foi dada grande atenção aos jovens no que respeita à sua valorização social, separando-os por grupos de forma homogénica relativamente às suas características. Não é possível, por exemplo, colocar numa mesma sala de aula um jovem de 6 anos e outro de 16 anos porque existem grupos específicos valorizados socialmente: o pré-escolar, a escolaridade obrigatória, o secundário e o superior. Encontramos assim uma forma de tratamento diferente na questão da valorização social, entre jovens e idosos. Se como

referimos nos jovens, não é possível ter um aluno de 6 anos na sala de um de 16, já nos idosos isso é uma prática, colocar num lar um idoso com 65 ou 95 anos. Podemos concluir que nos jovens as diferenças são valorizadas socialmente, no caso dos velhos isso não é prática corrente.

Para Robalo (2010) esta multiplicidade de ideias e termos, como forma de classificar a velhice, revela a importância que o conceito tem a nível do processo de envelhecimento. Os conceitos atribuídos à terceira idade são de certa forma condicionados por fatores vivenciados no momento, quer a nível pessoal quer social de forma a ocultar determinados estereótipos que estão associados a esta idade. Para este autor existe uma necessidade de esclarecer e formar os indivíduos e a sociedade por forma a aceitar a velhice como sinónimo de sabedoria e conhecimentos acumulados sentindo orgulho da longevidade conseguida.

Dimensão funcional

Para Santos (2000) a velhice não significa doença ou incapacidade, mas sim menor capacidade do organismo, da qual resultam alterações sociais, económicas e éticas. Pelo que as políticas sociais devem criar estratégias para colmatar essas vulnerabilidades e promover o bem-estar dos indivíduos.

A velhice é uma etapa resultante da deterioração e declínio da funcionalidade do indivíduo, que o pode levar a situações de incapacidade e desenvolvimento negativo (Imaginário, 2004).

Para Rodrigues e Soares (2006) a velhice é considerada a última fase do ciclo de vida que se manifesta por redução das capacidades funcionais como a capacidade de trabalho, perdas a nível motor, afetivas, psicológicas, perda de papéis sociais e solidão.

A velhice funcional “corresponde à utilização do termo «velho» como sinónimo de incapaz ou limitado e reflete a assimilação tradicional de velhice e limitações” (Morgas, 1995, citado por Magalhães, 2008, p.8). Para este autor a velhice pode ou não estar associada a incapacidade, mas mesmo estando presente alguma incapacidade ou limitação, estas não se tornam impeditivas do idoso ter uma atividade de vida plena, considerando que as deformações e mitos são mais responsáveis pelas barreiras da funcionalidade do que propriamente as deficiências reais. Neste sentido Sequeira (2010) refere que a incapacidade funcional não implica alterações na parte cognitiva e emocional, está sim associada ao

desempenho motor e funcional e à capacidade que o indivíduo tem em realizar as suas atividades.

Dimensão psicológica

Segundo a OMS (2005) as alterações de domínio cognitivo muitas vezes não são provocadas pelo envelhecimento mas sim por falta de prática, uso excessivo de álcool e outras drogas, isolamento, solidão, diminuição da autoestima, e outros fatores sociais.

Para Rodrigues e Soares (2006) a dimensão psicológica, está relacionada com lapsos de memória, orientação e concentração, dificuldade na aprendizagem entre outras capacidades cognitivas. Neste sentido a dimensão psicológica tem a ver com as competências de comportamento que o indivíduo apresenta face as exigências que o seu meio lhe exige como inteligência, memória, reflexos e linguagem (Cancela, 2007).

Segundo Carrajo (1999, citado por Magalhães, 2008) a dimensão psicológica contempla a velhice com base nas alterações cognitivas e afetivas que se verificam com o avançar da idade.

1.3 Envelhecimento

O envelhecimento como processo, envolve o termo idoso, passagem da vida até á qual de uma forma progressiva e dinâmica se vão desenvolvendo alterações a nível funcional, morfológico, bioquímico e psicológico, as quais vão provocando a diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente, tornando o indivíduo mais frágil e vulnerável a todos os processos patológicos que o podem levar a morte (Filho & Alenquer, 1998).

Tem-se verificado através da evolução da ciência e tecnologia, uma preocupação de toda a sociedade em prolongar a longevidade humana, de tal forma que na atualidade nos apresentamos perante um desafio que é a quantidade de idosos para os quais se torna necessário obter condições e qualidade de vida que promovam o seu bem-estar (Paúl & Fonseca, 2005).

Para Paúl e Fonseca (2005) o processo do envelhecimento é resultado da evolução funcional e morfológica progressiva, fruto da interação de vários fatores: biológicos que pela sua vulnerabilidade afetam o funcionamento de órgãos, tecidos e células; o psicológico que se refere às decisões, comportamentos e atitudes e o social que se reporta aos papéis sociais que o indivíduo representa.

Cancela (2007) considera que o envelhecimento é classificado como um estágio de tendência para a terceira ou quarta idade, mas torna-se difícil de determinar o seu início, estado ou gravidade, dado estar dependente do nível de degradação em que o indivíduo se encontra a nível biológico, psicológico e social, assim podemos afirmar que envelhecemos de forma muito heterogénea face a estas condicionantes. Neste sentido para melhor compreensão do processo de envelhecimento Barbosa (2007), Medeiros (2000), Zimmerman (2000), apresentam três componentes: a biológica, psicológica e social. Como também refere a DGS (2006) o envelhecimento pode ser definido como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos.

O envelhecimento humano, cada vez mais, é entendido como um processo influenciado por diversos fatores, como género, classe social, cultura, padrões de saúde individuais e coletivos da sociedade, entre outros. (Nazareth 2009).

O envelhecimento é um processo complexo e diferenciado, uma vez que cada indivíduo tem um percurso de vida próprio quer a nível económico, físico, psicológico, familiar e ambiental. Todos estes fatores e contextos influenciam a qualidade de vida e o bem-estar formando assim a personalidade do indivíduo o que leva a um envelhecimento heterogéneo na perspetiva do centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa (CEPCEP 2012).

Envelhecimento biológico

Carvalho e Alencar (1998) vêem o envelhecimento biológico como um processo complexo que pode ser definido como uma multiplicidade de interações fisiológicas determinadas por tecidos e órgãos específicos relacionados com a idade que associados ao estilo de vida e fatores ambientais podem determinar a sua evolução.

O envelhecimento não é apenas a passagem ao decorrer do tempo, mas também as manifestações e alterações biológicas que vão ocorrendo ao longo de todo esse percurso de tempo. Fontaine (2000) refere que o envelhecimento cronológico é apenas uma convenção, em que o tempo não exerce influência sobre o organismo.

Para Pimentel (2005) o envelhecimento biológico é variável estando este fortemente relacionado e dependente de doenças e incapacidades, essencialmente a demência senil. Estas alterações não se iniciam no início da velhice mas sim ao longo do percurso de vida muito antes da manifestação dos sinais de envelhecimento. Por sua vez Sequeira (2007) explica que essas alterações no indivíduo ocorrem pela diminuição da taxa metabólica devido à redução das trocas energéticas do organismo, associado a uma baixa na capacidade das células. Estas transformações físicas conduzem a uma menor eficiência dos sistemas orgânicos, levando esta degradação à vulnerabilidade do indivíduo e ao aparecimento de doenças crônicas. Neste sentido Moreira (2001, citado por Barbosa, 2007) refere que o envelhecimento biológico está associado à degradação do organismo através da alteração do funcionamento dos seus órgãos e tecidos, como a diminuição de massa muscular, da força, alteração da função hepática, cardíaca e renal levando à diminuição de várias capacidades dependentes destes órgãos. Como o ser humano está em constante adaptação, algumas alterações podem ter início por volta dos 40 anos terminando apenas quando o organismo perder a capacidade de adaptação (Berger & Mailloux-Poireier, 1995, citados por Magalhães, 2008).

Envelhecimento psicológico

Para Mestre (1999) o envelhecimento psicológico deve-se a alterações a nível das faculdades psíquicas e físicas que por sua vez levam o idoso para um sentimento de desadaptação ao meio, perda de objetivos de vida, afastamento da família e amigos, sentido de inutilidade, dependência física e económica. Neste sentido Barbosa (2007) apresenta como fator do envelhecimento psicológico o tempo ao longo do qual o equilíbrio psicológico se torna mais difícil, quer pelo desgaste da personalidade quer pela diminuição das capacidades cognitivas, deterioração da memória, diminuição da afetividade e insegurança. Para Sequeira (2007) o envelhecimento provoca no indivíduo alterações a nível da inteligência, ficando sujeito a diminuição da capacidade deste para receber, descodificar e reter informação, o que conduz a

um abrandamento cognitivo. Associada a esta característica encontram-se as alterações de memória.

Okuma (2009, citado por Vargas, 2010) refere que o envelhecimento psicológico está dependente das alterações psíquicas e sociais que vão ocorrendo ao longo do envelhecimento.

Envelhecimento social

O envelhecimento social tem como consequência todas as vivências sociais a que o indivíduo esteve exposto ao longo do seu percurso de vida como questões relacionadas com o trabalho e a família (Barbosa, 2007).

Para Figueiredo (2007) a reforma é um marco decisivo para a perda de papéis sociais, não só na área profissional como nos contatos sociais, rotinas, objetos, aspetos relacionados com a diminuição do rendimento e a perda de sentido de utilidade. Associado a este marco encontram-se as alterações físicas e psicológicas que por sua vez levam a alterações e transformações a nível dos processos sociais, o que leva os idosos a adaptação destas alterações como novas condições de vida. Neste sentido, Imaginário (2004) e Sequeira (2007) referem que a reforma no indivíduo pode ser encarada como um período de alterações ou limitações funcionais e cognitivas que podem ser responsáveis pelo afastamento deste das redes sociais podendo incluir a família e amigos, levando estas situações a despoletar no indivíduo sentimentos de medo, solidão e angustia.

Para Rocha (2007) envelhecer faz parte integrante do desenvolvimento humano e é algo individual. Toda a pessoa que envelhece, fá-lo de forma diferente do outro e a forma como se encara esse processo, difere de cultura para cultura. Como refere Nazareth (2009) a sociedade sempre se preocupou com o processo do envelhecimento, dando ênfase as questões sociais, de tal forma que a nível dos Países industrializados passaram para primeira instância as políticas sociais, tendo como objetivo a melhoria das condições de vida.

1.4 Envelhecimento demográfico

Nos últimos 30 anos, segundo o INE (2002) a esperança de vida cresceu em proporção inversa à taxa de natalidade que diminuiu devido ao fim das guerras, à melhoria das

condições de vida e ao avanço da medicina. Assim, o envelhecimento da população é um dado incontornável do presente, nos Países desenvolvidos e, especialmente, na Europa. Portugal não é exceção, sendo mesmo um dos países da União Europeia que está a envelhecer mais depressa. Este facto está associado às constantes mudanças políticas e socioeconómicas, que traduzem a reestruturação familiar e profissional em todo o mundo. Carrilho (2004) refere que em Portugal o progressivo aumento da população é consequência da diminuição da fecundidade e do aumento da longevidade.

Para Imaginário (2004) o termo envelhecimento é um fenómeno recente na perspetiva histórica, tornando-se na atualidade um fato incontestável, fruto dos progressos alcançados durante o século XX tais como: diminuição da mortalidade infantil, melhores cuidados de saúde, de higiene e processos migratórios. Estes acontecimentos levaram ao aumento da longevidade e associado a este processo encontram-se as doenças associadas à evolução própria do envelhecimento, transformando frequentemente os idosos em pessoas sem autonomia ou com sérias limitações, necessitando de cuidados e apoios para a sua vida diária. A estas dificuldades vêm-se juntar as alterações da estrutura da família, que nem sempre existe, e se existe, nem sempre tem disponibilidade para apoiar os seus idosos.

De acordo com o INE (2001) foi a partir da década de 60 que a população idosa teve a maior expressão no seu perfil etário, aumentando quase um milhão de indivíduos, passando de 708570, em 1960, para 1702120, em 2001. Outro dado importante foi o índice de longevidade, que passou de 34 em 1960 para 42 em 2001.

Papaléo Netto (1996, citado por Rodrigues & Soares, 2006) diz-nos que o envelhecimento populacional apesar de ser uma realidade em todos os países desenvolvidos, começou a repercutir-se em momentos diferentes de País para País. Se verificarmos a nível europeu, o primeiro País onde se observaram sinais visíveis de envelhecimento, foi na França em finais do século XVIII. A este País seguiu-se a Bélgica, a Suíça e a Noruega, e com o início da segunda metade do século XX, este fenómeno alargou-se a todos os países da Europa e do mundo desenvolvido. Estes sinais de envelhecimento são fruto da preocupação humana com o bem-estar do indivíduo levando desta forma ao aumento da longevidade e conseqüentemente aumento da população. Neste sentido Martins (2007) refere que a qualidade e a quantidade dos recursos na saúde repercutem-se como fatores determinantes na qualidade de vida dos indivíduos mantendo padrões de saúde elevados, levando desta forma ao aumento da

esperança média de vida e contribuindo assim para o aumento do envelhecimento demográfico.

Para Fernandes (2008) a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, a evolução do conhecimento médico, das técnicas de diagnóstico e do desenvolvimento da indústria farmacêutica, contribuíram para o envelhecimento da população. Bento (2010) reforça que o envelhecimento demográfico deve-se, sem dúvida, aos avanços da ciência nomeadamente na medicina, às condições de habitabilidade, alimentação, higiene e salubridade, tudo isto fruto de uma civilização acelerada, que representa um orgulho da inteligência humana.

Em 2000 a população residente em Portugal era de 10,3 milhões, segundo os censos de 2001, estando projetado, segundo dados do INE de 2005, que em 2050 a população residente em Portugal diminuirá, podendo oscilar entre os 7,5 milhões, no cenário mais pessimista, e os 10,0 milhões no cenário mais otimista, situando-se nos 9,3 milhões de indivíduos no cenário mais provável (INE,2009).

Na continuidade destas projeções, foi realizado um estudo pelo INE (2009) que traçou vários cenários que condicionam o envelhecimento demográfico, onde se prevê num cenário central, que o número de população nacional rondara os 10 milhões de habitantes em 2060.

Este estudo teve em consideração como fatores determinantes a fecundidade, mortalidade e migrações. Partindo da população residente em Portugal em 1 de Janeiro de 2008, traçaram-se quatro cenários os quais apresentam resultados que evidenciam a incerteza associada ao futuro comportamento demográfico: o cenário central, encontra-se baseado em hipóteses que têm em consideração os atuais desenvolvimentos demográficos; o cenário baixo e elevado baseiam-se em hipóteses em que as condicionantes do desenvolvimento demográfico se afastam do cenário atual; o quarto cenário faz projeções tendo em conta a ausência de migrações.

Verificamos através dos resultados da tabela 1 referentes ao cenário central, com base nos dados de 2008 e numa projeção para 2060, um decréscimo da percentagem de indivíduos com menos de 15 anos, passando de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060. Também na faixa etária dos 15 aos 64 anos, considerada como o grupo ativo, verifica-se este decréscimo, passando de 67,2% em 2008 para 55,7% em 2060. Já na faixa etária acima dos 65 anos, a tendência é inversa à dos restantes grupos etários pois verifica-se um aumento acentuado, passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060, correspondendo a aumento de quase 100 por cento.

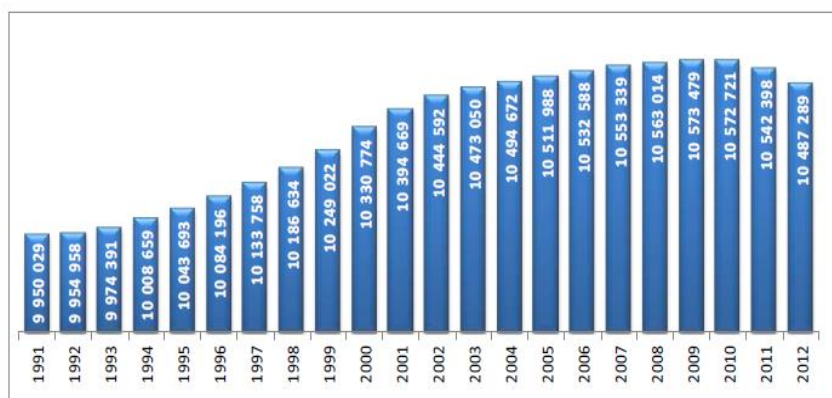
Tabela 1 – População residente em Portugal (estimativas segundo cenário central)

Faixa etária	2008	2060
Menos 15	15,3%	11,9%
15---64	67,2%	55,7%
Mais de 65	17,4%	32,3%

Fonte: INE (2009)

Como podemos observar no figura 1, que nos revela a população residente em Portugal de 1991 até 2012 (INE, 2013) verificamos um aumento gradual e acentuado até 2010 no qual atingiu o valor máximo de população no nosso País de 10 572 721 indivíduos. Verificando-se nos dois anos seguintes uma diminuição da população residente o que vem consolidar as projeções do cenário central uma vez que a população em 2012 diminui para 10 487 289 indivíduos.

Figura 1 - População residente em Portugal de 1991 a 2012

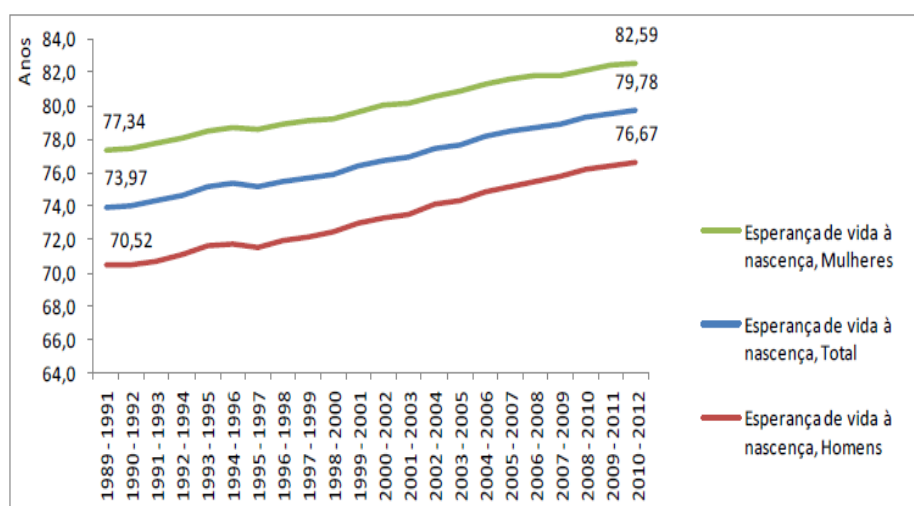


Fonte: INE (2013)

Nazareth (1994) considera ainda que o envelhecimento demográfico se encontra relacionado com as diferenças de género, verificando-se uma maior mortalidade masculina, predominante em todas as idades, o que produz um intenso desequilíbrio entre os géneros.

Podemos verificar na figura 2 o acentuado aumento da esperança média de vida nas últimas décadas, onde em 1990 era de 77,34 anos para as mulheres e de 70,52 para os homens. Até 2012 estes valores aumentaram para 82,59 anos para as mulheres e 76,67 anos para os homens, de realçar que a diferença entre os sexos se manteve aproximadamente igual ao longo das duas décadas com predomínio do sexo feminino, que revela um aumento da longevidade de aproximadamente 6 anos.

Figura 2 - Esperança de vida à nascença em Portugal 1989/1991 a 2010/2012



Fonte: INE (2013)

Causas do envelhecimento demográfico

Nos países desenvolvidos, o problema do envelhecimento demográfico começou a fazer-se sentir mais cedo. A população da EU deverá aumentar ligeiramente, passando de 502 milhões de pessoas em 2010 para 517 milhões em 2060, mas, paralelamente, deverá envelhecer bastante, estimando-se que 30% dos europeus tenham então, pelo menos 65 anos (INE, 2011).

Nas últimas décadas a melhoria das condições de saúde dos Portugueses sofreu alterações consideráveis, sendo responsável pela diminuição da mortalidade materna, perinatal e infantil,

o que permitiu o aumento da esperança de vida à nascença. Esta melhoria nas condições de saúde foram responsáveis por estas alterações, mas outros fatores estiveram na origem destas melhorias como as condições sanitárias habitacionais e sociais (Santana, 2000).

A nível dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a diminuição da mortalidade em todas as idades foi a grande responsável pelo aumento da esperança de vida, associada à diminuição das taxas de mortalidade na infância, e às doenças resultantes da civilização, como as doenças cardiovasculares e oncológicas, uma das principais causas de morte (OCDE, 2011). Hoje, estes países conseguiram reduzir para metade as mortes a elas associadas, devido aos tratamentos médicos, campanhas de sensibilização da população, e graças à diminuição dos fatores de risco responsáveis por estas doenças, tais como o tabaco, o álcool e a alimentação desequilibrada.

Segundo Carrilho e Goncalves (2004) em Portugal tem-se verificado um envelhecimento progressivo consequência da diminuição da fecundidade e aumento da longevidade. A longevidade do ser humano foi desde sempre uma preocupação dos governantes e de toda a comunidade científica, mas hoje, para além da longevidade, deparamo-nos com um problema social fruto desse trabalho científico, o envelhecimento demográfico. Para estes autores a diminuição da natalidade é, também uma causa importante a ser considerada no aumento do envelhecimento demográfico, pelas alterações que provoca na base de sustentação da pirâmide populacional, que com o tempo apresenta cada vez mais diminuição de efetivos populacionais.

Índice de fecundidade

O índice de fecundidade representa o número médio de filhos por mulher em idade de procriar (15 aos 49 anos) ao longo da vida (INE, 2014).

Em Portugal, segundo o INE (2011) o número de nascimentos tem vindo a diminuir de forma considerável desde a década de 60. Na última década, o índice de fecundidade em Portugal decresceu de 1,45 filhos em 2001 por cada mulher em idade de procriar, para 1,35 filhos em 2011. Por sua vez no concelho de Macedo de Cavaleiros o decréscimo foi de 1,42 filhos por cada mulher em idade de procriar em 2001, para 0,85 filhos em 2011, um valor muito reduzido, quando comparado com o valor da última década, nomeadamente com o valor nacional. A taxa bruta de natalidade também tem vindo a diminuir, sendo os valores em 2001

de 10,9% em Portugal e 8,2% no concelho de Macedo de Cavaleiros. Em 2011 os valores para Portugal situaram-se nos 9,2% e para o concelho de Macedo de Cavaleiros foram de 4,6%.

Nazareth (2009) diz-nos que Portugal tinha em 1970 um nível de fecundidade dos mais elevados da Europa, valores estes que sofreram uma decadência acentuada nas últimas décadas de tal forma que em 2009 tinha um dos níveis mais baixos do mundo e da Europa.

A redução de nascimentos entre outros fatores, segundo Ribeiro (2012) deveu-se essencialmente ao declínio do Índice Sintético de Fecundidade, que nos últimos anos se tem situado constantemente abaixo do limiar mínimo que permite a renovação de gerações cerca de 2,1 filhos por mulher em idade fértil.

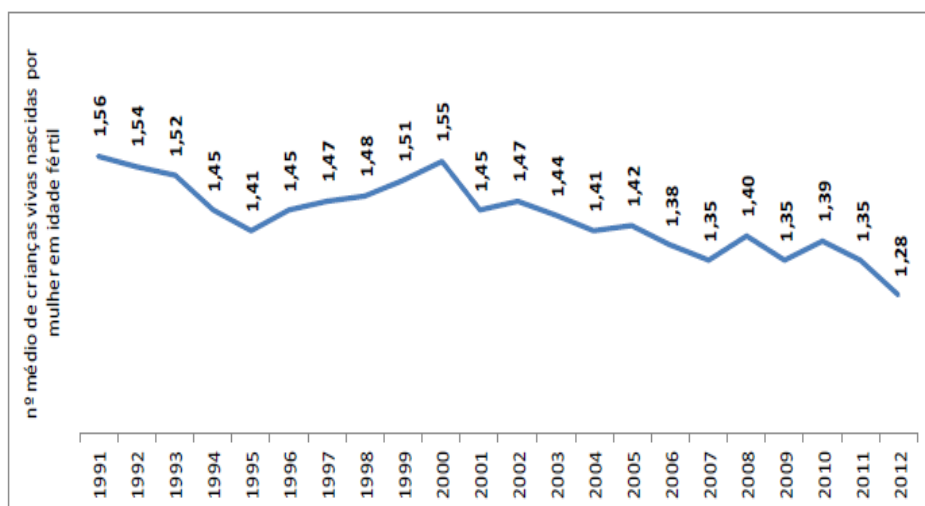
A diminuição da natalidade foi um dos fatores principais pelo atual processo de desequilíbrio entre gerações. Estas variações e alterações da fecundidade não são motivadas por causas biológicas, mas sim fruto da ação consciente de milhões de indivíduos que racionalizam as suas atitudes face à vida em função do seu modo de vida, do custo da criança, da crescente autonomia entre a vida fecunda e vida familiar (Nazareth,2009).

Apesar dos fatores que influenciaram o declínio da fecundidade serem muito generalistas é possível identificar um conjunto de fatores responsáveis. A passagem de uma economia agrícola para uma economia industrial e de serviços, a passagem de um modo de vida rural para o modo de vida urbano, a secularização, a emergência do individualismo, o aumento do nível educacional, a mudança do papel da mulher na sociedade, os modernos meios de contraceção, a mudança na estrutura e na composição da família, a emergência do género e a passagem de uma situação em que a criança era a nossa companheira de trabalho como mais-valia económica, para uma situação onde a criança passou a ser a nossa companheira dos tempos livres com acréscimo de custos familiares, fizeram com que a defesa da vida num sentido mais abrangente passasse para um segundo plano, levando à redução da dimensão familiar (Nazareth, 2009).

Podemos confirmar pela figura 3 que nos apresenta o índice sintético de fecundidade nas duas últimas décadas, uma constante diminuição deste índice, revelando em 2000, 2008 e 2010 ligeiros aumentos em relação aos anos anteriores de 1,55;1,4 e 1,39 filhos por mulher em idade de procriar respetivamente. No ano 2012 registou-se o valor mais baixo das duas décadas 1,28 filhos por mulher em idade de procriar. De realçar que durante as décadas

referidas o índice de fecundidade se situou muito aquém do desejado para permitir a renovação de gerações cerca de 2,1 filhos por mulher em idade de procriar.

Figura 3 - Índice Sintético de fecundidade em Portugal 1991 a 2012



Fonte: INE (2013)

Índice de envelhecimento

O índice de envelhecimento representa o quociente entre o número de idosos (65 ou mais anos) e de jovens (população com menos de 15 anos), expressa habitualmente por 100 jovens (INE, 2014).

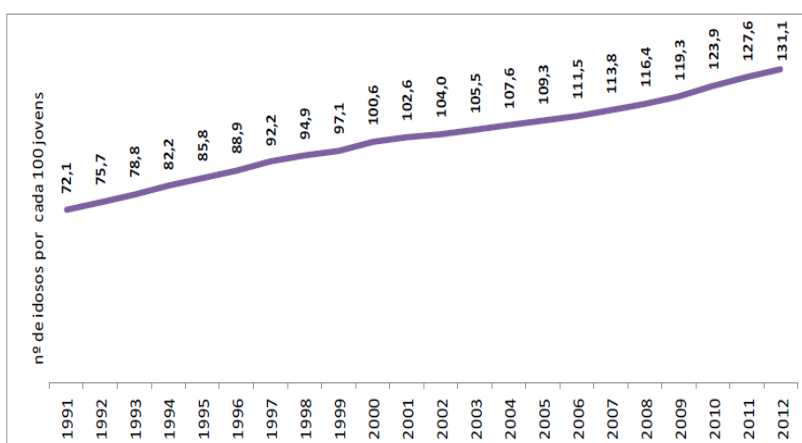
Segundo Martins (2007) o envelhecimento demográfico tornou-se uma preocupação a nível da sociedade, uma vez que este tem repercussões sociais preocupantes a nível da qualidade de vida dos indivíduos. Esta preocupação pode ser relativa ao aumento da esperança média de vida, bem como ao aumento da proporção de indivíduos idosos na população, sendo este aumento considerado envelhecimento demográfico, que se evidencia em detrimento da população jovem.

De acordo com o INE (2013) Portugal apresentava em 2001 um índice de envelhecimento de 102,6 idosos por cada 100 jovens, no mesmo ano o concelho de Macedo de Cavaleiros apresentava 156,4 idosos por cada 100 jovens. Em 2011 o índice em Portugal foi de 127,6

idosos por cada 100 jovens e no concelho de Macedo de Cavaleiros registou 240,0 idosos por cada 100 jovens. Estes valores demonstram a evidência do envelhecimento em Portugal, verificando-se no concelho de Macedo de Cavaleiros quase o dobro do valor nacional o que nos revela um concelho envelhecido.

Na figura 4 podemos observar um aumento acentuado e progressivo do índice de envelhecimento em Portugal, entre o período 1991-2012.

Figura 4 - índice de envelhecimento em Portugal 1991 a 2012.



Fonte: INE 2013

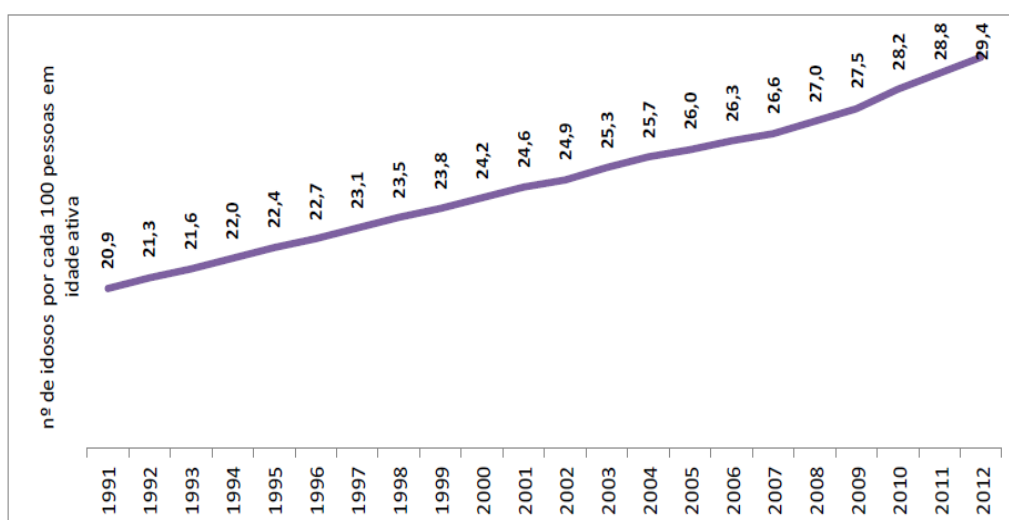
Índice de dependência de idosos

O índice de dependência de idosos é representado pelo quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população em idade ativa, expressa habitualmente por 100 indivíduos dos 15 aos 64 anos (INE, 2014).

Pelos dados do INE (2009) Portugal a esta data apresentava uma das maiores taxas de dependência na UE, com um valor de 26,3%, só ultrapassado pela Itália, Grécia e Suécia, com o valor de 30,6%, e pela Alemanha com o valor de 30,9%, sendo a média comunitária de 25,6%. Em menos de 15 anos, o índice de dependência passou em Portugal de 26,3% para cerca de 29,4%.

Em 2001 verificou-se que o índice de dependência de idosos em Portugal era de 24,4 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa e 36,1 idosos por cada 100 pessoas em idade ativa no concelho de Macedo de Cavaleiros. Em 2011 verificou-se que a dependência de idosos aumentou, sendo o valor de 28,8 idosos por cada 100 jovens para Portugal, e de 46,7 idosos por cada 100 jovens para o concelho de Macedo de Cavaleiros (INE, 2013). Na figura 5 observa-se o aumento do índice de dependência dos idosos nas duas últimas décadas, para Portugal.

Figura 5 - índice de dependência de idosos em Portugal 1991 a 2012



Fonte: INE 2013

Perante os dados verificamos que o aumento de dependência nos idosos é uma realidade em crescimento ao longo dos últimos vinte anos. Neste sentido Fernandes e Rodrigues (2011) referem que existe uma necessidade de resposta a estes problemas de modo a promover a dignidade da vida desta faixa etária da população.

Consequências do envelhecimento demográfico

O Desenvolvimento social que se iniciou como um progresso hoje leva-nos para um problema dadas as repercussões que está a atingir a nível das sociedades desenvolvidas essencialmente nos sectores da saúde, segurança social e família.

O envelhecimento demográfico traduz-se, segundo Revelo e Penalva (2004), em implicações graves a nível social como:

- O imparável número de inativos e reformados.

- Os baixos rendimentos usufruídos por grande parte destes cidadãos.

- O isolamento físico e social de um número de pessoas cada vez maior.

- A incapacidade do sistema de saúde para dar resposta às necessidades específicas dos idosos e sobretudo dos grandes idosos.

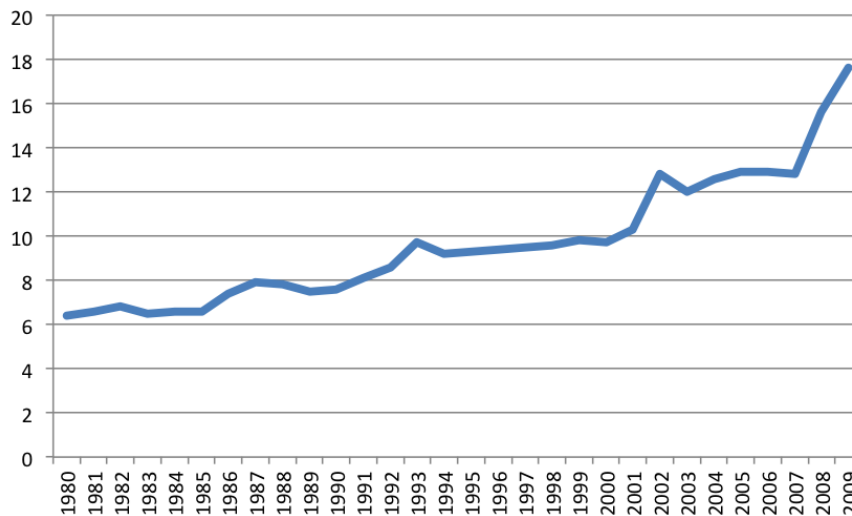
Para Matias (2008) o aumento do envelhecimento está diretamente relacionado com o consumo de serviços de saúde e gastos nesta área, aumentando a despesa do SNS, dado que sendo os idosos os maiores utilizadores do sistema também, são os que dentro da população Portuguesa apresentam menos seguros de saúde.

Para Bento (2010) o envelhecimento demográfico é responsável pela desestruturação da estrutura familiar, pelo deficiente apoio a idosos e jovens.

Segundo o INE (2010) o envelhecimento é, sem dúvida uma vitória humana, mas não deixa de trazer outros problemas e desafios à sociedade, nomeadamente a nível económico e social como podemos analisar na figura 6 onde é evidente o aumento da despesa da segurança social sobre o produto interno bruto (PIB) em Portugal nos últimos anos 30 anos que atingiu quase 300%.

Segundo um estudo realizado pelo Conselho Económico Social (CES, 2013, p.54) para além de constatar que o envelhecimento constitui uma pressão nas finanças públicas, nos sistemas de segurança social, nos mercados de trabalho e em várias outras áreas da vida pública. "O decréscimo da força de trabalho representará também uma diminuição do crescimento económico potencial, ao mesmo tempo que aumentará, com base nas atuais políticas, a despesa relativa aos sistemas de pensões, saúde e cuidados a longo prazo".

Figura 6: Despesa da segurança social em % PIB em Portugal



Fonte: INE 2013

A temática do envelhecimento tem chamado cada vez mais a atenção de toda a sociedade em geral e dos profissionais de saúde em particular. Como verificamos o envelhecimento é um fenómeno biopsicossocial, afetando o ser humano em diferentes áreas e contextos, repercutindo-se nas atividades de vida diárias, nas relações interpessoais, na autonomia, na saúde física e mental entre outros. Mas o envelhecimento deve-se a vários fatores, apresentando-se a medicação como indispensável para aumentar a qualidade e a esperança de vida da humanidade. Sendo tema do nosso trabalho a adesão a terapêutica iremos fazer uma revisão bibliográfica sobre adesão a terapêutica e as condicionantes que interferem na mesma.

CAPÍTULO II. Adesão Terapêutica nos Idosos

2.1 Conceptualização de adesão terapêutica

A adesão à terapêutica acompanhou sempre as prescrições e recomendações dos profissionais de saúde embora com conotações e responsabilidades diferentes da atualidade. No período que precedeu a medicina moderna, o chamado período da medicina convencional, onde o número de doenças infecciosas era elevado e a responsabilidade dos cuidados de saúde era atribuída ao médico, a relação médico-doente não existia, o tratamento era baseado numa ordem que o doente apenas tinha que cumprir, pelo que o termo adesão não fazia sentido. Com o desenvolvimento da ciência e paralelamente da medicina fizeram-se grandes revoluções no sentido de alcançar melhoramentos, pelo que houve várias alterações nos conceitos de saúde e de adesão. Este trabalho de desenvolvimento e progresso no âmbito da medicina levou à diminuição do número de mortes e conseqüentemente ao envelhecimento populacional, que por sua vez levou ao aparecimento das doenças crônicas próprias da civilização (Pais Ribeiro, 1998).

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 morbidade e mortalidade e conseqüentemente de custos financeiros (Delgado & Lima, 2001).

Para Bugalho e Carneiro (2004) a adesão terapêutica revela-se uma necessidade paralela a todas as doenças merecendo especial importância nas doenças crônicas, uma vez que o não cumprimento da medicação leva a repercussões graves para o doente em termos de prevalência e incidência da doença e a nível social leva a um grave problema de saúde pública. A adesão terapêutica torna-se assim um indicador de qualidade de qualquer sistema de saúde que tenha como objetivo a eficácia e a qualidade dos cuidados. Algumas previsões apontam para que os problemas relacionados com a adesão terapêutica, em doenças crônicas nomeadamente a nível económico, continuem a crescer podendo corresponder a 65% da despesa para a saúde em todo mundo, até 2020.

Cabral e Silva (2010) referem que os idosos representam uma população suscetível a determinadas patologias, sobretudo as resultantes do envelhecimento dos órgãos e sistemas e uma diminuição dos mecanismos de defesa, o que leva ao aumento da prevalência das doenças crónicas nestas idades. Sousa, Pires, Conceição, Nascimento, Grenha e Braz (2011) mencionam que associado ao número de idosos encontra-se o aumento da prevalência das doenças crónicas, que os expõem a tratamentos complexos e a terapêuticas com elevado número de fármacos, o que facilmente pode levar o idoso ao incumprimento da medicação, provocando resultados negativos nos tratamentos em curso. Com o aparecimento destes problemas ouve necessidade de definir o termo adesão à terapêutica.

Dentro dos termos e definições que abordam a adesão terapêutica aparecem termos que se identificam como sinónimos, os quais não respeitam a vontade e a participação do utente, como na literatura inglesa o termo “*compliance*” que determina a existência de uma obediência através de um comportamento passivo. Não existe um acordo entre ambas as partes, profissional de saúde-utente, relativamente à terapêutica e demais tratamentos recomendados (Zanini & Paulo, 1997, citado por Gusmão & Décio, 2006)

O termo “*compliance*” foi definido por Sacket e Haynes em 1976 como sendo o nível de coincidência entre o comportamento de um indivíduo e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde, indo de encontro à abordagem tradicional de prescrição que inclui obediência simples e cega às indicações médicas (Bugalho & Carneiro 2004).

Este conceito foi tomando várias dimensões e definições no que respeita ao envolvimento do utente no processo da adesão (Haynes, 2003, citado por Bugalho & Carneiro, 2004), apresenta o termo concordância como sinónimo de adesão terapêutica onde o utente deveria ser um agente ativo no processo de forma a ter responsabilidade sobre o grau de adesão. Assim pode-se definir adesão como “sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue” (Bugalho & Carneiro, 2004, p. 9). Este autor refere não existir grande diferença entre cumprimento e adesão uma vez que em ambas está implícita a vontade do utente constatando assim um facto.

Neste processo da adesão à terapêutica vários autores fizeram referência a muitos termos e conceitos, mas todos eles enfatizam a importância do envolvimento do utente no processo de adesão pelo que Kristeller e Rodin (1984, citados por Ribeiro, 1998; Sousa, 2003; Santos,

2010) apresentam um modelo assente em três estádios: Concordância (*compliance*), adesão (*adherence*) e manutenção (*maintenance*). A concordância é o processo em que o utente concorda com os tratamentos, manifestando confiança nos prescritores, deixando de ter uma participação passiva uma vez que toma a decisão de aceitar o tratamento, melhorando assim a eficácia do mesmo. Na adesão, espera-se continuidade no tratamento, sendo autónomo nas suas decisões e atitudes, esperando-se destas um sentido de responsabilidade mesmo quando sujeito a pressões de não cumprimento. Estando esta fase ainda sob a vigilância dos profissionais, estes têm um papel de acompanhamento e interação de forma a tornar possível a adaptação do utente aos tratamentos no seu conceito de vida e quotidiano. A manutenção refere-se a uma fase final deste processo onde o utente mantém uma atitude de melhoramento face ao seu empenho e dedicação, de uma forma já responsável e autónoma onde se espera que o utente tenha um controle de autogestão.

Miller et al. (1997, citado por Gusmão & Décio, 2006) referem a adesão como forma de manutenção da saúde, considerando a adesão como um meio para atingir esse objetivo reduzindo os sintomas e promovendo a saúde. Neste sentido Kyngas e Lahdenpera (1999, citados por Figueiredo, 2008) definem adesão à terapêutica como um comportamento em que o utente aceita os tratamentos, tomando estilos e hábitos de vida compatíveis com a melhoria do seu estado de saúde, tendo em consideração as recomendações dos profissionais de saúde, assumindo com estes uma colaboração estreita, com sentido ativo e participativo.

Para Bossay et al. (2000, citados por Silva, 2010) a adesão terapêutica é como um estado em que existe uma relação de colaboração entre o utente e o profissional de saúde, onde o utente se compromete a seguir as prescrições tendo em consideração as doses, horas e data comportamentos, se necessário, que alterem os diferentes estilos de vida, de forma a que estes sejam compatíveis com os tratamentos.

Dentro do conceito de adesão, Sousa (2003) encontra várias definições mas o maior consenso aponta para o cumprimento dos tratamentos ou medicação em pelo menos 80% do seu total, tendo em consideração horários, recomendações, doses e o tempo de tratamento instituído.

Assim segundo OMS (2003), podemos referir que não existe adesão quando a atitude do utente não vai de encontro às recomendações do médico ou outro profissional de saúde, uma vez que estas recomendações vão para além das prescrições medicamentosas, pois estão incluídas nas recomendações, alterações de comportamentos e adoção de hábitos de saúde

relativos a estilos de vida saudável, assim como, a presença das consultas marcadas e demais exames auxiliares de diagnóstico.

Reportando a adesão terapêutica para a prática de enfermagem, é definida pelo Conselho Internacional de Enfermagem como:

Ação auto iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (OE 2005, p.81).

Para Gusmão e Décio (2006) a adesão ao tratamento é relacionada por muitos pesquisadores como adesão à medicação, mas, o termo adesão vai muito para além desta relação, uma vez que envolve muitos outros comportamentos inerentes à saúde, relativos ao sistema de saúde e fatores da própria doença. Este autor refere como dimensões relativas à adesão terapêutica: o sistema e equipe de saúde; fatores socioeconômicos; fatores relacionados com o utente; tratamento e doença.

A OE (2005, p. 9) refere que:

A adesão ao tratamento envolve muitas atividades do cliente. Alguns exemplos de atividades de adesão incluem tomar os medicamentos de forma apropriada, marcar consultas de cuidados de saúde e comparecer às mesmas, fazer mudanças no estilo de vida, incluindo na dieta, exercício, cessação do tabagismo e gestão do *stress*, bem como a autogestão de outros comportamentos que melhoram a saúde e os resultados dos cuidados.

Silva Reis (2012) refere que, para além da colaboração tem que existir uma relação entre a adesão ao tratamento e a aceitação da doença, de tal forma que, para aceitar o tratamento torna-se necessário aceitar a doença e os cuidados necessários para adquirir o equilíbrio e desta forma conseguir viver com qualidade de vida independentemente do diagnóstico.

2.2 Determinantes da adesão à terapêutica

A adesão terapêutica apresenta-se como um processo muito complexo dado o universo de intervenientes que é necessário trabalhar para caminhar no sentido do sucesso.

A OMS (2003) apresenta cinco fatores determinantes na adesão à terapêutica: económicos e sociais; o sistema de saúde; as características da doença; a terapêutica e o utente.

Fatores económicos e sociais

Oshiro (2007) refere que os indivíduos em condições de carência económica apresentam níveis de adesão baixos, porque as opções de contenção económica são feitas em detrimento da saúde. Os níveis de analfabetismo elevado, desemprego, falta de redes sociais, elevado custo nos transportes e condições de vida instável também se revelam como elementos influenciadores da adesão a terapêutica.

Fatores relacionados com o sistema de saúde

Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de observar e monitorizar os utentes relativamente ao cumprimento das prescrições, verificando o grau e a forma como está a ser cumprida. Esta observação está incluída no processo preventivo que tem por objetivo minimizar ou corrigir atempadamente os problemas causados pela não adesão como: o ajuste e ou substituição de terapêutica, mudança ou alteração de estilos de vida (Griffith (1990), Sarafino (1990), Sheridan e Radmacher, 1992, citados por Batista 2012). Assim para Ramalinho (1994) o nível de adesão torna-se elevado sempre que a relação entre os profissionais de saúde e os utentes se revela aberta e participativa de tal forma que estes possam transmitir as suas opiniões sobre a doença e os tratamentos a ela associados.

Para Leite e Vasconcelos (2003) a empatia que se estabelece entre os profissionais de saúde e os utentes, representa um papel importante na aceitação da doença e consequentemente na adesão ao tratamento. Esta relação positiva e uma comunicação efetiva transmitem ao utente não só segurança para divulgar as suas dificuldades como lhe permite a aquisição de conhecimentos sobre o tratamento e os seus benefícios, permitindo desta forma envolver o utente nas decisões do tratamento e respetiva motivação. O profissional de saúde influencia

positivamente na adesão terapêutica, quando conhece o universo cultural do utente e estabelece com ele uma comunicação e relacionamento efetivo.

A relação que o utente estabelece com os serviços de saúde e os profissionais que os representam, tem-se revelado cada vez mais como um fator importante para a adesão à terapêutica, assim como a qualidade dos serviços de saúde reconhecida pelos utentes bem como o vínculo de confiança que se estabelece com os profissionais de saúde (Marinker & Shaw, 2003; Osterberg & Blaschke, 2005, citados por Batista, 2012).

Oshiro (2007) constata que dentro dos determinantes relativos à adesão terapêutica os que estão relacionados com o sistema de saúde, têm sido apontados como principal causa de não adesão, tais como as más condições físicas e organizativas dos serviços, deficiente distribuição de medicação, ausência de formação dos profissionais e utentes, falta de conhecimento e acompanhamento das doenças crónicas, e por fim, a falta de conhecimento de adesão à terapêutica. Todos estes fatores revelam uma necessidade de reflexão e adaptação dos profissionais e dos serviços de saúde a fim de poderem responder a estes novos desafios.

Para a OMS (2003) e Machado (2009) dentro dos estudos efetuados o suporte fornecido pelas instituições nomeadamente as da área social têm sido os que se apresentam associados a maiores índices de adesão e à diminuição do tempo de recuperação das doenças.

Para Batista (2012) a relação positiva assente na comunicação reforça e eleva a confiança do utente nos profissionais de saúde, proporcionando desta forma maior segurança nos tratamentos, uma vez que aumenta o conhecimento do tratamento e os seus benefícios, criando assim um clima de cooperação envolvendo o utente no processo de tratamento.

Fatores relacionados com as características da doença

A existência de várias doenças crónicas é responsável pelo recurso a vários profissionais de saúde, o que leva a multi-prescrições e ao recurso a várias farmácias e medicamentos, tornando-se responsáveis pela deficiente adesão (Henriques, 2006).

Segundo Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens (2001, citados por Batista, 2012) a doença é definida como um fator de desequilíbrio, tornando-se por si só um elemento responsável pela não adesão, podendo esta ser maior ou menor conforme a gravidade, os sintomas, a

intensidade da dor e a existência de outra doença associada que pode afetar a capacidade cognitiva do utente.

Como Bugalho e Carneiro (2004) referem, as doenças do foro psiquiátrico nomeadamente a depressão evidenciam um elevado grau de não adesão aos tratamentos.

Fatores relacionados com a terapêutica

Para Quartilho (2001) a complexidade e o número de tratamentos tornam-se um fator merecedor de atenção dado que a adesão é inversamente proporcional ao número de medicamentos.

De acordo com Henriques (2006) as doenças crónicas são responsáveis pelo aumento do consumo de medicamentos e múltiplos prescritores, o que influencia o nível de adesão. Segundo este autor, as doenças inerentes à idade e o uso de vários medicamentos são considerados fatores de internamento nos idosos, sendo a polimedicação responsável por cerca de 10 a 20% desses internamentos. Oshiro (2007) refere que a complexidade da medicação tem revelado que os utentes com regimes terapêuticos muito complexos apresentam valores de adesão reduzidos.

Segundo Caetano (2012) apesar de não haver um consenso entre os vários autores em relação ao número mínimo de fármacos prescritos (variando entre 2 e 5 fármacos, consoante os estudos), a maioria considera que são necessários os 5 fármacos para considerar o indivíduo polimedicado.

Os utentes têm maiores índices de adesão quando os tratamentos são de curta duração, pouco complexos e quando não obrigam a grandes alterações das rotinas de vida quotidiana (Brannon & Feist, 1997; Goldberg, et al., 1998, citados por Batista, 2012).

Fatores relacionados com o utente

Oshine (2007) indica os recursos financeiros, a complexidade dos esquemas terapêuticos, o esquecimento, a ansiedade sobre possíveis efeitos adversos, a falta de motivação, a desconfiança do diagnóstico e a baixa expectativa, como fatores que influenciam o nível de adesão.

Na perspectiva da OMS (2003) a escolaridade e o conhecimento que o utente detém também se apresentam como um fator importante do nível de adesão.

Maia (2008) refere que as crenças em saúde e todos os fatores e motivações que as envolvem têm-se revelado como fatores determinantes na promoção da adesão ao tratamento, pois está em causa o perfil comportamental do indivíduo. Para além das crenças muitos outros fatores associados ao utente podem alterar os níveis da adesão como: a idade, escolaridade, hábitos de vida, cultura, situação socioeconómica entre outras. Neste sentido, Saldanha (2009) reforça que fatores sociodemográficos como a idade, etnia, educação e nível de rendimentos influenciam a adesão terapêutica.

A gravidade do diagnóstico pode alterar o grau de compreensão do tratamento, por alteração do estado de ansiedade. O nível de ansiedade do utente no momento em que está a receber aconselhamento médico pode influenciar o nível de adesão dada a ineficácia de compreensão do mesmo (Brannon & Feist, 1997; Klein & Gonçalves, 2005, citados por Batista, 2012).

Para além dos cinco determinantes referidos pela OMS 2003, Cramer (1991, citado por Gusmão & Décio 2006) e Bugalho e Carneiro (2004), acrescentam ainda os fatores relacionados com a acessibilidade dos serviços e dos profissionais de saúde.

Apesar de, na maioria das vezes os profissionais atribuírem aos utentes a responsabilidade do não cumprimento terapêutico, os profissionais e as instituições de saúde também aparecem como um dos fatores determinantes na adesão à terapêutica (Pedro, 2003). Neste sentido para Teixeira (2004) e Melo (2005) a adesão pode ser influenciada por problemas atribuídos ao acesso e organização dos serviços de saúde. Neles podem-se incluir o processo das prescrições, o relacionamento com os profissionais de saúde, a dificuldade na marcação de consultas, as preocupações acerca de consultas posteriores de avaliação do seu estado de saúde e medicação, de condições ambientais e de instalações onde são fornecidos os cuidados de saúde.

Segundo Giorgi (2006) a qualidade dos serviços e profissionais promove a excelência dos cuidados, pelo que, é de extrema importância a acessibilidade demonstrada por estes assim como o relacionamento que se estabelece entre o doente e os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem desistências, o tempo de demora para marcação de consultas ou tratamentos e dúvidas sobre os mesmos.

As faltas de comunicação entre os profissionais de saúde, os utentes e as barreiras impostas pelos serviços revelam-se fatores de elevada responsabilidade da adesão a terapêutica (Bastos, 2004; Leite & Vasconcelos 2003; Machado, 2009).

2.3 Não adesão terapêutica

A não adesão ao regime terapêutico é hoje considerada um problema a nível mundial nomeadamente no que se refere às doenças crónicas, provocando valores elevados de mortalidade e morbidade, com repercussões graves para a saúde do utente e elevados custos sociais e económicos. Perante esta realidade, investigadores têm encontrado resultados preocupantes. Num estudo levado a cabo por Buckalew e Sallis (1986, citado por Pedro, 2003) foi estimado que, em cerca de 750 milhões de prescrições realizadas nos Estados Unidos e Inglaterra os utentes não eram aderentes, tendo apenas 250 milhões de novos casos de parcial ou total adesão. Estes números têm sido uma constante preocupação para a comunidade científica e para os profissionais de saúde no sentido de saber quais os fatores responsáveis pela não adesão dos utentes às prescrições e recomendações dos prescritores. É prática comum os profissionais, atribuírem responsabilidades aos utentes pelo resultado de não adesão aos tratamentos, referindo incompetência em seguir as indicações ou dificuldades na sua situação de vida (Serafino, 1990, citado por Pedro, 2003).

Num estudo realizado por Ramalhinho (1994), com 95 utentes, asmáticos para avaliar a adesão à terapêutica, concluiu-se que a adesão foi de 46,3%. DiMatteo (1994, citado por Ferreira, 2010) conclui que 38% dos utentes não cumpriam os planos de tratamento de curta duração e mais de 45% não aderiram às recomendações relativas aos tratamentos de longa duração.

De acordo com Taylor (1995, citado por Pedro, 2003) considera-se não adesão sempre que os utentes não cumprem os tratamentos e recomendações indicadas pelos profissionais de saúde, tornando-se este comportamento um problema para o sistema de saúde.

Ley (1997, citado por Sousa, 2003) define não adesão como a falta de seguimento pelos utentes dos conselhos fornecidos pelos profissionais de saúde, podendo incluir alterações do estilo de vida tais como fumar, alteração da alimentação, perda de peso, entre outros.

Para os utentes, as prescrições e recomendações dos profissionais são múltiplas e complexas, porque, para além da interferência destes, existem muitos outros fatores condicionantes desta complexidade como o custo da medicação, o tempo do tratamento, efeitos adversos e alterações de hábitos e costumes, pelo que a adesão ao tratamento apresenta níveis baixos quando o tratamento implica alterações no estilo de vida dos utentes (Serafino,1990, citado por Pedro, 2003).

Como referimos anteriormente, numa fase inicial e ainda no decorrer da investigação sobre o processo da adesão terapêutica vários autores apontaram o utente como um grande responsável pelo insucesso das prescrições e tratamentos. Assim Taylor (1995, citado por Pedro, 2003) refere que, os profissionais de saúde com o objetivo de favorecer a adesão à terapêutica providenciaram métodos e estratégias que por si só não foram suficientes, pois existem outros fatores que influenciam a adesão à terapêutica para além do utente e do profissional de saúde.

Braunnon e Feist (1997, citados por Cabral & Silva,2010) consideram não adesão quando o comportamento do utente não vai de encontro às prescrições dos profissionais de saúde, mas também quando o utente não cumpre as indicações relativas a alterações de estilos e comportamentos de vida, consideradas como boas práticas em saúde e a falta a consultas e/ou realização de exames complementares de diagnóstico.

Batista (2012) apresenta duas formas de classificar a não adesão terapêutica, intencional e não intencional. Não intencional reporta-se as situações que o utente não controla como o esquecimento, fraca compreensão, barreira linguística e incapacidade física para administrar a medicação. A intencional ocorre quando o doente decide conscientemente não tomar a medicação ou seguir os tratamentos, ou segui-los não tendo em consideração as recomendações efetuadas.

Bugalho e Carneiro (2004) acreditam que a não adesão à terapêutica afeta a qualidade dos cuidados e tratamentos, prolongando os mesmos e promovendo a realização de meios auxiliares de diagnóstico aumentando desta e doutras formas os custos em três a quatro vezes, em relação a um cumprimento adequado à adesão terapêutica.

Para além destas alterações económicas e sociais também se repercute negativamente a nível familiar como refere a CIPE (2005, p.9) “Os indivíduos, as famílias e os prestadores de cuidados têm frustrações e aborrecimentos com a não adesão”

Segundo Simão (2009) quando se refere que o utente não adere à medicação, não está apenas a falar de adesão à terapêutica mas também da forma como o utente consegue gerir o processo de tratamento, a não adesão deve ser assumida como um conjunto de múltiplas dimensões.

No que concerne aos antibióticos estima-se que um terço dos utentes não realiza os tratamentos adequadamente e que 50 a 60% não alteram os seus comportamentos de saúde. Como resultado destes comportamentos encontra-se a exacerbação da doença, recaídas e necessidade de tratamentos mais agressivos, aumento de recorrência aos serviços de urgência e internamento (DGS, 2013).

II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo III. Metodologia

A investigação caracteriza-se como um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real em que vivemos. A nível pessoal permite um alargamento e exploração de conhecimentos de carácter científico encontrando respostas a questões que carecem ser investigadas.

Segundo Fortin (2000), a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração de um processo de investigação científica e também a seção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação.

Para Pais Ribeiro (2010), a metodologia de investigação constitui uma das partes nobres do estudo científico, permitindo responder às questões que se levantam, através da recolha de dados necessários, com procedimentos adequados, possibilitando a identificação e ênfase de aspetos mais relevantes.

No decurso da fase metodológica procurou-se determinar os métodos a utilizar para obter resposta às questões de investigação colocadas. Assim, neste capítulo serão descritos todos os passos relativos a realização deste trabalho de investigação.

3.1 Contextualização do estudo e objectivos

A realização de um trabalho de investigação implica o delinear e a concretização de objetivos sendo estes orientadores das metas e do caminho a alcançar (Pais Ribeiro, 2010).

A relevância da realização do presente estudo prende-se com o facto de se considerar que esta temática é pertinente e atual, de interesse para o investigador e para a população idosa do

universo em estudo, uma vez que o sucesso dos tratamentos está dependente da adesão terapêutica.

Estudos realizados por Cramer (1991, citado por Gusmão & Décio, 2006) e Bugalho e Carneiro (2004) asseguraram que a idade elevada e o nível de dependência dos idosos afetavam de forma negativa os níveis de adesão à terapêutica. Esta realidade associada à dispersão geográfica da população e às acessibilidades entre as diversas localidades, ainda muito deficientes, não favoreciam o acesso aos serviços de saúde, pelo que perante este contexto se revela importante o estudo sobre a adesão terapêutica nos idosos concelho de Macedo de Cavaleiros, atendendo que, é um dos doze concelhos do distrito de Bragança onde o índice de dependência de idosos e envelhecimento apresentam um aumento na última década e um valor elevado comparado com a média nacional.

O número de habitantes no concelho de Macedo Cavaleiros tem vindo a registar um decréscimo, uma vez que, em 2001, a população era constituída por 17259 habitantes e, em 2011, esse valor desceu para 15609. Verificou-se, simultaneamente, um envelhecimento acentuado, já que, apesar da população total ter diminuído, o número de idosos aumentou. O grupo etário de 85 e mais anos era, em 2001, constituído por 325 habitantes e em 2011 passou a ser formado por 567 habitantes, sendo que a faixa etária com maior número de habitantes é a de 65 aos 69 anos (INE,2011)

No concelho de Macedo de Cavaleiros, à semelhança dos dados estatísticos nacionais, o número de idosos do sexo feminino, níveis de envelhecimento e níveis de dependência, também registam valores tendencialmente elevados. O sexo feminino aos 85 anos apresenta o dobro de idosos do sexo masculino, sendo 185 e 382 idosos, respetivamente, conforme podemos verificar na tabela 2.

Tabela 2- Distribuição da população do concelho de Macedo de Cavaleiros por sexo e faixa etária.

Anos	Homens	Mulheres	Total
0 – 4	237	231	468
5 – 9	299	302	601
10 – 14	352	359	711
15 – 19	365	374	739
20 – 24	379	435	814
25 – 29	365	391	756
30 – 34	400	429	829
35 – 39	391	437	828
40 – 44	490	488	978
45 – 49	552	517	1069
50 – 54	564	563	1127
55 – 59	565	596	1161
60 – 64	517	556	1073
65 – 69	494	624	1118
70 – 74	492	565	1057
75 -79	446	566	1012
80 – 84	288	413	701
85 e mais anos	185	382	567
Total	7381	8228	15609

São objetivos deste estudo:

- Avaliar a adesão terapêutica dos inquiridos;
- Identificar a relação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a adesão terapêutica;
- Estabelecer a relação entre a adesão terapêutica e a acessibilidade da equipa de saúde;

- Identificar a relação da adesão a terapêutica com o grau de dependência.
- Propor soluções para os problemas identificados.

3.2 Tipo de estudo

Para Ribeiro (2010), é através do desenho e método de investigação que conseguimos atingir os objetivos após a recolha e o tratamento de dados e informação. O estudo deve ter como orientação os objetivos propostos de forma a utilizar técnicas, práticas e demais procedimentos, adequados para conseguirmos um processamento e análise de dados o mais rigoroso possível.

Para a execução deste trabalho será desenvolvido um estudo de investigação quantitativo, observacional, descritivo, analítico e transversal (Pais Ribeiro, 2010).

É observacional, porque o investigador não interfere nas variáveis e, as variáveis independentes não são passíveis de serem manipuladas.

É descritivo, porque retrata uma situação relativamente ao quem, ao quando e onde.

Transversal, porque a avaliação é feita num determinado momento temporal (neste caso durante os meses de Janeiro e Fevereiro de 2013)

Os estudos analíticos pretendem, não só, descrever as variáveis em estudo, como também, estabelecer relações entre estas, com o intuito último de estabelecer relações de causalidade entre as variáveis independentes e as variáveis dependentes em estudo.

3.3 Participantes

Para Fortin (1999) qualquer trabalho de investigação requer uma definição precisa da população a estudar e, deste modo, dos elementos que a compõem, ou seja, da população alvo, que consiste no número de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios.

Fortin (2000) entende por população o conjunto de indivíduos que partilham características comuns definidas por uma lista de critérios, que o investigador deseja descrever ou para os

quais pretende generalizar as suas conclusões e resultados. Uma população particular que é submetida a um estudo designa-se por população alvo sendo constituída pelos sujeitos que compreendem os critérios de seleção definidos e para os quais se pretende fazer generalizações.

Amostra

A amostra deve ter as mesmas características e informação relativas a população visada, sendo considerada “uma réplica em miniatura da população alvo” Fortin (2002, p. 202). Assim o tamanho da amostra a considerar é importante, pois com amostras de pequena dimensão é possível não detetar diferenças estatísticas significativas, e por outro lado, amostras exageradamente grandes podem tornar diferenças irrelevantes em estatisticamente significativas (Weyne, 2004). Assim sendo, neste trabalho para o cálculo do tamanho da amostra teve-se em atenção os fatores (Guimarães, 1997; Gageiro, 2005):

- Nível de confiança da pesquisa;
- Precisão desejada, ou melhor, o erro amostral aceitável para os resultados obtidos na pesquisa;
- Variabilidade dos dados, ou seja, o quanto os dados estão dispersos em relação à característica mais importante na pesquisa;
- O custo.

Para o cálculo do tamanho da amostra recorreu-se à técnica (Oliveira & Grácio, 2005):

N = tamanho da população

E = erro amostral tolerado

n_1 = primeira aproximação do tamanho da amostra

n_2 = tamanho da amostra a utilizar

$n_2 = \frac{N \cdot E}{n_1 - E}$

A população em estudo é composta por 4455 indivíduos. Considerando com erro amostral tolerado de 5%, e através da fórmula anterior, deve-se considerar uma amostra composta por aproximadamente 370 indivíduos.

A população alvo considerada neste estudo foram os idosos do concelho de Macedo de Cavaleiros. A amostra é constituída por 376 indivíduos com mais de 65 anos, selecionada através de um tipo de amostragem acidental, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- utentes com idade superior a 65 anos;
- utentes em tratamento farmacológico;
- aceitar voluntariamente participar no estudo.

Critérios de exclusão:

- Utentes não orientados no espaço e no tempo
- Utentes com dificuldades de comunicação (ex: impossibilidade de falar

3.4 Variáveis em estudo

As variáveis da investigação constituem um elemento central do estudo, são uma característica que varia e que se distribui por diferentes valores ou qualidades pois assumem o papel de fio condutor para a investigação (Pais Ribeiro, 2010).

Variável é, como o próprio nome indica, algo que varia, ou seja, são todos aqueles aspetos, propriedades ou fatores reais ou potencialmente mensuráveis através dos valores que assumem. Em relação às variáveis do estudo, optou-se por defini-las como variáveis dependentes e independentes (Fortin, 2000).

3.4.1 Variáveis independentes

Dado que o processo de investigação consiste numa série de operações, torna-se necessário converter as variáveis consideradas em abstrato, ou na sua forma conceptual, em formas operacionais. Operacionalizar variáveis significa formulá-las numa forma observável e mensurável, convertendo-as em fatores disponíveis para serem controlados e examinados (Fortin, 2000) Assim, as variáveis foram operacionalizadas da seguinte forma:

a) Idade - Esta variável quantitativa contínua é medida por uma questão aberta, na análise descritiva foi operacionalizada em classes da seguinte forma:

- 65 -74
- 75-84
- 85 e mais anos

b) Sexo- Pela sua natureza é uma variável dicotómica, possuindo duas categorias masculino e feminino.

c) Estado civil – a variável foi operacionalizada em solteiro, casado/ união de facto, divorciado/separado, viúvo e com opção para acrescentar outras alternativas.

d) Residência- operacionalizada em aldeia e cidade.

e) Habilitações literárias - variável qualitativa operacionalizada em 8 grupos:

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever
- 1º Ciclo
- 2º Ciclo
- 3º Ciclo
- Ensino secundário
- Curso técnico/ profissional
- Ensino superior/ Bacharelato, Licenciatura, Mestrado, Doutoramento

f) Com quem vive - variável operacionalizada em:

- Cônjuge
- Familiar
- Sozinho
- Outros

g) Tipo de apoio- Foi organizado de forma fechada (sim, não), no caso de o idoso responder de forma positiva também tem de especificar qual:

- Misericórdia
- Centro de saúde

- Instituição de apoio a idoso
- Familiar
- Amigo ou vizinho.

h) Medicação instituída, é utilizada para que doença. Foi operacionalizada em 14 doenças:

- Depressão
- HTA
- Diabetes
- Alcoolismo
- Problemas respiratórios
- DPOC
- Patologias cardiovasculares
- Problemas emocionais
- Dislipidemia
- Anorexia
- Doença oncológica
- Doença renal
- Doença hepática
- Outra

i) Número de medicamentos- medida por uma questão aberta, na análise descritiva foi operacionalizado em 3 classes da seguinte forma:

- 0-4
- 5-9
- Mais de 9

j) Necessidade de orientação para preparação da medicação - questionada de forma fechada (nunca, as vezes e sempre).

k) Quando tem dúvidas recorre a - operacionalizada em três grupos: familiares, vizinho ou unidade de saúde.

l) Com que frequência recorre aos serviços de saúde - Foi operacionalizada em quatro grupos: uma vez por mês, duas vezes por mês, só em situações de urgência, menos que uma vez por mês.

m) Processo de marcação de consultas foi operacionalizada em:

- Presencial
- Por telefone
- Equipa de saúde
- Outros

n) Tempo de espera para a marcação da consulta foi operacionalizada da seguinte forma:

- Até três dias
- Três dias a sete dias
- Sete a catorze dias
- Catorze a trinta dias
- Mais de trinta dias

o) A percepção da qualidade dos cuidados foi avaliada numa escala do tipo Likert, com cinco opções de resposta, em que um corresponde a Muito má, e cinco corresponde a Muito boa.

p) A acessibilidade à equipe de saúde, foi avaliada numa questão com 5 opções de resposta que vão de muito má (1) a muito boa (5).

q) A dependência foi avaliada através da Escala de Barthel, a qual nos dá o valor da dependência que varia entre 0 e 100 pontos. Estes pontos por sua vez estão operacionalizados em classes da seguinte forma:

- 90-100 – Independente
- 60-90 – Ligeiramente dependente
- 40-60 – Moderadamente dependente
- 20-40 – Severamente dependente
- <20 – Totalmente dependente

Dado o número de idosos moderadamente dependentes ser reduzido optou-se por juntar estes indivíduos com os que foram considerados ligeiramente dependentes.

3.4.2 Variável dependente

Neste trabalho a variável dependente corresponde a adesão à terapêutica nos idosos. No sentido de quantificar esta informação foi usada uma escala de medida de adesão aos

tratamentos medicamentosos adaptada por Delgado e Lima (2001) designada por Medida de Adesão ao Tratamento (MAT). É constituída por sete itens com um conjunto de questões sobre as quais o idoso se deve posicionar numa escala do tipo Likert respondendo:

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

3.5 Instrumento de colheita de dados

Galbraith (2007, p. 47) afirma que “tendemos a reconhecer melhor aquilo que é medido” e por isso se utilizam os instrumentos de recolha de dados, que tal como o próprio nome indica, são instrumentos, técnicos, que um investigador utiliza aquando de um trabalho de investigação, para obter informações e para testar as questões formuladas. O instrumento de recolha de dados, utilizado sob a forma de formulário (Anexo I) é constituído por quatro partes, inclui:

- Questões sociodemográficas e clínicas;
- O questionário medida de adesão aos tratamentos (MAT);
- Questões acerca da acessibilidade dos profissionais de saúde;
- Escala de Barthel.

3.5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica do idoso

Para a recolha de informação sociodemográfica e clínica do participante foram integradas as seguintes variáveis:

- Sexo,
- Idade,
- Estado civil,
- Habilitações literárias,

- Tipo de residência,
- Com quem vive,
- Apoio domiciliário,

No âmbito das variáveis clínicas foram incluídas as seguintes variáveis:

- Finalidade do tratamento da medicação;
- Número de medicamentos diários;
- Necessidade de orientação para a preparação da medicação;
- Tipo de suporte em caso de dúvidas acerca da medicação;
- Frequência de utilização dos serviços de saúde.

3.5.2 Questionário Medida de adesão aos tratamentos

Para avaliar a adesão aos tratamentos foi utilizada a escala adaptada por Delgado e Lima (2001), designada por MAT, constituída por sete itens com um conjunto de questões, com seis possibilidades de resposta que variam entre o sempre (1) e o nunca (6) sobre as quais o idoso se deve posicionar numa escala do tipo Likert respondendo:

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

Os itens 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky (1986, citado por Delgado & Lima, 2001) o item 7 foi adaptado de Shea et al. (1992, citado por Delgado & Lima, 2001), ao passo que o item 6 foi adaptado de Ramalinho (1994, citado por Delgado & Lima, 2001). A soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens permite obter um nível de adesão aos tratamentos, o que significa que valores mais elevados indicam maior nível de adesão. Os autores sugerem que a classificação de adesão ao regime terapêutico deve ser realizada a partir da mediana do nível de adesão, isto é, valores de mediana abaixo de 5 consideram-se

não aderentes e valores iguais ou superiores a 5 são considerados aderentes (Monterroso, Pierdevara & Joaquim, 2012).

3.5.3 Acessibilidade aos profissionais de saúde

A acessibilidade aos serviços e profissionais de saúde pode ser um fator de adesão ou não aos cuidados de saúde nos idosos. Neste sentido, visto não ter sido encontrado um questionário específico para avaliação da acessibilidade dos idosos aos profissionais de saúde, foi elaborado um breve instrumento que servisse esses propósitos. Neste contexto de melhoria e qualidade de serviços a Ordem dos Enfermeiros (2013) no âmbito dos padrões da qualidade, para os serviços de saúde, com o objetivo de obter ganhos em saúde e aumento da satisfação dos utilizadores propôs os seguintes critérios:

- Eficiência,
- Efetividade,
- Adequação técnico-científica,
- Aceitabilidade,
- Acessibilidade,

Neste âmbito de qualidade a acessibilidade dos profissionais e dos serviços tornam-se fatores de contribuição da qualidade.

Assim, considerou-se que a acessibilidade aos profissionais de saúde integrava as seguintes variáveis:

- Processo de marcação das consultas,
- Perceção de espera da marcação até a consulta,
- Perceção da qualidade dos cuidados de saúde recebidos,
- Perceção da acessibilidade da equipa para a resolução dos problemas dos utentes.

3.5.4 Escala de atividades básicas de vida diária

Para Mahoney e Barthel (1965, citados por Sequeira, 2007) a Escala de Barthel, avalia o nível de dependência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas de forma independente.

Como afirma Sequeira (2007), cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que zero corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência.

No contexto clínico a Escala de Barthel, segundo Araújo et al. (2007), fornece-nos informação importante, não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades.

3.6 Procedimentos

3.6.1 Procedimentos éticos e deontológicos

No primeiro contacto pessoal com os idosos, são explicados os objetivos do estudo, avalia-se a acessibilidade e vontade de participar neste.

Fortin (1999, p.116) refere que “ a investigação aplicada a seres humanos pode, por vezes, causar danos aos direitos e liberdade das pessoas. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações.”

Apresentado o consentimento informado, elaborado de acordo com os princípios da declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo, que regulamenta a investigação com

seres humanos, onde estão descritos os objetivos e o nome do responsável pela investigação. Foram informados que tinham total liberdade em recusar ou interromper a sua participação em qualquer momento, bem como o livre acesso aos resultados do mesmo (Anexo II).

3.7 Metodologia e 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 20.0. Na primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra, 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, de satisfação dos serviços e acessibilidade, assim como da escala medida de adesão aos tratamentos.

A análise estatística dos resultados obtidos para a adesão ao regime terapêutico foi realizada 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 teste do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência esperada superior a 1 e 80% da frequência esperada superior a 5) nem sempre são verificadas e nessas circunstâncias recorreu-se ao teste exato de Fisher. Posteriormente recorreu-se ao cálculo dos *odds ratio* e respetivos valores de prova de forma a especificar em função das variáveis independentes os utentes com maiores/menores possibilidades de adesão ao regime terapêutico.

Para o estudo da caracterização da adesão terapêutica através do *score* médio obtido recorreu-se ao teste paramétrico *t* para comparação de duas amostras de grande dimensão provenientes de populações independentes e aos testes *Anova* e não paramétrico *Kruskal-Wallis* como alternativa ao teste *Anova* para comparação de três ou mais amostras independentes. A utilização do teste *Anova* pressupõe que os resíduos obtidos sejam normalmente distribuídos, homogêneos e independentes. Quando não foi possível a aplicação da *Anova* recorreu-se ao teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*.

4. Apresentação e análise dos dados

Para melhor se conseguirem compreender os dados obtidos, apresentamos o tratamento estatístico dos mesmos, os resultados obtidos, bem como a sua análise. Começamos por apresentar na tabela 3 as características sociodemográficas da amostra em análise.

Tabela 3 - Características sociodemográficas da amostra

Variáveis sociodemográficas	Frequência	
	n	%
Sexo (n=376)	Feminino	213 56,6
	Masculino	163 43,4
Idade (n=376)	De 65 a 75 anos	132 35,1
	De 76 a 85 anos	156 41,5
	Mais de 85 anos	88 23,4
	<i>Min = 65 Max = 98 $\bar{X} = 78,80$ $s = 8,11$</i>	
Estado civil (n=376)	Solteiro	22 5,9
	Casado/União de fato	182 48,4
	Divorciado/Separado	1 0,3
	Viúvo	171 45,5
Residência (n=376)	Aldeia	293 77,9
	Cidade	83 22,1
	Não sabe ler nem escrever	168 44,7
	Sabe ler e escrever	153 40,7
Habilitações Literárias (n=376)	1º Ciclo	38 10,1
	2º Ciclo	9 2,4
	3º Ciclo	3 0,8
	Secundário	3 0,8
	Curso técnico	1 0,3
	Curso Superior	1 0,3
	Cônjuge	166 44,1
Com quem vive (n=376)	Familiar	69 18,3
	Sozinho	141 37,5
Apoio domiciliário (n=376)	Sim	166 44,1
	Não	210 55,9
	Misericórdia	11 6,6
Tipo de apoio (n=166)	Centro de Saúde	3 1,8
	Instituição de apoio a idoso	11 6,6
	Familiar	66 39,8
	Amigo ou vizinho	75 45,2

O estudo foi realizado a partir de uma amostra de 376 indivíduos, sendo 56,6% (213) do sexo feminino e 43,4% (163) do sexo masculino. A idade média é de 78,8 anos com desvio padrão de 8,11 anos a idade mínima de 65 e máxima de 98 anos. Constatámos que 35,1% (132) dos inquiridos tem idade compreendida entre 65 a 75 anos, 41,5% (156) tem idade entre 76 a 85 anos e 23,4% (88) tem idade superior a 85 anos. Relativamente ao estado civil verifica-se que 5,9% (22) são solteiros, 48,4% (182) estão casados ou em união de facto 0,3% (1) é divorciado e 45,5% (171) são viúvos.

Quanto à residência observa-se que 77,9% (293) dos inquiridos vivem na aldeia e os restantes 22,1% (83) vivem na cidade.

Um elevado numero de analfabetismo 44,7% (168) dos inquiridos não sabe ler nem escrever, e oito dos inquiridos possuem habilitações acima do 2º ciclo.

Relativamente ao contexto habitacional, verifica-se que 44,1% (166) vive com o cônjuge, 18,3% (69) vive com familiar e 37,5% (141) vive sozinho. Também se constata que, 55,9% (210) recebe apoio domiciliário. Dos inquiridos que recebem apoio 166 indicaram o tipo de apoio que usufruem, sendo 6,6% (11) é da Santa Casa de Misericórdia, 1,8% (3) do Centro de Saúde, 6,6% (11) de Instituição de Apoio ao Idoso, 39,8% (66) de Familiar e 45,2% (75) de amigo ou vizinho.

Na tabela 4 apresenta-se a caracterização das doenças registadas pelos indivíduos inquiridos.

Tabela 4 –Distribuição da amostra de acordo com as variáveis “tipo de doença”

Tipo de Doença	Sim		Não	
	Frequência		Frequência	
	n	%	n	%
Depressão	84	22,3	292	77,7
HTA	213	56,6	163	43,4
Diabetes	135	35,9	241	64,1
Alcoolismo	10	2,7	366	97,3
Problemas Respiratórios	87	23,1	289	76,9
DPOC	41	10,9	335	89,1
Patologias Cardiovasculares	149	39,6	227	60,4
Problemas Emocionais	65	17,3	311	82,7
Dislipidemia	197	52,4	179	47,6
Anorexia Bulimia	24	6,4	352	93,6
Doença Oncológica	39	10,4	337	89,6
Doença Renal	126	33,5	250	66,5
Doença Hepática	44	11,7	332	88,3
Osteoarticular	40	10,6	336	89,4

Por análise da tabela 4 verifica-se que as doenças com maior prevalência nos indivíduos em estudo são: HTA (56,6%; 213); Dislipidemia (52,4%; 197); Patologias Cardiovasculares (39,6%,149), Diabetes (35,9%; 135) e Doença renal (33,5%, 126)

Tabela 5 – Distribuição da amostra em função das variáveis clínicas

Variáveis	Frequência		
	n	%	
Número de doenças (n=376)	Uma a duas doenças	120	31,9
	Três a quatro doenças	175	46,5
	Mais de quatro doenças	81	21,5
	<i>Min=1 Max=8 \bar{X} = 3,34 s = 1,45</i>		
Número de medicamentos (n=376)	Até quatro medicamentos	128	34,0
	De cinco a nove medicamentos	193	51,3
	Dez ou mais medicamentos	55	14,6
	<i>Min=1 Max=21 \bar{X} = 6,38 s = 3,29</i>		
Necessita de orientação na preparação da medicação? (n=376)	Nunca	17	4,5
	Às vezes	328	87,2
	Sempre	31	8,2
Quando tem dúvidas na medicação recorre a quem? (n=376)	Familiar	196	52,1
	Vizinho	172	45,7
	Unidade de Saúde	5	1,3
	Profissionais de Saúde	3	0,8
Com que frequência recorre aos serviços de saúde para além das consultas de rotina? (n=376)	Uma vez por mês	100	26,6
	Duas vezes por mês	138	36,7
	Só em situações de urgência	84	22,3
	Menos do que uma vez por mês	54	14,4

Tendo por base os resultados apresentados na tabela 5 verifica-se que em média os inquiridos apresenta mais de 3 doenças com desvio padrão de 1,45 partir do mínimo de uma doença e máximo de oito. Contata-se que 31,9% (120) dos inquiridos padece de uma a duas doenças, 46,5% (175) tem três a quatro doenças e os restantes 21,5% (81) tem mais de quatro doenças. Quanto ao número de medicamentos verifica-se que em média cada inquirido toma 6,38 medicamentos por dia com desvio padrão de 3,29 a partir do mínimo de um medicamento e máximo de vinte medicamentos por dia. Esta variável também foi categorizada e obteve-se que 34% (128) toma até quatro medicamentos por dia, 51,3% (193) toma de cinco a nove medicamentos e os restantes 14,6% (55) tomam dez ou mais medicamentos por dia.

A maioria dos inquiridos 87,2%, (328) afirmou que às vezes necessita de orientação na preparação da medicação, 8,2% (31) afirmou que precisa sempre de orientação, 4,5% (17) dos inquiridos afirmou não precisar de orientação na preparação da medicação.

Quando surgem dúvidas na medicação, 52,1%, dos inquiridos (196) recorre a um familiar, 45,7% (172) pede ajuda a um vizinho, 1,3% (5) recorre à Unidade de Saúde e 0,8% (3) aos Profissionais de Saúde.

Para além da rotina verifica-se que 26,6% (100) dos inquiridos recorre aos serviços de saúde uma vez por mês, 36,7% (138) recorre duas vezes por mês, 22,3% (84) afirmou que recorre em situação de urgência aos serviços de saúde e 14,4% (54) recorre menos que uma vez por mês.

Tabela 6 – Distribuição da amostra em função da avaliação de Adesão aos Tratamentos

Questão	Frequência absoluta e relativa, n(%)						Medidas estatísticas		
	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca	Média	Desvio padrão	Mediana
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos?	1(0,3)	17(4,5)	149(39,6)	144(38,3)	65(17,3)	0(0,0)	3,68	0,82	4,00
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma?	2(0,5)	42(11,2)	73(19,4)	99(26,3)	128(34,0)	32(8,5)	4,08	1,17	4,00
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por se sentir melhor?	1(0,3)	25(6,6)	68(18,1)	149(39,6)	90(23,9)	43(11,4)	4,15	1,07	4,00
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos, por se sentir pior?	34(9,0)	57(15,2)	126(33,5)	103(27,4)	53(14,1)	3(0,8)	3,25	1,17	3,00
Alguma vez tomou mais do que um medicamento por se ter sentido pior?	0(0,0)	3(0,8)	9(2,4)	43(11,4)	160(42,6)	161(42,8)	5,24	0,81	5,00
Alguma vez interrompeu a terapêutica por ter deixado terminar os medicamentos?	0(0,0)	10(2,7)	111(29,5)	158(42,0)	92(24,5)	5(1,3)	3,92	0,83	4,00
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos por outra qualquer razão que não tenha sido a indicação do seu médico?	0(0,0)	0(0,0)	21(5,6)	79(21,0)	188(50,0)	88(23,4)	4,91	0,81	5,00

Analisando a tabela 6 verifica-se que 39,6% dos inquiridos (149) se esquece com frequência de tomar os medicamentos e que 38,3% (144) se esquece por vezes de o fazer.

Relativamente ao descuido nas horas da toma da medicação verifica-se que as respostas dos inquiridos estão mais concentradas nas opções “por vezes” e “raramente” o que é também reforçado pelo valor médio, 4,08 e mediano de 4. Nesta questão a dispersão de respostas entre inquiridos já é um pouco mais elevada.

Quando questionados sobre o fato de deixarem a medicação por se sentirem melhor, 39,6% (149) afirmou que por vezes o faz e 23,3% (90) disse que raramente o faz. Verifica-se que a média (4,15) corresponde com a opção “por vezes” e a mediana corresponde a 4,00

Relativamente à questão sobre a toma de mais medicamentos por se sentir pior verifica-se que 33,5% (126) o faz com frequência e que 27,4% (103) admitiu fazê-lo por vezes. Verifica-se que o valor médio é de 3,25 e a mediana é 3,00.

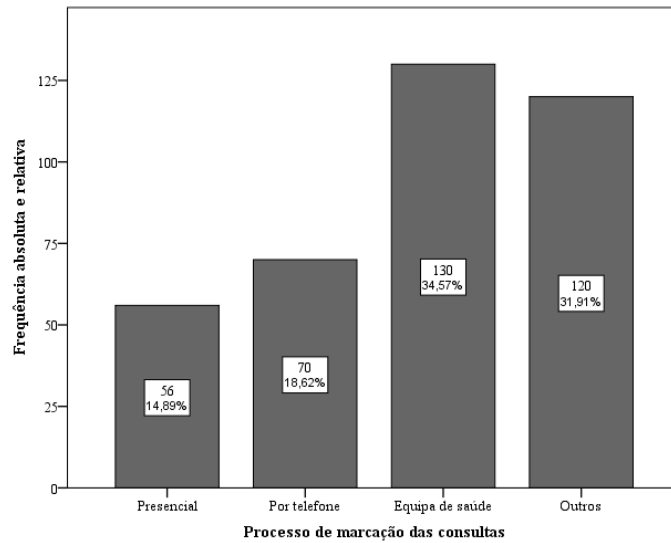
Quando questionados sobre a toma em excesso de medicamentos por se sentirem pior verifica-se que 42,8% (161) afirmou que nunca o fez e que 42,6% (160) afirmaram que o fizeram raramente. Verifica-se que a média de 5,24, confirma a opção “Raramente / Nunca” e que existe concordância nas respostas obtidas pois o desvio padrão é de 0,81.

Relativamente à interrupção do tratamento por término dos medicamentos verifica-se que 42% (158) afirmou que o faz, por vezes, 29,5% (111) afirmou que o faz com frequência e 24,5% (92) respondeu raramente. Os resultados são reforçados pelo valor médio de 3,92 e relativa concordância de resposta dos inquiridos.

Quando questionados se já deixaram de tomar a medicação por motivo alheio à indicação médica verifica-se que 50% (188) dos inquiridos afirmou que raramente o fez. Nesta questão o valor médio é de 4,91 e a mediana é de 5 o que corrobora a pouca frequência desta ocorrência e existe concordância de resposta dos inquiridos.

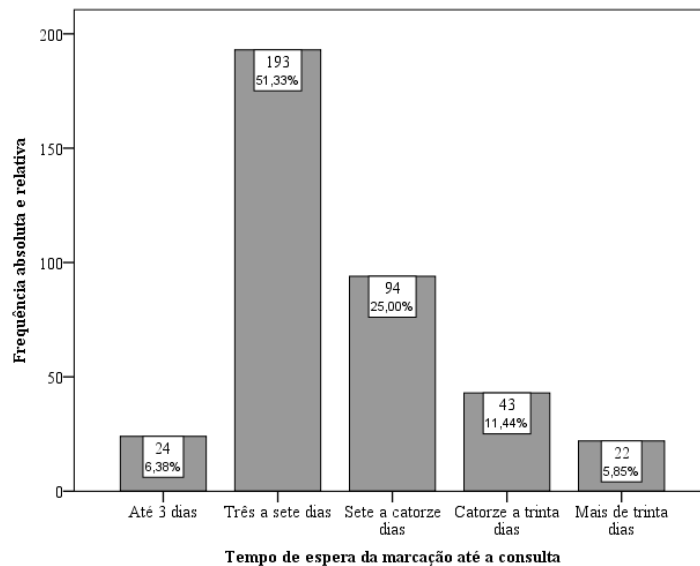
Relativamente à adesão ao regime terapêutico foi feita a avaliação através do índice obtido pela escala anteriormente apresentada. Assim consideram-se os aderentes aqueles indivíduos que apresentaram mediana na globalidade da escala igual ou superior a 5 pontos e não aderentes os indivíduos com mediana inferior a cinco pontos. Obteve-se que 19,1% (72) dos inquiridos foram considerados aderentes e 80,9% (304) dos inquiridos foram classificados como não aderentes ao regime terapêutico.

Gráfico 1 - Caracterização do processo de marcação de consulta



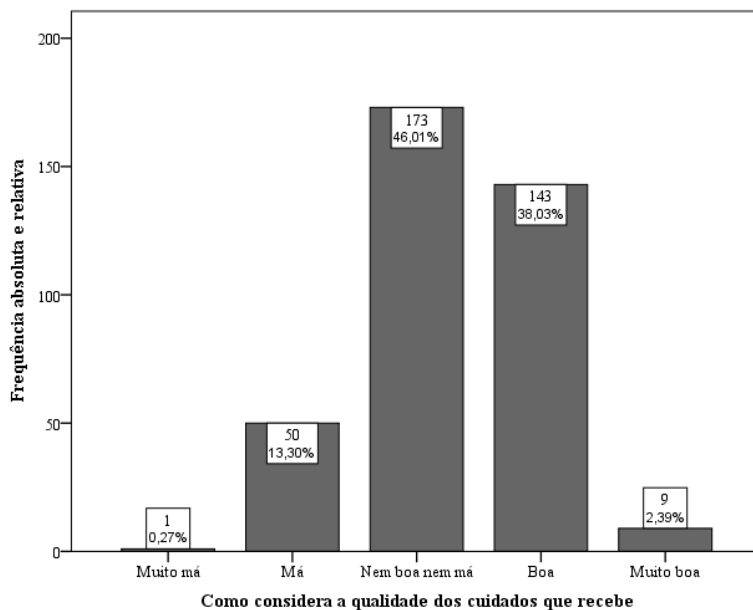
Pela análise do gráfico 1 verifica-se que 34,57% (130) dos inquiridos afirmou que a marcação de consultas é realizada pela equipa de saúde, 31,91% (120) e 14,89% (56) afirmou que o faz presencialmente.

Gráfico 2 - Caracterização do tempo de espera da marcação até à consulta



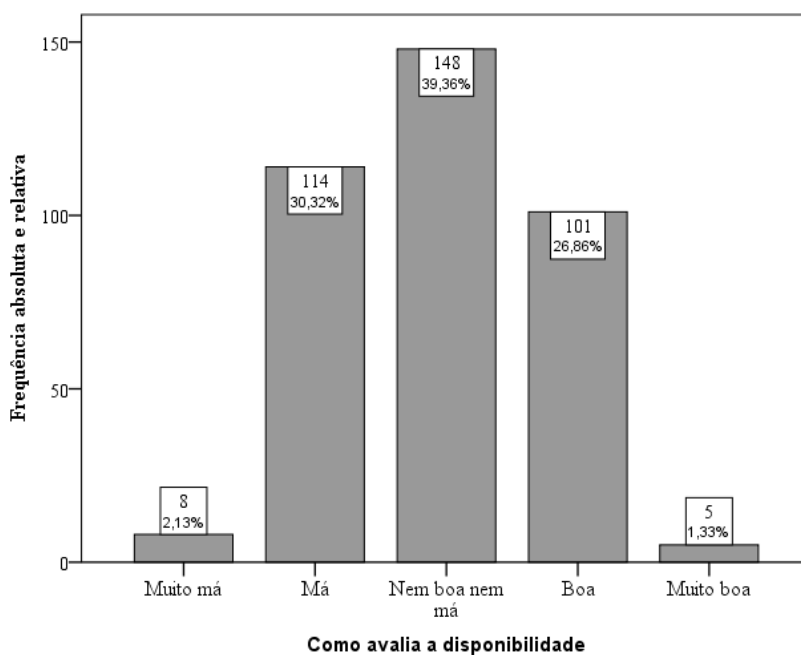
Por análise do gráfico 2 verifica-se que 51,33% dos inquiridos (193) afirmou que espera em média entre 3 a 7 dias entre a marcação e a realização da consulta, 25% (94) dos utentes afirmou esperar entre 7 a 14 dias, 6,38% (24) dos inquiridos referiu que o tempo entre marcação e realização de consulta é inferior a 3 dias.

Gráfico 3 - Caraterização da qualidade dos cuidados recebidos



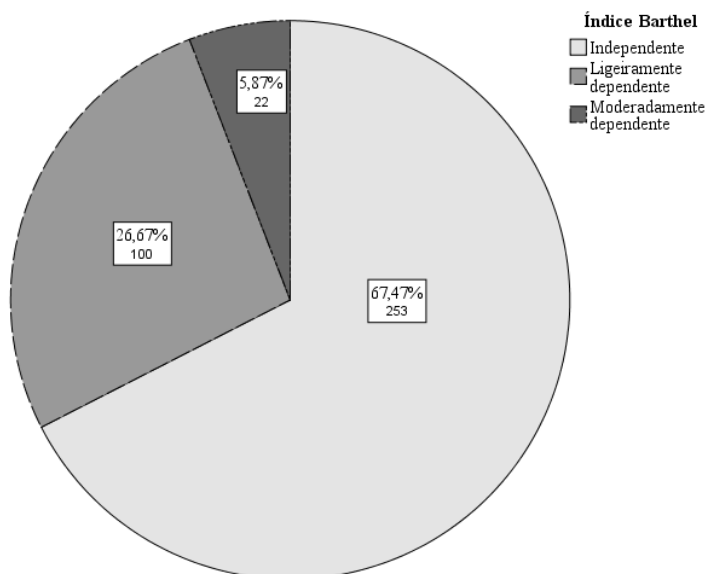
Por observação do gráfico 3 conclui-se que 46,01% dos inquiridos (173) apresenta uma opinião de indiferença face a qualidade dos cuidados recebidos. Por sua vez, 38,03% (143) afirmou que os cuidados recebidos apresentam boa qualidade e 2,39% (9) dos utentes referiram que a qualidade é muito boa. No lado oposto encontram-se 13,30% (50) dos inquiridos afirmou que a qualidade dos cuidados recebidos é má.

Gráfico 4 - Caraterização da qualidade da acessibilidade



Por observação do gráfico 4 conclui-se que 39,36% dos inquiridos (148) apresenta uma opinião de indiferença face a qualidade da acessibilidade. Por sua vez, 26,86% (101) dos afirma que a qualidade da acessibilidade é boa. No lado oposto encontram-se 30,32% (114) dos inquiridos afirmam que a qualidade da acessibilidade é má.

Gráfico 5 – Caraterização dos idosos de acordo com o grau de dependência nas actividades básicas de vida diárias (Índice de Barthel)



Observando o gráfico 5 conclui-se que 67,47% dos inquiridos (253) é classificada, de acordo com a Escala de Barthel como independente, 26,67% (100) dos utentes é considerada ligeiramente dependente, e os restantes 5,87% (22) foram considerados moderadamente dependentes.

Tabela 7 - Cruzamento da variável “adesão ao regime terapêutico” com as variáveis resultados do teste de independência do Qui-quadrado e determinantes da adesão ao regime terapêutico e o ODD RATIO

	Adesão ao regime terapêutico		Qui- Quadrado VP	ODDS RATIO	
	Não	Sim		OR	VP
	N (%)	N (%)			
	304 (80,9)	72 (19,1)			
Sexo					
Feminino	164 (53,9)	49 (68,1)	0,034	1,819	0,031
Masculino	140 (46,1)	23 (31,9)		1†	
Idade					
De 65 a 75 anos	80 (26,3)	52 (72,2)	0,000	13,650	0,000
De 76 a 85 anos	140 (46,1)	16 (22,2)		2,400	0,128
Mais de 85 anos	84 (27,6)	4 (5,6)		1†	
Habilitações Literárias					
Não sabe ler nem escrever	160 (52,6)	8 (11,1)	0,000	1†	0,000
Sabe ler e escrever	125 (41,1)	28 (38,9)		4,480	
1º Ciclo ou mais	19 (6,2)	36 (50,0)		37,895	
Com quem vive					
Cônjuge	112 (36,8)	54 (75,0)	0,000	4,374	0,000
Familiar	65 (21,4)	4 (5,6)		0,558	0,321
Sozinho	127 (41,8)	14 (19,4)		1†	
Apoio Domiciliário					
Sim	157 (51,6)	9 (12,5)	0,000	1†	0,000
Não	147 (48,4)	63 (87,5)		7,476	
Número de doenças					
Uma a duas doenças	64 (21,1)	56 (77,8)	0,000	34,562	0,000
Três a quatro doenças	161 (53,0)	14 (19,4)		3,435	0,108
Mais de quatro doenças	79 (26,0)	2 (2,8)		1†	
Número de medicamentos					
Até quatro	69 (22,7)	59 (81,9)	0,000	14,821	0,000
De cinco a nove	183 (60,2)	10 (13,9)		0,947	0,936
Pelo menos dez	52 (17,1)	3 (4,2)		1†	
Ajuda na Preparação dos medicamentos					
Nunca			0,000	1†	0,000
Às vezes	4 (1,4)	13 (18,1)			
Sempre	269 (88,5)	59 (81,9)		0,067	
	31 (10,2)	0 (0,0)			
Qualidade dos serviços					
Muito má			0,000 ^a	n.a	0,000
Má	1 (0,3)	0 (0,0)			
Indiferente	50 (16,4)	0 (0,0)			
Boa	162 (53,3)	11 (15,3)		1†	
Muito boa	91 (29,9)	52 (72,2)		8,416	
	0 (0,0)	9 (12,5)		n.a	
Qualidade de acessibilidade					
Muito má			0,000	n.a	0,010
Má	8 (2,6)	0 (0,0)			
Indiferente	113 (37,2)	1 (1,4)		14,664	
Boa	131 (43,1)	17 (23,6)		110,784	
Muito boa	51 (16,8)	50 (69,4)		452,000	
	1 (0,3)	4 (5,6)		1†	
Índice de Barthel					
Independente	183 (60,4)	70 (97,2)	0,000	22,951	0,000
Ligeira/Moderadamente dependente	120 (39,6)	2 (2,8)		1†	

^a teste exato de Fisher; n.a - não se aplica.

Por análise da tabela 7 verifica-se que as mulheres que são simultaneamente as mais e menos aderentes ao regime terapêutico. Verifica-se que a um nível de significância de 5% existe evidência estatística suficiente para afirmar que a adesão ao regime terapêutico é dependente do sexo do indivíduo, sendo as mulheres que mais aderem. Através do valor de OR confirma-se que as mulheres apresentam cerca de 1,82 mais possibilidades de adesão ao regime terapêutico que os homens.

Quanto à faixa etária, verifica-se que os indivíduos mais novos registam maior frequência de adesão e que os indivíduos com mais idade apresentam maior tendência de não adesão ao regime terapêutico. A um nível de significância de 1% existe evidência estatística suficiente para afirmar que a adesão ao regime terapêutico é dependente da idade do indivíduo, quanto mais idade maior a probabilidade de não aderir ao regime. Atendendo aos valores OR conclui-se que os indivíduos mais novos apresentam de forma significativa mais possibilidade de adesão ao regime terapêutico que os indivíduos mais velhos.

Relativamente à questão “com quem vive” conclui-se que os indivíduos que vivem com o cônjuge apresentam a maior frequência de adesão ao regime terapêutico que os restantes, nomeadamente os inquiridos que vivem sozinhos. A um nível de significância de 1% existe evidência estatística suficiente para afirmar que a adesão ao regime terapêutico é dependente de com quem vive o utente. Também se conclui a um nível de significância de 5% que são os indivíduos que vivem com os cônjuges que têm mais possibilidade de adesão ao regime terapêutico comparativamente aos indivíduos que vivem sozinhos. A possibilidade de adesão ao regime terapêutico é idêntica entre indivíduos que vivem com familiares e os que vivem sozinhos.

Quanto ao apoio domiciliário verifica-se que são os inquiridos que não necessitam deste serviço que são considerados aderentes ao regime terapêutico, nove utentes que recebem apoio aderem ao regime. Verifica-se que a um nível de significância de 1% existe evidência estatística suficiente para afirmar que a adesão ao regime terapêutico é dependente do apoio domiciliário recebido. Pelo valor de OR conclui-se que os indivíduos que não têm apoio domiciliário apresentam cerca de 7,476 mais possibilidade de adesão ao regime terapêutico que os indivíduos que têm apoio domiciliário.

Relativamente ao número de doenças e também ao número de medicamentos tomados por dia verifica-se que a maior frequência de utentes aderentes ao regime são os que apresentam

menor número de doenças e também os que ingerem menor número de medicamentos. Tem-se que a um nível de significância de 1% existe evidência estatística suficiente para afirmar que a adesão ao regime terapêutico é dependente do número de doenças e também do número de medicamentos ingeridos por dia. Conclui-se que são os indivíduos com menor número de doenças e também com menor número de medicamentos ingeridos por dia os que apresentam, de forma significativa, mais possibilidades de adesão ao regime terapêutico.

Quanto à questão da necessidade de ajuda na preparação de medicação verifica-se que os utentes que nunca necessitam são maioritariamente aderentes ao regime terapêutico e todos os inquiridos que precisam sempre de ajuda são considerados não aderentes ao regime. A um nível de significância de 1% existe evidência estatística suficiente para afirmar que a adesão ao regime terapêutico é dependente da necessidade de ajuda na preparação da medicação.

Relativamente à classificação da qualidade dos serviços recebidos e da acessibilidade verifica-se que a maioria dos indivíduos considerados como aderentes ao regime terapêutico atribuiu classificação de boa ou muito boa. A maioria dos utentes considerados como não aderentes classificou os serviços e acessibilidade como indiferente. Tem-se que a um nível de significância de 1% existe evidência estatística suficiente para afirmar que a adesão ao regime terapêutico é dependente da classificação dada aos serviços recebidos e também à acessibilidade.

Quanto à classificação de dependência da Escala de Barthel verifica-se que a maioria dos utentes considerados aderentes ao regime terapêutico foi classificada como independentes. A um nível de significância de 1% existe evidência estatística suficiente para afirmar que a adesão ao regime terapêutico é dependente da classificação segundo a escala de Barthel. Pelos resultados de OR conclui-se que os indivíduos independentes são os que apresentam de forma significativa mais possibilidades de adesão ao regime terapêutico.

Na tabela 8 encontra-se a caracterização da adesão ao regime terapêutico (através do score obtido) relativamente ao sexo do indivíduo, idade, habilitações literárias, com quem vive, apoio domiciliário, número de doenças, número de medicamentos, ajuda na preparação da medicação da Escala de Barthel, a identificação do teste estatístico utilizado e respetivo valor de prova de forma a inferir sobre os resultados.

Tabela 8 - Caraterização da amostra em função da adesão ao regime terapêutico em função das variáveis sociodemográficas e clínicas, resultados dos testes estatísticos

Variável		n	Média	Desvio padrão	Teste	Valor prova
Sexo	Feminino	213	4,22	0,751	Teste t	0,127
	Masculino	163	4,11	0,670		
Idade^a	De 65 a 75 anos	132	4,65	0,642	Kruskal-Wallis	0,000
	De 76 a 85 anos	156	3,99	0,655		
	Mais de 85 anos	88	3,78	0,533		
Habilitações^a	Não sabe ler nem escrever	168	3,78	0,567	Kruskal-Wallis	0,000
	Sabe ler e escrever	153	4,33	0,633		
	1º Ciclo ou mais	55	4,96	0,526		
Com quem vive	Cônjuge	166	4,51	0,681	Anova	0,000
	Familiar	69	3,91	0,563		
	Sozinho	141	3,91	0,665		
Apoio Domiciliário	Sim	166	3,87	0,568	Teste t	0,000
	Não	210	4,42	0,735		
Nº doenças	Uma a duas doenças	12	4,78	0,588	Anova	0,000
	Três a quatro doenças	175	3,96	0,594		
	Mais de quatro doenças	81	3,75	0,550		
Nº medicamentos	Até quatro	128	4,76	0,582	Anova	0,000
	De cinco a nove	193	3,91	0,597		
	Pelo menos dez	55	3,75	0,537		
Ajuda na preparação^a	Nunca	17	5,24	0,449	Kruskal-Wallis	0,004
	Às vezes	328	4,18	0,670		
	Sempre	31	3,56	0,650		
Índice de Barthel	Independente	253	4,41	0,685	Teste t	0,000
	Ligeira/Moderadamente dependente	122	3,69	0,528		

^a - utilização do teste não paramétrico Kruskal-Wallis

Tendo por base a tabela 8 verifica-se que o *score* médio da adesão ao regime terapêutico é idêntico entre homens e mulheres, sendo ligeiramente superior para as mulheres. A um nível de significância de 5% conclui-se pelo teste *t* que as diferenças observadas não são estatisticamente significativas.

Relativamente à idade verifica-se que são os indivíduos com idade compreendida entre 65 a 75 anos os que apresentam maior valor médio e os indivíduos com mais de 85 anos apresentam o *score* médio de adesão ao regime terapêutico mais baixo. Pelo teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (a *Anova* não foi possível porque não se verificou a homogeneidade de variâncias) conclui-se que existe pelo menos um grupo de indivíduos com resultados diferentes. Dado que não se verificou a homogeneidade de variâncias recorreu-se ao teste de comparações múltiplas de *Games-Howell* para detetar qual o grupo diferente. A um nível de significância de 5% conclui-se que todos os grupos apresentam, entre si, diferenças estatisticamente significativas na adesão ao regime terapêutico.

Quanto às habilitações literárias verifica-se que são os indivíduos com mais estudos os que apresentam maior valor médio e os indivíduos que não sabem ler nem escrever o *score* médio de adesão ao regime terapêutico mais baixo. Pelo teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (a *Anova* não foi possível porque não se verificou a homogeneidade de variâncias) conclui-se que existe pelo menos um grupo de indivíduos com resultados diferentes. Dado que não se verificou a homogeneidade de variâncias recorreu-se ao teste de comparações múltiplas de *Games-Howell* para detetar qual o grupo diferente. A um nível de significância de 5% conclui-se que todos os grupos apresentam, entre si, diferenças estatisticamente significativas na adesão ao regime terapêutico.

Relativamente à situação de com quem vive o indivíduo conclui-se que os melhores resultados de adesão ao regime terapêutico ocorrem nos indivíduos que vivem com o cônjuge, sendo idênticos entre os indivíduos que vivem com familiares ou sozinhos. Pela aplicação do teste *Anova* conclui-se que são estatisticamente significativas as diferenças observadas. Pelo método de comparações múltiplas de *Scheffé* conclui-se que são os resultados dos indivíduos que vivem com o cônjuge significativamente diferentes dos demais.

Quanto ao apoio domiciliário verifica-se que os indivíduos que não precisam apresentam maior valor médio no *score* de adesão ao regime terapêutico. Pela aplicação do teste paramétrico *t* conclui-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

No que se refere ao número de doenças e também ao número de medicamentos ingeridos por dia conclui-se que são os indivíduos com uma a duas doenças e também os que tomam no máximo quatro medicamentos os que apresentam melhores resultados de adesão ao regime terapêutico. No lado oposto, ou seja, com valores de adesão mais baixos estão os indivíduos com mais de quatro doenças e os que tomam pelo menos dez medicamentos por dia. Em ambos os casos recorreu-se ao teste *Anova* e conclui-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Pela aplicação do teste de comparações múltiplas de *Scheffé* verifica-se que quanto ao número de doenças todos os grupos envolvidos apresentam resultados estatisticamente diferentes. Quanto ao número de medicamentos ingeridos o grupo de indivíduos que toma até quatro medicamentos por dia é que é significativamente diferente dos demais.

Relativamente à ajuda na preparação de medicação verifica-se que são os indivíduos que nunca precisam de ajuda os que apresentam maior valor médio e os indivíduos que precisam sempre de ajuda apresentam o *score* médio de adesão ao regime terapêutico mais baixo. Pelo teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* (a *Anova* não foi possível porque não se verificou a homogeneidade de variâncias) conclui-se que existe pelo menos um grupo de indivíduos com resultados diferentes. Dado que não se verificou a homogeneidade de variâncias recorreu-se ao teste de comparações múltiplas de Games-Howell para detetar qual o grupo diferente. A um nível de significância de 5% conclui-se que todos os grupos apresentam, entre si, diferenças estatisticamente significativas na adesão ao regime terapêutico.

Por último, em relação aos resultados Da Escala de Barthel conclui-se que os indivíduos independentes apresentam melhores resultados de adesão ao regime terapêutico comparativamente aos indivíduos ligeira/moderadamente dependentes. Pela aplicação do teste paramétrico *t* conclui-se que as diferenças observadas são estatisticamente significativas.

5. Discussão dos resultados

No capítulo anterior apresentamos e analisamos os dados obtidos, procurando salientar os resultados mais relevantes. No entanto, este é o espaço e o momento indicado para uma síntese e discussão de carácter mais particularizado. Atendendo aos objetivos inicialmente propostos, procederemos à discussão dos resultados tendo em conta a sequência da sua apresentação.

Para o INE (2011) a temática do idoso tem vindo a suscitar interesse, assumindo uma crescente importância devido ao facto do envelhecimento demográfico da população apresentar um aumento progressivo nas últimas décadas. As doenças crónicas apresentam, segundo Julião (2009), uma prevalência direta com a idade. Um estudo norte-americano revelou que os idosos com mais de 65 anos adquiriam, tomavam em média, 20,6 fármacos para tratar as mais diversas doenças crónicas.

O avançar da idade torna-se responsável pelo aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, sendo frequente o idoso apresentar vários problemas de saúde em simultâneo, o que provoca o uso de vários medicamentos ao mesmo tempo. Existem estudos que relatam o elevado consumo de medicamentos associados as doenças crónicas, existindo desta forma uma associação positiva entre a idade elevada e o consumo de medicamentos (Andrade, 1999).

Relativamente ao grupo de idosos em estudo, a amostra é de 376 indivíduos, sendo 213 (56,6%) do sexo feminino, e 163 (43,3%) do sexo masculino. Verifica-se uma idade média de 78,8 anos com desvio padrão de 8,11 anos a partir de mínimo de 65 e máximo de 98 anos. Estes idosos apresentam um baixo nível de escolaridade, 44,7% (168) dos inquiridos não sabem ler nem escrever. Estes resultados são semelhantes aos apresentados por Lage (2005) e estão diretamente relacionados com o envelhecimento da população e, em concreto, com a maior prevalência de idosos do sexo feminino (INE, 2012).

Um dos aspetos focados neste estudo foi a relação entre o sexo e a adesão à terapêutica onde a percentagem correspondente às mulheres (68,1%) é mais do dobro da percentagem

correspondente aos homens (31,9%). Andrade (1999), Sousa, Pires, Conceição, Nascimento, Grenha e Braz (2011), contrariam os nossos resultados, não sendo encontrados valores de relação entre a adesão e o sexo. No entanto, num outro estudo feito por Bakken et al. (2000, citado por Margalho, Paixão & Pereira, 2010) sobre doentes portadores da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), verificou-se que existia relação nos índices de adesão com o sexo, sendo o feminino a apresentar valores mais elevados. Um estudo realizado por Araújo e Garcia (2006) sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo concluíram que existia maior adesão no sexo feminino.

Quanto à faixa etária verifica-se que os indivíduos mais novos (65- 75 anos) registam maior frequência de adesão, 72,2 %, e que os indivíduos com mais idade apresentam maior tendência de não adesão ao regime terapêutico. Verifica-se assim que existe uma relação direta da não adesão à terapêutica com o aumento da idade. Vários estudos apontam resultados neste sentido, Cabral e Silva (2009); Melo, Candeias e Gomes (2011); Monterroso, Pierdevara e Joaquim (2012)

Apesar dos níveis de analfabetismo estarem em plano descendente, nos idosos ainda permanecem elevados, de acordo com o INE (2011).

A baixa escolaridade influencia o nível de adesão aos tratamentos, pela limitação de acesso a informação, pois estes indivíduos apresentam comprometimento das capacidades de leitura e escrita o que por sua vez dificulta a compreensão das prescrições, das recomendações e das atividades de educação para a saúde. Estudos realizados por vários autores, Lima, Meineres e Soler, (2010), Melo, Teles, Teles, Barbosa, Studart e Oliveira (2011), corroboram os nossos resultados uma vez que também apresentam níveis de analfabetismo elevados e associado a estes revelam-se baixos níveis de adesão a terapêutica (52,6%).

Verificamos através do nosso estudo, que um grande número de idosos (141) vive sozinho, fruto das alterações estruturais da família com núcleos cada vez mais reduzidos, o isolamento cada vez mais acentuado no interior com o elevado número de emigrantes a procura de melhores condições de vida. Segundo Imaginário (2002), Guerreiro (2003) e Marques (2007), as alterações da vida em sociedade e a degradação dos laços de solidariedade, têm contribuído para o isolamento e solidão dos nossos idosos.

Para Silva, Pais Ribeiro e Cardoso (2006), associado a este isolamento encontramos níveis baixos de adesão à terapêutica, pelo que o acompanhamento dos idosos constitui uma importante fonte de apoio responsável pela melhoria dos níveis de adesão ao tratamento entre outros.

No nosso estudo é evidente a relação negativa dos idosos que vivem sozinhos com a adesão terapêutica face aos idosos que vivem acompanhados.

Verificamos através do nosso estudo que o comportamento dos indivíduos com maior número de patologias (três a quatro) apresentam um nível de adesão baixo (53,0%) em relação aos indivíduos com menor número de patologias (20,1%). Um estudo realizado por Fischer (2002, citado por Bastos, 2004), calcula que aproximadamente 80% dos utentes com várias patologias não demonstram uma adesão eficaz ao regime terapêutico. Também segundo OMS (2003); Dewulf, Monteiro, Passos, Vieira e Troncon (2006); Dias, Cunha, Santos, Neves, Pinto, Silva e Castro (2011), os utentes com múltiplas patologias apresentam níveis baixos de adesão terapêutica.

Segundo Caetano (2012) a maioria dos autores considera que são necessários 5 fármacos para considerar o indivíduo poli medicado.

O nosso estudo revela valores elevados de utentes poli medicados, fruto das várias doenças associadas com 248 (65,9%) idosos a tomarem 5 ou mais medicamentos, os quais revelam baixos índices de adesão a terapêutica.

A literatura evidencia segundo, Bugalho e Carneiro (2004), Machado (2009), Leite e Vasconcelos (2003), que a complexidade da terapêutica na população idosa aumenta com o uso de múltiplos medicamentos para a mesma condição ou para várias condições clínicas, sendo conseqüentemente um risco para a redução da adesão à terapêutica e respetivos resultados em termos de eficácia e segurança.

Os nossos resultados apontam para níveis de não adesão nos idosos poli medicados para 60,2%. Outros autores como Silva, Luís e Biscaia (2004), também concluíram que o número de medicamentos tem uma relação de proporcionalidade inversa à adesão terapêutica, dado que números elevados de medicamentos dificultam o cumprimento do esquema terapêutico.

Segundo Gordan, Smith e Dhillon (2007), a utilização de um número elevado de fármacos diferentes, predispõe os idosos a uma diminuição da motivação face ao cumprimento da medicação.

Para Imaginário (2002), os idosos representam um grupo populacional caracterizado por decadência das suas faculdades físicas, biológicas e mentais, pelo que para a realização das suas atividades de vida diária necessitam de maior ou menor ajuda, o que é frequente recorrer a amigos, vizinhos e familiares, representando entre outras o controlo da medicação uma das responsáveis pelo pedido de ajuda. Neste sentido também os nossos idosos manifestam com frequência elevada necessidade de ajuda na preparação da medicação, apresentando estes níveis de baixa adesão a terapêutica.

No nosso estudo verificamos que existe uma relação de proporcionalidade entre a adesão e a qualidade dos serviços e profissionais.

Segundo Giorgi (2006), Carvalho (2013) a qualidade dos serviços e profissionais promove a excelência dos cuidados, pelo que é de extrema importância o relacionamento que se estabelece entre o doente e os profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à transmissão de informações relativas ao tratamento, para que este possa ser seguido corretamente e sem desistências.

A falta de comunicação entre os profissionais de saúde, os utentes e as barreiras impostas pelos serviços revelam-se fatores de elevada responsabilidade da adesão a terapêutica, como se pode constatar na leitura de trabalhos de vários autores tais como: Bastos (2004); Carvalho (2013); Machado (2009); Leite e Vasconcelos (2003).

Estudos realizados por Butler e Rollnick, (2003), Brannon e Feist, (2000) Meichenbaum e Turk, (1987) , Simão (2009) vão de encontro aos nossos resultados referindo que a uma relação de confiança entre os utentes e os serviços e profissionais se torna fulcral para uma boa adesão aos tratamentos.

Para Teixeira (2004); Melo (2005); Gordon, Smith e Dhillon (2007), a adesão pode ser influenciada por problemas atribuídos ao acesso e organização dos serviços de saúde. Neles podem-se incluir o processo das prescrições, o relacionamento com os profissionais de saúde, a dificuldade na marcação de consultas, as preocupações acerca de consultas posteriores de avaliação do seu estado de saúde e medicação, de condições ambientais e de instalações, onde

são fornecidos os cuidados de saúde. Para Carvalho (2013) a acessibilidade dos serviços e profissionais de saúde influencia os processos de adesão à terapêutica. No nosso estudo as dificuldades demonstradas pelos serviços e profissionais face às solicitações dos utentes também se revelaram como fatores de não adesão a terapêutica.

Para Figueiredo (2007) à medida que a idade avança, vai aumentando a probabilidade do indivíduo se tornar incapaz para realizar de forma autónoma e independente determinadas tarefas diárias. Dentro destas atividades a terapêutica ocupa um lugar de primordial importância quer pela sua ação curativa quer pela preventiva. Do nosso estudo concluímos que o grau de dependência apresenta uma relação negativa com os níveis de adesão a terapêutica.

Segundo Célio, Filho, Martin, Peres, Roceti, Santelha e Silva (2008) as dificuldades apresentadas pelos idosos no conjunto das suas atividades diárias demonstrou que o nível de dependência das mesmas influencia de forma negativa a adesão a terapêutica sendo apontado por outros estudos que a complexidade dos tratamentos associada a dificuldade de compreensão, o esquecimento, a diminuição da acuidade visual e destreza manual e motora contribuem para que o nível de adesão seja influenciado negativamente.

Conclusões, Limitações e Sugestões do Estudo

O envelhecimento demográfico, na atualidade, pode ser considerado um problema, uma vez que se encontra associado à diminuição da população jovem e ao aumento do número de idosos. Associado a este fenómeno encontra-se a prevalência de doenças crónicas que estão associadas à idade. Estas, por sua vez são responsáveis por um elevado número de idosos com limitações funcionais, sociais, familiares, de isolamento e deficiente acompanhamento em saúde. Tudo isto pressupõe apoios de vária ordem para resolver ou minimizar as consequências destes problemas.

Foram várias as causas identificadas pela nossa investigação como responsáveis pelo índice de adesão à terapêutica como: a idade, o isolamento, a necessidade de ajuda, o numero de doenças e medicamentos, a acessibilidade dos serviços e profissionais de saúde, e o nível de dependência, tal como refere a literatura consultada.

A adesão terapêutica assume uma grande importância no mundo atual representando uma enorme preocupação para as políticas de saúde, dado o aumento dos gastos em saúde com os idosos e as doenças crónicas. Prevê-se segundo Bugalho e Carneiro (2004), que o gasto com as doenças crónicas continue a crescer até 2020, estimando-se que a nesse ano corresponda a 65% das despesas da saúde em todo o mundo.

Conforme os objetivos inicialmente propostos para este estudo, verificamos que, no contexto em que o mesmo se realizou, a percentagem de idosos que aderem aos tratamentos é de 19,1% (72), sendo preocupante o valor dos idosos considerados não aderentes 80,9% (304), corroborando com outros estudos, nomeadamente, o estudo realizado por Machado (2009) no qual obteve 6,7% de aderentes.

As limitações apontadas a este estudo relacionam-se com o tipo de amostragem, impedindo a generalização dos resultados à população geral de idosos.

Tratando-se de uma amostra retirada de uma população compreendida exclusivamente por idosos, alguma da informação recolhida pode surgir enviesada, dada a possibilidade de existir, incongruência entre a que o idoso diz e o que realmente faz, sendo este um problema transversal a estudos desta natureza

Por fim, ao refletir-se sobre a realidade transmitida pelos idosos, e face às conclusões do estudo, aponta-se como sugestão, que as organizações de saúde tenham em consideração este estudo nomeadamente os resultados do mesmo, como melhoria dos objetivos e intervenções em curso ou em estudo. No domínio da prática de enfermagem, seria desejável que os Centros de Saúde desenvolvessem programas específicos para os idosos de forma a referenciar e sinalizar as dificuldades dos mesmos, sendo este trabalho uma mais-valia como uma resposta de proximidade e em tempo útil aos problemas referidos pelos idosos tornando-se assim uma estratégia de prevenção alargada e eficaz, nomeadamente, nos níveis de adesão a terapêutica.

Face aos problemas por nós identificados para além das intervenções a nível dos cuidados primários, sugeríamos intervenções de proximidade, promovendo políticas sociais destinadas a fomentar a manutenção da solidariedade familiar e o incentivo ao voluntariado para apoio aos idosos mais isolados. A nível institucional criar mais centros de dia, com um âmbito de ação alargado ao domicílio vinte e quatro horas, permitindo desta forma dar respostas às dificuldades por nós levantadas e retardando a institucionalização dos idosos.

No âmbito mais alargado, para tornar possível uma resposta aos problemas dos idosos seria útil recorrer a utilização da teleassistência e estabelecer parcerias submetidas a uma organização comum que envolve-se um circuito complexo com vários intervenientes, indivíduos, famílias e instituições, imprimindo dinâmicas de cooperação com os mesmos, que atuem nos vários contextos sociais de forma a potenciar as redes de parceria, pois só desta forma é possível realizar um trabalho sustentável e eficaz a favor do bem-estar dos idosos. Já são muitos os Países Europeus a implementar programas de boas práticas no sentido do reforço dos apoios domiciliários a idosos sendo na atualidade uma procura crescente, com o objetivo de retardar a institucionalização, como é o caso do Luxemburgo, dando apoio aos cuidadores informais melhorando assim o nível de assistência prestada as pessoas idosas que precisam de ajuda. Esta ajuda vai para além do apoio à família, após avaliação por uma

equipa multidisciplinar e feito o levantamento das necessidades dos idosos será dada uma resposta por familiares, amigos, voluntários ou por técnicos especializados que prestam assistência 24 horas por dia, estes esforços assentam na tendência dos Países da EU que apontam para o reforço dos cuidados aos idosos não dispensando a necessidade das instituições para os casos mais agudos (CEPCEP, 2012).

No nosso País esta não é uma experiência nova, no entanto, não é uma prática comum, nomeadamente nas regiões do interior, este trabalho em rede com parcerias traz vantagens para o idoso, desde a qualidade à frequência de serviços, uma vez que existe o cuidado de tratar o problema com profissionais específicos. Traz ainda vantagens económicas a nível das instituições uma vez que se verifica um aproveitamento de sinergias e uma melhor gestão com eventual redução de custos (CEPCEP, 2012).

No nosso País já existem parcerias em Lisboa com a Cruz Vermelha, Vodafone e Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e a Teleassistência em alguns centros urbanos. O Reino Unido com este tipo de intervenção para além de outros melhoramentos na prestação de assistência aos idosos conseguiu um decréscimo de 44% nas idas ao hospital dos idosos (CEPCEP, 2012).

Para os problemas identificados na nossa amostra sugerimos um trabalho de parcerias com trabalho em rede através da criação de uma associação ou organização que implementaria uma linha de teleassistência e teria a seu cargo uma equipa multidisciplinar, que teria como referencia os resultados do nosso estudo como forma de conhecimento das necessidades dos idosos, tornando-se necessário fazer uma sinalização individual dos mesmos. Após este trabalho será implementado um plano de ação e intervencionado, de acordo com a sua especificidade por um profissional, voluntário, familiar, amigo ou um vizinho.

Dada a responsabilidade que os profissionais e as instituições de saúde têm em relação ao processo de adesão terapêutica, conforme o nosso estudo confirmou, emerge a necessidade de definir e implementar intervenções para melhorar o aumento da adesão ao regime terapêutico.

Melhorar a compreensão do fenómeno do envelhecimento das populações e a sua relação com a adesão à terapêutica, poderá permitir ajustar políticas de gestão da saúde na comunidade do nosso concelho.

Bibliografia

- Andrade, M. A. (1999). Assistência farmacêutica como estratégia para o uso racional de medicamentos em idosos. *Pública*, 15 (2), 55-63.
- Araújo, G.B.S., & Garcia T.R. (2006). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet], 8 (2), 259 – 72. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 5(2), 59-66.
- Barbosa, A. S. (2007). *Os benefícios do treinamento de força muscular para pessoas idosas*. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gerontologia da Escola de Saúde Pública do Ceará: Fortaleza.
- Bastos, F. S. (2004). *Adesão e Gestão do Regime Terapêutico do Diabético Tipo 2: Participação das Esposas no Plano educacional*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Medicina - Universidade do Porto.
- Batista, E.M.M. (2012). *Avaliação da adesão à terapêutica farmacológica com antineoplásicos orais*. Relatório de estágio para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde- Covilhã.
- Bento, M. (2010). *Terceira Idade Um Outro Olhar - Envelhecimento demográfico*. Trabalho realizado na Unidade Curricular de Problemas Sociais Contemporâneos do Curso de *Doutoramento em Serviço Social*. Disponível em: <http://www.cpihts.com/PDF07/Miguel%20Bento.pdf>
- Borges, F.S.G. (2011). *Caracterização da complexidade da terapêutica geriátrica*. Dissertação para obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas da Universidade da Beira Interior - Ciências Da saúde. Covilhã.

- Bossay, D., Ribeiro Rondon, E., Goldoni, F., Sousa Marques Oliveira, G. d., Vendas, J. P., Meinberg Cheade, L., Vieira Mello, R., & Ovando, L. (2006). Fatores Associados à Não-Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, 10(3),73-82. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26012809008>
- Branco, R., & Gonçalves, C. (2002). Envelhecimento demográfico – Aspectos demográficos, económicos e sociais da população idosa em Portugal. *O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: Instituto nacional de estatística.
- Bugalho, A., & Carneiro, A.V. (2004). *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2009). *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciência Sociais.
- Cabral, M. V., & Silva, P. A. (2010). *A adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais. Imprensa de Ciências Sociais.
- Caetano, P. (2012). Atenção à Poli medicação. Disponível em: <http://www.ajudas.com/notVer.asp?ID=2675>
- Cancela, D. M. G. (2007). *Processo de envelhecimento*. Estágio de complemento de licenciatura em psicologia, Universidade Lusíada do Porto Universidade Lusíada do Porto. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2004). *Dinâmicas territoriais do envelhecimento – Análise exploratória dos resultados dos censos 91 e 2001*. Comunicação apresentada ao II congresso Português de Demografia, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Célio, L.C.O., Filho, J.R.G., Martin, J.S.M., Peres, U.F., Roceti, L.C., Santelha F., & Silva, C.B.A. (2008, julho). Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, 24 (7), 1545-1555.

- Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa[CEPCEP]. (2012). Faculdade de Ciências Humanas- Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <https://www.google.pt/#q=centro+de+estudos+dos+povos+e+culturas+de+expressão+portuguesa>
- Connor, J., Rafter, N., & Rodgers, A. (2004, december). Do fixed-dose combination pills or unit-of-use packaging improve adherence? A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(12), 935-9. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2623099/pdf/15654408.pdf>
- Costa, M.A. (1999). Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros. In A. Costa et al. (eds.). *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Editora Formasau.
- Costa, M. A. (2011). Demência de Alzheimer: impacto na pessoa doente e na família. *Nursing – Revista de formação contínua em Enfermagem*, 268 (23), 11-18.
- Cruz, M.M. (1998). Adesão do utente à prescrição do seu médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 15, 16-21.
- 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.
- Dewulf, N.L.S., Monteiro, R.A., Passos, D.N., Vieira, E.M., & Troncon, L.E.A. (2006). Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Ciências Farmacológicas*, 42(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000400013
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Divisão de Doenças Genéticas, Crônicas e Geriátricas. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009153.pdf>
- Direção Geral da Saúde [DGS]. (2013). *Processo assistencial Integrado da Diabetes Mellitos Tipo 2*. Informação nº 001/2013 de 19/02/2013. Departamento da Qualidade. Disponível

- em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/informacoes/informacao-n-0012013-de-19022013.aspx>
- 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.
- Dinis, C. M. R. (1997). *Envelhecimento e qualidade de vida no concelho de Faro*. Coimbra: Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina.
- Fanhani, H., Takemura, O., Cuman, R., Seixas, F., & Andrade, O. (2007). Consumo de medicamentos por idosos atendidos em um centro de convivência no noroeste do Paraná, Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10 (3).
- Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A.A. (2008). *Questões demográficas. Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri.
- Fernandez-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una Introducción. In R. Fernandez-Ballesteros (Dir). *Gerontologia Social*. (p.p. 31-54). Madrid. Ediciones Pirámide,
- Fernandes, A., & Rodrigues, A. L. (2011). Monografia das Freguesias do concelho de Bragança. Bragança: Editora Câmara Municipal de Bragança.
- Ferreira, M.S.M. (2010). *Variáveis Psicológicas na Lombalgia Crónica: Estudo com Doentes em Tratamento de Fisioterapia e Acupuntura*. Dissertação de Doutoramento - Universidade do Minho. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10462/1/tese.pdf>
- Figueiredo, J. (2005). *Fluxos migratórios e cooperação para o desenvolvimento – Realidades compatíveis no contexto europeu*. Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Clempsi Editores.
- Figueiredo, M.J., (2008, out/dez). A relevância dos modelos. Modelo de senso-comum da doença para a adesão terapêutica. *Revista Factores de Risco*, 11, 38-41.

- Filho, E. T., & Alencar, Y. M. (1998). *Teorias do envelhecimento*. In E. Filho e M. Netto (eds.), *Geriatría, clínica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Editora
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *Envelhecimento – Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação - da conceção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas Lda.
- Fortin, M.F. (2000). *O processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gagueiro, J., & Pestana, M. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo Lda.
- Galbraith, J. K. (2007). *Galbraith Essencial – Os Principais Ensaios de John Kenneth Galbraith*. São Paulo: Editora Saraiva.
- Galvão, C. (2006, nov/dez). O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22 (6), 747-52.
- Giorgi, D. M. A. (2006, janeiro/março). Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 47-50.
- Gomes, M.J., & Mata, A. (2012). A família provedora de cuidados ao idoso dependente. In F. Pereira (Eds). *Teoria e prática da gerontologia – um guia para cuidadores de idosos*, (p.p. 163-174). Viseu: PsicoSoma.
- Gordon, K., Smith, F., & Dhillon, (2007). Effective chronic disease management: Patient's perspectives on medication-related problems. *Patient Education and Counseling*, 65, 407-415.

- Guerreiro, M.D. (2003). Pessoas Sós: Múltiplas Realidades. *Sociologia*. “Problemas e Práticas”, 43, 31-49.
- Gusmão, J.L., & Décio, M. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira Hipertensão*, 13 (1), 23-25.
- Henriques, M.A. (2007, Fevereiro). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos*, Revisão sistemática – Comunicação apresentada no III Congresso em Saúde e Qualidade de Vida, Porto.
- Henriques, M.A. (2011). *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Programa de doutoramento em enfermagem – Revisão sistemática da literatura. Lisboa: Universidade de Lisboa. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf
- Hilmer, S. N, McLachlan, A. J., & Le Couteur D. G. (2007). Clinical Pharmacology in the geriatric patient. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 21 (3), 217-230. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2169/1/22353_ulfp034915_tm.pdf
- Imaginário, C.M.I. (2002). *O idoso dependente em contexto familiar*. (2º ed.). Coimbra: Formasau.
- Imaginário, C. M. I. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Editora Formasau.
- Indalencio, M. N. (2007). Estatuto do idoso e direitos fundamentais. Curso de pós graduação em ciência jurídica, Univali: Universidade do Vale do Itajai. Disponível em: http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=356
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2001). *Estatísticas demográficas 2001*. Disponível em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2002). *O Envelhecimento em Portugal, Actualidades, Inquérito a uma amostra de população idosa dependente e aos seus*. Disponível em: www.ine.pt

- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2005). *Destaque – Informação à comunicação social: Dia internacional do idoso*. Lisboa: Instituto nacional de estatística. Disponível em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2008). *Estatísticas demográficas 2007*. Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Disponível em: <https://www.google.pt/#q=INE+%282009%29.+Proje%C3%A7%C3%B5es+de+popula%C3%A7%C3%A3o+residente+em+Portugal+2008-2060>
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2010). *Estatísticas demográficas 2010*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. Disponível em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2011). *Resultados Preliminares dos Censos 2011*. Instituto Nacional de Estatística. Disponível em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2013). *Estatísticas demográficas 2012*. Instituto Nacional de Estatística, Lisboa. Disponível em: www.ine.pt
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2014). *Estatísticas Gráficos e indicadores*. Disponível em: <https://www.google.com/search?hl=en&q=ine+2014+pordata+indice>
- Inter Press Service (2013) (). Reportagens; *Idosos, uma contribuição, mais do que um peso - estudo do Conselho Económico e Social*. Disponível em: <http://economico.sapo.pt/noticias/nprint/171826.html>
- Julião, M. (2009). Doenças da terceira idade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25 (2):191-196.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl, e A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. (2003). Adesão à Terapêutica Medicamentosa: Elementos para a Discussão de Conceitos e Pressupostos Adotados na Literatura. *Ciência e Saúde Colectiva*, 8(3), 775-78.

- Lemos, D., Palhares, F., Pinheiro, J.P., & Landenberger, T. (2006). *Velhice. Projeto e-Psico*, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Lima, T.M., Meiners M.M.M.A., & Soler, O. (2010). Adesão ao tratamento de doenças crónicas. *Revista Médica de Minas Gerais*, 23 (Supl 2), S5-S11.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau
- Luís, S., & Biscaia, A. (2004). Poli medicação: um estudo de prevalência nos centros de saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20 (3), 323-36.
- Machado, M.M.P. (2009). *Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas*. Tese de Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde: Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Magalhães, C.P. (2008). *Estereótipos acerca das pessoas idosas em estudantes do ensino superior no distrito de Bragança*. Tese de doutoramento não publicada: Universidade de Extremadura, Badajoz.
- Maia, C. (2008). Adesão à terapêutica: Aspectos práticos em medicina familiar. *Revista Fatores de Risco*, 11, 42-45.
- Margalho, R., Paixão, R., & Pereira, M. (2010). Relação terapêutica e adesão em doentes portadores da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). *Psicologia, Saúde & Doenças*. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S164500862010000100006&script=sci_ar_ttext
- Marques, S. C. L. (2007). *Os cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. (2007). *Envelhecimento e iniquidades na Saúde*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Santarém.
- Martins, T. (2006). *Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Forsmasau.

- Matias, A. (2008). *Perfil terapêutico e risco de interação medicamentosa no idoso*. Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal.
- Medeiros, M. C. S. (2000). *A prestação de cuidados á população idosa: Inquérito a uma amostra de população idosa dependente e aos seus prestadores de cuidados, na cidade de Lisboa*. Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Melo, M.L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
- Melo, E. M., Teles, M. S., Teles, R. S., Barbosa, I.V., Studart, R. M. B., & Oliveira, M. M. (2011). Avaliação dos fatores interferentes na adesão ao tratamento do cliente portador de pé diabético. *Revista de Enfermagem Referência*; III (5): 38-42
- Melo, M.M.C.S., Gomes, L.A. & Candeias, A.L.S. (2011). *Adesão ao Regime Terapêutico na Pessoa com Obesidade*. V Seminário de Investigação em Enfermagem/ I Seminário Internacional de Investigação em Saúde: Porto. Disponível em:https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/17602/1/Ades%C3%A3o%20ao%20regime%20terap%C3%AAutico%20na%20pessoa%20com%20obesidade_Melo%20et%20al.pdf
- Mestre, O. (1999). O envelhecimento e a mobilização. Prevenção das diabetes. *Geriatrics*, 12: 68-72
- Monterroso, L. Pierdevara, L. Joaquim, N. (2012, junho). 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
- Nazareth, J.M. (1994). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. *Geriatrics – Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica*, 70, 8-16.
- Nazareth, J.M. (2009). *Crescer e envelhecer-constrangimentos e oportunidades do envelhecimento demográfico*. Barcarena: Editorial presença
- Neri, A. L. (2001). *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas, SP: Papirus.
- Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas: Alinea

- OCDE (2011). *Health at a glance 2011: OCDE indicators*. Disponível em: www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf
- Oliveira, E. F., Grácio, M.C. (2005 Junho). Analysis regarding the size of the simple sample random: an application in the area of Information Science. DataGramZero. *Revista de Ciência da Informação*, 6 (3), 123-132
- Oliveira, J.H.B. (1999). Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis psicológicas e representação da morte. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3, (2), 323-344.
- Oliveira, J.H.B (2005). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (2ª Ed.). Porto: Legis Editora.
- OMS, (1982). Assembleia Mundial sobre envelhecimento: resolução 39/125. Viena: 1982.
- OMS (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Organização Mundial de Saúde, Cap. XIII, 107-114. Geneve. Disponível em: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Mundial de Saúde, Brasília, organização Pan-America da saúde.
- OMS (2008). *Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca*. Relatório Mundial de Saúde 2008. Disponível em: http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] Versão 1.0*. Genebra: International Council of Nurses (ICN).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] Versão 2*. Genebra: International Council of Nurses (ICN).
- Ordem dos Enfermeiros (2013) Programa Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem. Conselho de enfermagem regional norte p. 33. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/RevOE_36.pdf
- Oshiro, M.L. (2007). *Fatores para não-adesão ao programa de controlo da hipertensão arterial em Campo Grande*. Brasília: Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/maria_lourdes_oshiro_trabalho_completo.pdf

- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pais Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde* (3ªed.). Porto: Legis Editora.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, M. C. A (2005). Construção de um Modelo de Envelhecimento Humano. In C. Paúl, & A. M. Fonseca (Coords.). *Envelhecer em Portugal* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedro, L. M. R. (2003). *Perceção dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e fisioterapeutas) da adesão dos doentes ao tratamento* - Tese mestrado-Instituto Superior de Psicologia aplicada mestrado em Psicologia da Saúde, Lisboa.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Quartilho, M. J. (2001). Dor Crónica, Aspetos psicológicos Sociais e Culturais. *Sociedade Portuguesa de Reumatologia, Ata Reumatologia Portuguesa*, 26,255-262
- Ramalhinho, I. (1994). *Adesão à terapêutica anti-hipertensiva. Contributo para o seu estudo*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Rebelo, J., & Penalva, H. (2004). *Evolução da população idosa em Portugal nos próximos 20 anos e seu impacto na sociedade*, Comunicação para o II Congresso Português de Demografia: Escola Superior de Ciências Empresariais Instituto Politécnico de Setúbal. Disponível em: <https://www.google.pt/#q=universidade+do+algarve>
- Ribeiro, J. C. (2012). *O envelhecimento da população*. Disponível em: <http://www.comumonline.com/opiniao/item/984-o-envelhecimento-da-populacao-em-portugal>
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em psicológica da Saúde*. Porto: Editora Livpsic

- Ribeiro, J.L.P. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Robalo, M.L.V. (2010). *Perdão e esperança na promoção da saúde mental do sénior*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicologia, Área de Especialização em Psicologia da Saúde. Faculdade de ciências humanas e sociais: Universidade do Algarve. Disponível em: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/bitstream/10961/184/1/Psicologia>.
- Rocha, A.P.M.F. (2007). *O autoconceito dos idosos*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em Psicogerontologia. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Rodrigues, L., & Soares, G. (2006). Velho, Idoso e Terceira Idade na Sociedade *Revista Ágora, Vitória*, 4, 1-29.
- Rodrigues, N. C. (2001). *Política Nacional do Idoso – Retrospectiva Histórica*. In: Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento: Porto Alegre,3,149-158.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer: um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lisboa: Lidel.
- Saldanha, J. S. et al (2009). Grau de adesão ao tratamento com antirretrovirais entre indivíduos HIV positivos atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. *Revista saúde*, 35(1), 4-9
- Santana, P. (2000, Apr). Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. *Social Science & Medicine*, 50 (7-8), 1025-36.
- Santos, P.L.D.F.C. (2000). *A depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Coimbra: Quarteto editora.
- Santos, S. S. C. (2003). *Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin*. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/artieop/Geral/artigo15.htm>
- Santos, S. S. C. (2010, Nov./Dez.). Conceções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogeriatrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6),1035-1039
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. Psicol.* 25 (4), 585-593.

- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Porto: Lidel.
- Serafim, F. M. M., (2004). *Promoção do bem-estar global na população sénior – Práticas de intervenção e desenvolvimento de actividades físicas*. Disponível em: <https://www.google.pt/#q=envelhecimento+demogr%C3%A1fico>.
- Silva P., Luís S., & Biscaia A. (2004). Poli medicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 323-326.
- Silva Reis, A. C. R. (2012). *Avaliação da adesão terapêutica na infeção VIH/sida e compreensão de variáveis psicológicas associada*. Tese de doutoramento em Psicologia – Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Silva, M. J. R. (2010). *O ser humano e a adesão ao regime terapêutico - Um olhar sobre o fenómeno*. Coimbra: Formasau
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. & Cardoso, H., (2005). Variáveis psicológicas associadas à adesão ao tratamento da diabetes mellitus. *Análise Psicológica*, XVIII (2), 159-171.
- Simão, A.R.E., (2009). *Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório*. Mestrado integrado em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação: Universidade de Lisboa.
- Sousa L., Figueiredo D., & Cerqueira M. (2004). *Envelhecer em família*. Porto: Editora Ambar
- Sousa S., Pires A., Conceição C., Nascimento T., Grenha A. & Braz B. (2011). Poli medicação em Doentes Idosos: Adesão à Terapêutica. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, 27,(2): 176-182.
- Sousa, M. R. M. (2003). *Estudo dos Conhecimentos e Representações de Doença Associados à Adesão Terapêutica nos Diabéticos Tipo 2*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia de Braga.
- Teixeira J.A. (2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde- Utentes. *Análise Psicológica*,22(3), 615-620.
- Teixeira, C. R. (1998). *Aspetos Biológicos e Geriátricos do envelhecimento*. Porto Alegre: RS: Epiducrs.

- Valente C. (2010). *Envelhecimento e Qualidade de vida do idoso na Instituição*. Disponível em: www.forma-te.com/.../21921-envelhecimento-qualidade-de-vida-de-um-
- Vargas L. M. (2010). *Envelhecimento bem-sucedido: concepção de idosos que participam de projetos sociais em dois municípios do Vale do Rio dos Sinos*. Disponível em: <http://ebookbrowse.net/mo/monografias-idosos#.utmopvwpbo>
- Vaz, S. F.A. (2009). *Depressão no idoso institucionalizado – Estudo realizado sobre idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Vermeire, E; Hearnshaw, H; Van Royen,P; Denek-ens, J (2001). Patient adherent to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Jornal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26, 331-342.
- Weyne, G.R.S., (2004 Jul/dez). *Determinação do tamanho da amostra em pesquisas experimentais na área da saúde*. *Arq. Med ABC*, 29,(2), 87-90.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice, aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora.

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO



MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA

*ADESÃO TERAPÊUTICA NOS IDOSOS DO
CONCELHO DE MACEDO DE CAVALEIROS*

Bragança, Janeiro de 2013

O presente instrumento de colheita de dados, enquadra-se na investigação a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança. Pretende-se conhecer o grau de adesão à terapêutica dos idosos do concelho de Macedo de Cavaleiros, identificar fatores com relação à adesão terapêutica, estabelecer a relação entre a adesão terapêutica e a acessibilidade da equipa de saúde, conceber propostas de intervenção com a finalidade de obter ganhos em saúde.

Toda a informação recolhida será tratada de forma rigorosamente confidencial e destinar-se-á exclusivamente ao estudo da temática em apreço.

A sua colaboração é indispensável para a concretização desta investigação, pelo que, solicito que responda com a máxima sinceridade a todas as questões.

A qualquer momento pode desistir da investigação sem qualquer tipo de consequências e se assim o entender pode ter acesso aos resultados da investigação.

Obrigado pela sua colaboração!

O investigador,

Alípio Augusto Marcos

(Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
e aluno do Mestrado em Enfermagem de Saúde Pública)

PARTE I - Caracterização Sócio-demográfica e Clínica

1 – Idade: _____ anos

2 – Sexo: (1) F

(2) M

3 - Estado civil: (1) Solteiro

(2) Casado / união de facto

(3) Divorciado / Separado

(4) Viúvo

(5) Outra situação Qual ? _____

4 - Residência: (1) Rural

(2) Urbana

5 – Localidade _____

6 - Habilitações literárias: (1) Não sabe ler nem escrever

(2) Sabe ler e escrever

(3) 1º Ciclo

(4) 2º Ciclo

(5) 3º Ciclo

(6) Ensino secundário

(7) Curso técnico/profissional

(8) Ensino superior: Bacharelato Licenciatura

Mestrado Doutoramento

7 - Com quem vive: (1) Cônjuge

(2) Familiar

(3) Sozinho

(4) Outros Qual ? _____

8 - Possui algum tipo de apoio domiciliário? Sim Não

Se sim, qual ? (1) Misericórdia

- (2) Centro de saúde
- (3) Instituição de apoio a idosos
- (4) Familiar
- (5) Amigo ou vizinho

9 - Relativamente a sua medicação, é utilizada para o tratamento de:

- (1) Depressão
- (2) HTA
- (3) Diabetes
- (4) Alcoolismo
- (5) Problemas respiratórios
- (6) DPCO
- (7) Patologias cardiovasculares
- (8) Problemas emocionais, psicose
- (9) Dislipidemia
- (10) Anorexia/bulimia
- (11) Doença oncológica
- (12) Doença renal
- (13) Doença hepática
- (14) Outra Qual? _____

(Pode selecionar mais do que uma opção)

10 - Qual o número de medicamentos diários? _____

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

12 - Quando tem duvidas 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 - Com que frequência recorre aos serviços de saúde para além das consultas de rotina marcadas pela sua equipa de saúde?

- (1) Uma vez por mês

- (2) Duas vezes por mês
- (3) Só em situações de urgência
- (4) Esporadicamente

PARTE II – Avaliação de Adesão aos Tratamentos (MAT)

14- Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos 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 .Acessibilidade aos profissionais de saúde

21- Qual o processo de marcação das consultas?

- (1) Presencial
- (2) Por telefone
- (3) Equipa de saúde
- (4) Outros (amigos familiares)

22- Qual o tempo de espera da marcação até a consulta?

- (1) Até 3 dias
- (2) Três dias a sete
- (3) Sete a catorze dias
- (4) catorze a trinta dias
- (5) Mais de trinta dias

23 - Como considera a qualidade dos cuidados que recebe?

Muito má					Muito boa
1	2	3	4	5	

24 - Como avalia a acessibilidade da equipa de saúde para ajudar ou resolver os seus problemas?

Muito má					Muito boa
1	2	3	4	5	

PARTE IV

25-Dados relativos a dependência dos idosos face as suas atividades de vida diárias

Índice de Barthel

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

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
Escadas 0 = Incapaz 5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão 10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	

Atividades	Pontuação
Banho 0 = Dependente 5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	

90-100 Pontos – Independente ; **60-90 Pontos** - Ligeiramente dependente **40-60 Pontos** - Moderadamente dependente ; **20-40 Pontos** -Severamente Dependente ; **<20 Pontos** - Totalmente dependente .



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

**Anexo II. Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em
investigação**



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Sou aluno do Mestrado em Enfermagem de saúde Pública, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. No âmbito da realização deste trabalho sob orientação dos Professores: Adília Silva e Carlos Magalhães, pretendemos desenvolver um estudo acerca da Adesão a Terapêutica dos Idosos.

Este estudo tem como objetivo avaliar o nível de Adesão a Terapêutica dos Idosos do Concelho de Macedo de Cavaleiros, e estabelecer a relação entre o nível de Adesão a Terapêutica e as variáveis sociodemográficas, clínicas e nível de dependência.

É-lhe solicitada assim a colaboração para responder às perguntas deste formulário.

Informa-se que nos comprometemos à mais estrita confidencialidade das informações que nos fornecer e que todos os dados serão tratados de forma anónima. A qualquer momento pode desistir da investigação sem qualquer tipo de consequências e se assim o entender pode ter acesso aos resultados da investigação.

Mais solicitamos o seu contacto pessoal para possíveis intervenções que se considerem pertinentes.

Entrevistador:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações que me foram fornecidas pelos investigadores que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelos investigadores.

Nome:

Assinatura:
Data: /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
NOME:
BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:
ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BRAGANÇA
Escola Superior de Saúde

Anexo III-Testes Estatísticos utilizados

Adesão terapêutica em função da idade

Test of Homogeneity of Variances

media_adesao

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
4,291	2	373	,014

Multiple Comparisons

Dependent Variable: media_adesao

Games-Howell

(I) classe_idade	(J) classe_idade	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
De 65 a 75 anos	De 76 a 85 anos	,65393 ⁺	,07667	,000	,4733	,8346
	Mais de 85 anos	,86688 ⁺	,07973	,000	,6787	1,0551
De 76 a 85 anos	De 65 a 75 anos	-,65393 ⁺	,07667	,000	-,8346	-,4733
	Mais de 85 anos	,21295 ⁺	,07735	,018	,0304	,3955
Mais de 85 anos	De 65 a 75 anos	-,86688 ⁺	,07973	,000	-1,0551	-,6787
	De 76 a 85 anos	-,21295 ⁺	,07735	,018	-,3955	-,0304

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Adesão terapêutica em função das habilitações

Test of Homogeneity of Variances

media_adesao

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
3,277	2	373	,039

Multiple Comparisons

Dependent Variable: media_adesao

Games-Howell

(I) nova_habilitações	(J) nova_habilitações	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Não sabe ler nem escrever	Sabe ler e escrever	-,54882 [*]	,06737	,000	-,7075	-,3901
	1º Ciclo ou mais	-1,18213 [*]	,08339	,000	-1,3806	-,9837
Sabe ler e escrever	Não sabe ler nem escrever	,54882 [*]	,06737	,000	,3901	,7075
	1º Ciclo ou mais	-,63331 [*]	,08751	,000	-,8411	-,4255
1º Ciclo ou mais	Não sabe ler nem escrever	1,18213 [*]	,08339	,000	,9837	1,3806
	Sabe ler e escrever	,63331 [*]	,08751	,000	,4255	,8411

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Adesão terapêutica em função de com quem vive

Test of Homogeneity of Variances

media_adesao

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,700	2	373	,069

Multiple Comparisons

Dependent Variable: media_adesao

Scheffe

(I) Com quem vive	(J) Com quem vive	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Cônjuge	Familiar	,60228*	,09383	,000	,3717	,8329
	Sozinho	,60136*	,07502	,000	,4170	,7857
Familiar	Cônjuge	-,60228*	,09383	,000	-,8329	-,3717
	Sozinho	-,00093	,09624	1,000	-,2375	,2356
Sozinho	Cônjuge	-,60136*	,07502	,000	-,7857	-,4170
	Familiar	,00093	,09624	1,000	-,2356	,2375

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Residual for media_adesao
N		376
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000
	Std. Deviation	,65333
	Absolute	,064
Most Extreme Differences	Positive	,064
	Negative	-,051
Kolmogorov-Smirnov Z		1,246
Asymp. Sig. (2-tailed)		,090

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Adesão terapêutica em função do número de doenças

Test of Homogeneity of Variances

media_adesao

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
,758	2	373	,469

Multiple Comparisons

Dependent Variable: media_adesao

	(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Scheffe	Uma a duas doenças	Três a quatro doenças	,82058*	,06907	,000	,6508	,9903
		Mais de quatro doenças	1,03373*	,08381	,000	,8278	1,2397
	Três a quatro doenças	Uma a duas doenças	-,82058*	,06907	,000	-,9903	-,6508
		Mais de quatro doenças	,21315*	,07832	,026	,0207	,4056
	Mais de quatro doenças	Uma a duas doenças	-1,03373*	,08381	,000	-1,2397	-,8278
		Três a quatro doenças	-,21315*	,07832	,026	-,4056	-,0207

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Residual for media_adesao
N		376
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000
	Std. Deviation	,58123
	Absolute	,068
Most Extreme Differences	Positive	,040
	Negative	-,068
Kolmogorov-Smirnov Z		1,321
Asymp. Sig. (2-tailed)		,061

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Adesão terapêutica em função do número de medicamentos

Test of Homogeneity of Variances

media_adesao

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,755	2	373	,174

Multiple Comparisons

Dependent Variable: media_adesao

Scheffe

(I)	(J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
novo_numero_medamentos	De 5 a 9 medicamentos	,84366*	,06654	,000	,6801	1,0072
	Pelo menos 10 medicamentos	1,00753*	,09411	,000	,7762	1,2388
De 5 a 9 medicamentos	Até 4 medicamentos	-,84366*	,06654	,000	-1,0072	-,6801
	Pelo menos 10 medicamentos	,16387	,08922	,187	-,0554	,3831
Pelo menos 10 medicamentos	Até 4 medicamentos	-1,00753*	,09411	,000	-1,2388	-,7762
	De 5 a 9 medicamentos	-,16387	,08922	,187	-,3831	,0554

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Residual for media_adesao
N		376
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000
	Std. Deviation	,58218
	Absolute	,069
Most Extreme Differences	Positive	,050
	Negative	-,069
Kolmogorov-Smirnov Z		1,343
Asymp. Sig. (2-tailed)		,054

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Adesão terapêutica em função da ajuda na preparação

Test of Homogeneity of Variances

media_adesao

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2,965	2	373	,053

Multiple Comparisons

Dependent Variable: media_adesao

Scheffe

(I) Preparação medicação	(J) Preparação medicação	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Nunca	Às vezes	1,05672 [*]	,16428	,000	,6530	1,4605
	Sempre	1,67769 [*]	,19932	,000	1,1878	2,1675
Às vezes	Nunca	-1,05672 [*]	,16428	,000	-1,4605	-,6530
	Sempre	,62097 [*]	,12410	,000	,3160	,9260
Sempre	Nunca	-1,67769 [*]	,19932	,000	-2,1675	-1,1878
	Às vezes	-,62097 [*]	,12410	,000	-,9260	-,3160

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Residual for media_adesao
N		376
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	,0000
	Std. Deviation	,65868
	Absolute	,091
Most Extreme Differences	Positive	,091
	Negative	-,059
Kolmogorov-Smirnov Z		1,774
Asymp. Sig. (2-tailed)		,004



- a. Test distribution is Normal.
- b. Calculated from data.