

Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspectos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários



Revista Gaúcha
de Enfermagem

Adherence to the therapeutic medication and biopsychosocial aspects of elderly integrated in the home-based long-term care

Adherencia al régimen terapéutico medicamentoso y aspectos biopsicosociales de los ancianos integrados en cuidados continuados domiciliarios

Lígia Eduarda Pereira Monterroso^{a,b}
Luís Octávio de Sá^a
Natércia Maria Teixeira Joaquim^c

Como citar este artigo:

Monterroso LEP, Sá LO, Joaquim NMT. Adesão ao regime terapêutico medicamentoso e aspectos biopsicossociais dos idosos integrados em cuidados continuados domiciliários. Rev Gaúcha Enferm. 2017;38(3):e56234. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.56234>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.56234>

RESUMO

Objetivo: Avaliar a associação entre os aspectos biopsicossociais e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipes de cuidados continuados domiciliários.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo com amostra constituída por 198 idosos. As entrevistas decorreram entre maio de 2012 e maio de 2013, em Portugal. Para caracterização terapêutica fez-se a coleta de dados recorrendo a dois questionários e uma entrevista. Análise dos dados feita pelo programa Statistical Package for Social Sciences, versão 20.0. Utilizou-se a estatística descritiva para apresentação dos resultados e o teste Qui-Quadrado para avaliar a associação entre variáveis.

Resultados: Verifica-se que 49% dos idosos não adere ao regime terapêutico medicamentoso e que o nível de adesão apresentou associação estatisticamente significativa, com estado de nutrição ($p=0,002$), autonomia instrumental ($p=0,030$) e isolamento social ($p=0,046$).

Conclusões: Conhecendo a multiplicidade de aspectos envolvidos na adesão, sugere-se que os mesmos sejam considerados nas intervenções de enfermagem promotoras de medidas de controle da terapêutica.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Idoso. Enfermagem domiciliar.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association between the biopsychosocial aspects and the adherence to the therapeutic medication of elderly integrated into the home-based long-term care teams.

Methods: A cross-sectional, quantitative study, with a sample of 198 elderly. Interviews took place between May 2012 and May 2013 in Portugal. For therapeutic characterization, the data were collected using two questionnaires and one interview. Data analysis made with the Statistical Package for Social Sciences version 20.0. Descriptive statistics were used to present the results and the Chi-Square test to evaluate the association between variables.

Results: It was observed that 49% of the elderly do not adhere to the therapeutic medication and the level of adherence showed a statistically significant association with nutritional status ($p = 0.002$), instrumental autonomy ($p = 0.030$) and social isolation ($p = 0.046$).

Conclusions: Due to the multiplicity of aspects involved in adherence, it is suggested that they be considered in the nursing interventions that promote therapeutic control measures.

Keywords: Medication adherence. Elderly. Home health nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre los aspectos biopsicosociales y la adherencia al régimen terapéutico medicamentoso de los ancianos integrados en los equipos de cuidados continuados domiciliarios.

Métodos: Estudio transversal, cuantitativo con muestra de 198 personas de edad avanzada. Las entrevistas tuvieron lugar entre mayo de 2012 y mayo de 2013 en Portugal. Para la caracterización terapéutica se hizo la recolección de datos utilizando dos cuestionarios y una entrevista. Análisis de los datos realizado por el programa Statistical Package for Social Sciences versión 20.0. Se utilizó la estadística descriptiva para presentar los resultados y la prueba de Chi-cuadrado para evaluar la asociación entre variables.

Resultados: Se observa que el 49% de los ancianos no se adhiere al régimen terapéutico medicamentoso y que el nivel de adherencia presentó una asociación estadísticamente significativa, con el estado nutricional ($p = 0,002$), la autonomía instrumental ($p = 0,030$) y el aislamiento social ($p = 0,046$).

Conclusiones: Conociendo la pluralidad de aspectos que intervienen en la adherencia, se sugiere que los mismos sean considerados en las intervenciones de enfermería que promueven medidas de control de la terapéutica.

Palabras clave: Adherencia a la medicación. Anciano. Enfermería domiciliar.

^a Universidade Católica Portuguesa (UCP), Instituto de Ciência da Saúde, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde. Porto, Portugal.

^b Administração Regional de Saúde do Norte, Aces Baixo Tâmega, USF Tâmega. Marco de Canaveses, Portugal.

^c Centro Hospitalar do Algarve. Faro, Portugal.

■ INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem vindo a verificar-se que a adesão ao regime terapêutico medicamentoso (ARTM) é um assunto preocupante para os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, bem como para os idosos e para as suas famílias. A não ARTM acarreta repercussões a nível pessoal, económico e social, tornando-se um problema de saúde pública relevante; contribui para o aumento de hospitalizações, diminuição da qualidade de vida e consequentemente aumento da morbilidade e mortalidade, gerando consequências clínicas, como quedas e exacerbação de doenças⁽¹⁾.

Considera-se a ARTM como a execução de atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde, podendo a mesma ser influenciada por muitas variáveis, relacionadas com o doente (fatores psicológicos, sociais, familiares e comportamentais), o tratamento (número de medicamentos) e a relação médico-doente^(2,3). Um estudo realizado em Portugal⁽⁴⁾, incluindo 74 pessoas com insuficiência renal crónica que se encontravam num programa regular de hemodiálise, sugere que, sendo a ARTM um processo dinâmico, a pessoa deve ser cuidadosamente acompanhada, avaliada e constatados os principais fatores que a possam influenciar negativamente na adesão. “Os profissionais de saúde necessitam de treino específico que lhes permita melhorar a intervenção ao nível da adesão”⁽⁴⁾.

Em 2050, o mundo irá contar com 2 mil milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade⁽⁵⁾. A velhice apesar de não ser considerada uma doença, contribui bastante para o consumo de cuidados de saúde, com o avançar da idade verifica-se um declínio funcional, uma maior frequência de multi-morbilidade e portanto elevados níveis de dependência, induzindo simultaneamente a polimedicação⁽⁵⁾.

Em Portugal no ano 2006 foi criada a rede nacional de cuidados continuados (RNCCI) por Decreto-Lei⁽⁶⁾ cujo objetivo é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. O modelo da RNCCI define tipologias de internamento, de ambulatório, de equipas hospitalares e domiciliárias, para darem resposta às diferentes necessidades dos seus pacientes. As equipas de cuidados continuados integrados domiciliários (ECCID) são “equipas domiciliárias da RNCCI, multidisciplinares da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social

ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social mas que não podem deslocar-se de forma autónoma”⁽⁶⁾.

Num estudo preliminar abrangendo toda a população integrada em ECCID na Unidade de Cuidados na Comunidade-Infante⁽⁷⁾ na região do Algarve, os autores verificaram que as pessoas dependentes seguidas são maioritariamente idosos (≥ 65 anos) e muito idosos (≥ 80 anos). A ARTM nesta população é baixa, sendo que 72,7% não aderiam ao regime terapêutico; 85,2% tomavam 3 ou mais fármacos; 25,5% eram muito dependentes e 14,5% tinham dependência moderada. Quanto ao Estado Mental, 47,3% dos pacientes apresentavam alteração demencial moderada e 45,5% depressão moderada. O estado mental influenciou significativamente a ARTM nessa população. Apesar de não se verificar associação estatística, os resultados apontaram para que o baixo nível de rendimento, viverem sozinhos e a presença de depressão, condiciona negativamente a ARTM.

A região do Algarve localiza-se no extremo ocidental da Europa, no Sul de Portugal, tem uma população residente de cerca de 450 000 habitantes, o que representa cerca de 4,3% da população do país, e recebe anualmente cerca de 5 milhões de turistas. A população idosa teve nesta região de aproximadamente 20%, em linha com o restante país⁽⁸⁾.

Tendo em conta os aspetos abordados, este estudo partiu da concreta necessidade de conhecer a adesão e gestão do regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas, de modo a eficazmente planear e intervir, com o propósito de, por um lado, potenciar o aumento da qualidade de vida do idoso e de, por outro lado, diminuir o declínio do seu estado geral de saúde, causado pelos erros e omissões na gestão do regime terapêutico medicamentoso. Assim, definiram-se como objetivos da investigação: a) identificar o nível de adesão ao regime terapêutico medicamentoso das pessoas idosas integradas nas ECCID da região do Algarve; b) identificar os fatores que condicionam a adesão e gestão do regime terapêutico medicamentoso; c) avaliar a associação entre os aspetos biopsicossociais e a adesão ao regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas de cuidados continuados domiciliários.

■ METODOLOGIA

A presente investigação trata-se de um estudo transversal, realizado com base no método quantitativo. A rede de cuidados de saúde primários da região do Algarve tem como órgão máximo a ARS Algarve I.P. que se subdivide em 3 ACES (Barlavento, Central e Sotavento). Por sua vez,

cada ACES é constituído por um conjunto de centros de saúde onde estão sediadas as ECCID.

Cada ECCID tem capacidade instalada limitada de acesso aos pacientes, originando que, em alguns centros de saúde, face ao elevado número de pacientes a carecer desse tipo de apoio, se sinta a necessidade de se constituírem várias ECCID.

Como resultado dessa conjuntura, no contexto dos 15 centros de saúde da região existem 28 ECCID, distribuídas da seguinte forma: Albufeira – 1; Alcoutim – 1; Faro – 3; Lagoa – 1; Lagos – 2; Loulé – 5; Monchique – 1; Olhão – 1; Portimão – 3; S. Brás Alportel – 1; Silves – 3; Tavira – 1; Vila do Bispo – 1; Aljezur – 1; e Vila Real Santo António/Castro Marim – 3. A capacidade instalada de resposta comunitária é de 1240 pacientes dependentes (ARS-Algarve, 2012). O universo foi constituído por 997 pacientes, a população por 245 idosos, tendo sido obtido uma amostra de conveniência, constituída por 198 idosos. Para seleção da população a estudar foi realizada previamente uma reunião com cada ECCID, onde se fez consulta de processos clínicos, para averiguar quais os pacientes que poderiam participar no estudo, obter moradas e contatos.

No processo de amostragem foram incluídos todos os pacientes que cumpriram os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 65 anos; estar integrado nas equipas durante a fase de recolha de dados; serem autónomos na gestão do seu regime terapêutico medicamentoso, ter capacidades cognitivas para responder e aceitar participar no estudo de forma livre e esclarecida. Como critérios de exclusão foram contemplados todos os pacientes que na data da coleta de dados apresentaram alterações do défice cognitivo. No decurso do estudo foram excluídos 47 participantes, pelos seguintes motivos: 1 por desistência, 5 por morte, 13 por deterioração psíquica refletida na incapacidade de resposta e 28 por recusa. Da aplicação destes critérios resultou uma amostra de 198 idosos dependentes.

A coleta de dados que decorreu entre os meses de maio de 2012 e maio de 2013. Tratou-se de um estudo realizado em ambiente natural (na casa dos idosos), tendo sido previamente marcadas entrevistas com os participantes, a coleta de dados teve uma duração média de 90 minutos por idoso.

O instrumento de coleta de dados foi composto por três perguntas estruturadas sob a forma de entrevista para a caracterização terapêutica (número de fármacos, capacidade de aquisição dos medicamentos, apoio social para a aquisição dos medicamentos) e por dois questionários validados para a população portuguesa, sendo estes: o questionário Método de avaliação biopsi-

cosocial⁽⁹⁾ (MAB) e o questionário Medida de Adesão aos Tratamentos⁽¹⁰⁾ (MAT). O MAB é um método estruturado, uniformizado, de avaliação tipo rastreio e classificação biopsicossocial de adultos, que permite caracterizar estados biopsicossociais e funcionais, bem como descrever e detetar perturbações da funcionalidade⁽⁹⁾. A versão de ambulatório, está dividida em três áreas de avaliação: biológica (sexo, idade, presença de queixas de saúde, estado de nutrição, quedas, locomoção, autonomia física e autonomia instrumental); psicológica (queixas emocionais e estado cognitivo) e social (isolamento social e hábitos); perfazendo um total de 12 domínios. Os 12 domínios são compostos por 56 perguntas cuja resposta é apresentada em escala do tipo Likert. Os domínios Quedas, Locomoção, Autonomia física, Autonomia instrumental, Queixas emocionais, Estado cognitivo, Estado social e Hábitos, são avaliados em 4 níveis. Para os domínios Locomoção, Autonomia física, Autonomia instrumental e Queixas emocionais a autora classifica como incapaz (0), dependente (1), autónomo (2) e independente (3). Para os restantes domínios classifica como mau (0), insatisfatório (1), a autora sugere para apresentação dos resultados a utilização de duas categorias, para os domínios da funcionalidade sendo 0-1 dependente e 2-3 independente; para os restantes domínios 0-1 desfavorável e 2-3 favorável. Os autores da escala MAB⁽⁹⁾ fizeram a avaliação da reprodutibilidade foi realizada através do teste-reteste, cujo coeficiente de concordância Kappa para as diferentes subescalas de funcionalidade variou entre 0,60 e 1,0.

Quanto ao MAT, é uma escala composta por 7 questões que permitem caracterizar os hábitos e crenças na toma da medicação. Para cada questão, as respostas são apresentadas numa escala de Likert de 6 pontos que varia de sempre = 1 e nunca = 6. A obtenção do nível de adesão aos tratamentos resulta do somatório dos valores obtidos em cada item, dividindo o resultado pelo número de itens. Os valores mais elevados significam maior nível de adesão. Com vista à análise estatística, foram considerados dois grupos etários: “idosos”, com idades compreendidas entre os 65 e 79 anos e “muito idosos”, com idade igual e superior a 80 anos. Para apresentação dos resultados, dicotomizamos pela mediana em dois grupos; adere e não adere.

Para a descrição dos resultados recorreu-se a estatística descritiva, com utilização de distribuição das frequências (relativas e absolutas). Obedecendo à específica necessidade de se averiguar sobre a existência de correlação entre a ARTM e os itens, domínios e subdomínios MAB, utilizou-se o teste de Correlação Spearman. No caso particular das variáveis independentes quantitativas, aplicaram-se os testes de Kolmogorov-Smirnov. Já, diferentemente, para se apu-

rarem os pressupostos de aplicação de testes paramétricos na comparação de médias entre os grupos, selecionou-se, pelas suas características, o teste de Levene. Não se tendo corroborado estes pressupostos, o teste de Mann-Whitney foi aplicado para comparar as variáveis quantitativas entre os grupos Adere e não Adere ao RTM. Quanto às variáveis independentes, para se avaliar a sua associação com a ARTM optou-se pelo teste não-paramétrico de qui-quadrado (χ^2). As escalas que foram trabalhadas como variáveis categóricas conforme sugestão dos autores.

A análise estatística dos dados foi realizada através do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 20.0. O nível de confiança considerado foi de 95%.

Após a autorização da ARS Algarve I.P. com parecer favorável da comissão de ética, enviado aos autores em ofício nº 152/12 D.E.P. de 18/02/2012, deu-se início a todas as entrevistas. As mesmas foram acompanhadas por profissionais das ECCID, que aproximavam, melhorando assim a confiança entre o investigador e os participantes. No decorrer destas visitas, os participantes assinaram o consentimento informado e aplicou-se o instrumento de coleta de dados. Na maior parte das situações os questionários foram preenchidos por auto-resposta, no entanto, em situações de analfabetismo ou de algum grau de incapacidade motora e/ou visual, o preenchimento dos questionários foi realizado pelo investigador.

■ RESULTADOS

A amostra foi constituída por 198 pessoas idosas com idade média de $81 \pm 7,8$ anos, variando entre os 65 e os 102 anos. Verificou-se que 44,4% (n=88) pertencem ao grupo

dos idosos e que 55,6% (n=110) são muito idosos. Quanto ao sexo, 64,1% dos participantes foram mulheres e 35,9% foram homens.

Quanto à caracterização da dimensão biológica verificou-se que, relativamente às queixas de saúde, 93,9% (n=186) referiram ter alguma queixa da saúde e somente 6,1% dos participantes não referiram qualquer queixa. Quanto ao Estado de nutrição, 37,9% (n=75) dos idosos apresentaram peso favorável, enquanto 62,1% (n=123) apresentaram estado nutricional desfavorável, ou seja, tinham baixo peso ou excesso de peso. Relativamente ao risco de Quedas, 38,9% dos pacientes apresentava risco desfavorável, enquanto 61,1% dos pacientes apresentava risco favorável, num total de 121 pacientes. Quanto à Locomoção, 67,2% (n=133) eram dependentes (necessitando de auxílio de equipamentos ou terceiros), 32,8% eram independentes (n=65). Relativamente à Autonomia Física, 62,1% (n=123) idosos eram dependentes e que 37,9% (n=75) eram independentes. Sobre a Autonomia Instrumental do grupo apurou-se que 86,4% (n=171) dos participantes dependentes. Relativamente à área psicológica do MAB, foram considerados os domínios Queixas emocionais e Estado cognitivo. Relativamente ao nível de Queixas emocionais, foi desfavorável para 53,0% (n=105) dos participantes (muitas queixas emocionais) e favorável (sem queixas) para 47,0% (n=93) dos participantes. Quanto ao estado cognitivo, verificou-se que era desfavorável (alterado) para 23,7% (n=47) e favorável para 76,3% (n=151) dos participantes. Para avaliação do estado social questionamos os participantes em dois domínios: no domínio Isolamento Social, que é desfavorável (muito isolado/isolado) para 35,4%

Tabela 1 – Distribuição das respostas dos participantes quanto à Medida de Adesão ao Tratamento. Algarve, Portugal, 2012-2013

Medida de Adesão Tratamento – Questões	Escala Likert (Medida de Adesão ao Tratamento)	
	Média	Desvio padrão
Esqueceu-se alguma vez	5,00	0,95
Descuidado com hora	4,89	0,95
Abandono por se sentir melhor	5,31	0,90
Abandono por sentir pior	5,23	0,97
Mais comprimidos	5,42	0,81
Não ter o medicamento em casa	5,19	0,858
Abandono por outras razões	5,47	0,74
Índice ARTM	5,22	0,66

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

e 64,6% favorável (pouco isolado/não isolado) e no domínio Hábitos (atividade física e n.º de refeições), os resultados foram 62,6% desfavorável e 37,4% favorável. Obteve-se como resultados para o estado social 17,7% favorável e 64,6% desfavorável.

Adesão ao regime terapêutico medicamentoso

O índice de ARTM avaliado pelo MAT apresentou uma média de $5,22 \pm 0,66$ com um mínimo de 2,57 e um máximo de 6. Quando analisadas individualmente cada uma das questões do instrumento (Tabela 1), verificou-se que os níveis mais baixos de adesão se encontravam nas ques-

tões relacionadas com o horário da toma do medicamento ($4,89 \pm 0,95$) e o esquecimento ($5,00 \pm 0,95$).

Associação das características biopsicossociais e Adesão Regime Terapêutico Medicamentoso

Para o estudo da associação entre as características biopsicossociais e ARTM dos idosos, este encontra-se representado na tabela 2 e na tabela 3. Neste estudo verificou-se que 49% dos idosos estudados não adere ao regime terapêutico. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre ARTM e as variáveis da área biológica relativamente à presença de Queixas da Saúde ($p=0,014$), ao

Tabela 2 – Adesão ao Regime Terapêutico segundo o Perfil Biológico. Algarve, Portugal, 2012-2013)

Perfil Biológico	Adesão ao Regime Terapêutico		$\chi^2(p)$
	Não Adere N (%)	Adere N (%)	
Sexo			
Masculino	33 (34,0)	38 (37,6)	0,597
Feminino	64 (66,0)	63 (62,4)	
Classe de idade			
Idoso (≥ 65 e < 80 anos)	39 (40,2)	49 (48,5)	0,240
Muito Idoso (> 80 anos)	58 (59,8)	52 (51,5)	
Queixas da Saúde			
Com queixas	87 (89,7)	99 (98,0)	0,014
Sem queixas	10 (10,3)	2 (2,0)	
Estado de Nutrição			
Desfavorável	71 (73,2)	52 (51,5)	0,002
Favorável	26 (26,8)	49 (48,5)	
Quedas			
Desfavorável	40 (41,2)	37 (36,6)	0,507
Favorável	57 (58,8)	64 (63,4)	
Locomoção			
Dependente	66 (68,0)	67 (66,3)	0,798
Independente	31 (32,0)	34 (33,7)	
Autonomia Física			
Dependente	60 (61,9)	63 (62,4)	0,940
Independente	22 (38,1)	53 (37,6)	
Autonomia Instrumental			
Dependente	89 (91,8)	82 (81,2)	0,030
Independente	8 (8,2)	19 (18,8)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Tabela 3 – Associação entre as variáveis do Perfil Psicológico e Social e a Adesão ao Regime Terapêutico. Algarve, Portugal, 2012-2013

Método de avaliação biopsicossocial	Medida de Adesão ao Tratamento		$\chi^2(p)$
	Não Adere N (%)	Adere N (%)	
Área Psico			
<i>Queixas Emocionais</i>			
Desfavorável	55 (56,7)	50 (49,5)	0,310
Favorável	42 (43,3)	51 (50,5)	
<i>Estado Cognitivo</i>			
Desfavorável	19 (19,6)	28 (27,7)	0,179
Favorável	76 (80,4)	73 (72,3)	
Área Social			
<i>Isolamento Social</i>			
Desfavorável	41 (42,3)	29 (28,7)	0,046
Favorável	56 (57,7)	72 (71,3)	
<i>Hábitos</i>			
Desfavorável	65 (67,0)	59 (58,4)	0,211
Favorável	32 (33,0)	42 (41,6)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Estado de Nutrição favorável ($p= 0,002$) e à independência da Autonomia Instrumental ($p=0,030$).

Não foram encontradas associação estatisticamente significativa, entre ARTM e as variáveis da área psicológica do MAB. Quanto à área social o estado de Isolamento Social teve uma associação estatisticamente significativa com a ARTM ($p= 0,046$), (Tabela 3).

Associação entre Adesão Regime Terapêutico Medicamentoso e o perfil fármaco terapêutico

A associação entre as variáveis do perfil fármaco terapêutico a maioria dos pacientes toma mais de três fármacos 61,6% ($n=122$), apenas 38,4% toma entre um a três fármacos. No que diz respeito à capacidade para adquirir todos os medicamentos prescritos, 6,6% dos pacientes refere não conseguir adquirir a terapêutica; 17,2% indica que é o próprio que adquire os medicamentos, enquanto 82,8% recorre aos familiares, vizinhos, amigos ou equipas de apoio domiciliário, podemos averiguar que ARTM está associado ao facto de ser o próprio ou outros a adquirir a terapêutica prescrita na farmácia ($p=0,005$). Apesar de não haver associação estatística com significado entre o número de fármacos prescritos e a adesão é possível concluir que, a não

adesão não é influenciada pelo maior número de fármacos prescritos (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Constatou-se na presente investigação que o nível de ARTM se situa na ordem de 51%, contrariando o resultado de um estudo similar⁽³⁾ elaborado a partir de uma amostra circunscrita a 51 idosos polimedicados, que frequentam um centro de dia no concelho de Olhão/ Portugal, com idades compreendidas entre os 64 e 98 anos, maioritariamente do gênero feminina. A referida conclusão aponta para um nível de adesão de 100%. A este dado não é alheio o facto da ARTM neste contexto ser supervisionado pelos profissionais de saúde.

Um outro estudo, realizado num hospital escola do interior de São Paulo/ Brasil que verificou a ARTM elevada em 97%. Este estudo aponta os fatores influenciadores da adesão como: viés na resposta (a pessoa responde o que pensa ser o correto para satisfazer a pesquisadora ou por receio de que esta entrasse em contato com os membros da equipa de saúde, informando-os sobre uso inadequado dos medicamentos); o fato de se tratar de uma população adulta com média de idade de $59,5 \pm 10,3$ anos; percepção

Tabela 4 – Associação entre perfil fármaco-terapêutico e a Adesão ao Regime Terapêutico. Algarve, Portugal, 2012-2013

Perfil fármaco terapêutico	Adesão Regime Terapêutico		$\chi^2(p)$
	Não Adere N (%)	Adere N (%)	
Nº fármacos prescritos			
Entre 1 e 3	40 (41,2)	36 (35,6)	(0,418)
Mais de 3	57 (58,8)	65 (64,4)	
Aquisição fármacos prescritos			
Sim	87(89,7)	98 (97,0)	(0,037)
Não	10(10,3)	3 (3,0)	
Quem adquire o fármaco			
Próprio	9(9,3)	25 (24,8)	(0,005)
Outros	88(90,7)	76 (75,2)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

da gravidade da doença⁽²⁾. Resultados mais próximos do nosso estudo foram observados em populações com características idênticas (idosos do município de Porto Alegre capazes de se dirigir ao local da entrevista e de fazerem a gestão do seu regime terapêutico) e concluíram que a ARTM foi de 35,4 %⁽¹⁾.

A amostra do presente estudo revelou-se predominantemente do gênero feminino (64,1%), verificando-se neste aspeto coincidência com a investigação realizada nos Estados Unidos pela University of Southern Califórnia, abrangendo 13 países que concluiu-se que, entre uma vasta população adulta com idades compreendidas entre os 50 e os 80 anos, o gênero feminino é predominante⁽¹¹⁾. Resultados idênticos foram descritos numa investigação realizada a pacientes internados nas unidades de convalescença e média duração da região do Algarve, em que a amostra foi constituída por 451 indivíduos idosos, representando o gênero feminino 62,1%⁽¹²⁾.

No presente estudo na área biológica do instrumento MAB encontramos associação estatisticamente significativa com três variáveis que influenciam a sobremaneira da ARTM. O fato de os idosos alegarem ter queixas de saúde, apresentarem um estado de nutrição mais favorável e uma maior autonomia instrumental, correlaciona-se favoravelmente com uma maior ARTM; resultados similares foram encontrados em estudos nacionais e internacionais anteriores^(9,13), em que os autores concluíram que as variáveis pessoais, familiares e sociais poderão influenciar a representação da doença e por conseguinte o tipo de *coping* relacionado com a adesão ao tratamento, uma vez que a mesma doença ao longo do ciclo vital pode ser percebida de diferente modo pela mesma pessoa.

No que concerne à área psicológica, não se verificou qualquer associação estatisticamente significativa, não obstante o fato de 53,0% (n=105) da população avaliada ter obtido uma classificação desfavorável, relativamente à percepção de queixas emocionais. A percentagem de 76,3% (n=151) que se verifica no estado cognitivo favorável não pode constituir objeto explicativo, na medida em que se salvaguarda desde já que, neste estudo um dos critérios essenciais de inclusão e exclusão contemplou o favorecimento das capacidades cognitivas na resposta ao instrumento de coleta de dados. Quanto à área social, no domínio isolamento social verificou-se associação estatisticamente significativa com ARTM (p=0,046), o resultado indica que, os pacientes com mais consistente suporte social tem maior probabilidade de ARTM, corrobora com as conclusões apuradas por outros estudos^(4,9,14).

Quanto à relação entre ARTM e o perfil fármaco-terapêutico, verificámos que o número de fármacos prescritos não apresenta associação significativa com o ARTM, tal como verificado num estudo similar mas com idosos institucionalizados em regime de centro de dia⁽³⁾. Estes resultados não estão de acordo com a teoria de que o aumento do número de fármacos tende a complexar o tratamento, baixando a adesão do mesmo. No entanto, a simplificação do tratamento medicamentoso poderá, indubitavelmente, melhorar o autocuidado entre os idosos.

No estudo português de uma população de 74 pessoas com insuficiência renal crónica⁽⁴⁾, realizado numa clínica de hemodiálise de Braga, encontrou resultados diferentes do nosso, concluiu que a não adesão intencional pode ser devida a regimes complexos⁽¹⁵⁾, grande número de medicamentos que os idosos tem que tomar, entre outros fato-

res nomeadamente deficit cognitivo, dificuldade em abrir os distribuidores/embalagens dos medicamentos e problemas de memória. Outros estudos internacionais⁽¹⁶⁻¹⁸⁾ concluíram que para evitar a problemática do esquecimento que potencia a não-adesão ao tratamento, o profissional de saúde poderá recorrer a lembretes com mensagem de voz, aconselhamento pelo telefone. Considerando que a informática tem ferramentas que poderão ser facilitadoras no processo, a aplicabilidade de medidas deve ser cuidada atendendo aos conhecimentos literários da população bem como o acesso a estes meios.

Verificou-se ainda que há uma associação significativa entre a ARTM e a aquisição de todos os medicamentos ($p=0,037$) sendo que são os idosos que adquirem todos os medicamentos que apresentam melhor ARTM. Acrescenta-se ainda que nos pacientes que aderem ao RTM há uma maior proporção em que é o próprio a fazer a aquisição dos medicamentos ($p<0,05$), resultados similares ao descrito num estudo efetuado num contexto idêntico⁽³⁾.

O presente estudo apresenta algumas limitações ligadas ao facto da amostragem ter sido efetuada por conveniência e não de forma probabilística e por não terem sido consideradas as variáveis ligadas à patologia do paciente bem como a tipologia da medicação, a homogeneidade do grupo por patologia. No entanto, este estudo permitiu identificar várias variáveis relacionadas com a não adesão, pelo que se considera como prioritária a intervenção da enfermagem quando as exigências são maiores do que a capacidade da pessoa de dar resposta adequada as essas exigências⁽¹⁹⁾.

■ CONCLUSÃO

O estudo realizado permitiu concluir que a ARTM se associa com os seguintes fatores: as queixas da saúde, o estado de nutrição, autonomia instrumental e o isolamento social. Apesar de não se apurar associação estatística, os resultados apontam para que o baixo nível de rendimento, viverem sozinhos e o isolamento social, condicionam negativamente a ARTM.

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

Assim, sugere-se que os enfermeiros em cuidados domiciliários aos idosos procurem atualizar-se com informações baseadas em evidências para aperfeiçoar habilidades na gestão e determinação de recursos, propondo-se a fazerem um plano de cuidados individualizado para o pacien-

te, que englobe a relação farmacológica com o seu estado de saúde, as crenças/convicções pessoais sobre a medicação e o estado de saúde percebido, o seu estado nutricional, ajustando o plano alimentar e a atividade à sua condição física e económica. Além disso, sugere-se ajustar a intervenção familiar e comunitária, adequadas ao acompanhamento instrumental da pessoa idosa e ainda evitar o seu isolamento e a discriminação dando-lhes apoio e acompanhamento constante, prevenindo a sua mortalidade e morbidade por não ARTM. Para este objetivo poderá também contribuir o estabelecimento de medidas de controlo terapêutico, como por exemplo a contagem de medicamentos, a preparação da medicação em caixas de unidose (diárias/semanais) e a criação de memorandos visuais e sonoros.

■ REFERÊNCIAS

1. Schmitt Júnior AA, Lindner S, Helena ET. Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária. *Rev Assoc Med Bras.* 2013;59(6):614-21.
2. Coelho M, Costa ECA, Richter VC, Dessotte CAM, Ciol MA, Schmidt A, et al. Estado de saúde percebido e adesão farmacológica em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(3):86-94.
3. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Brás L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clín Geral.* 2011;27:176-82.
4. Machado MMP. Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros [dissertação]. Braga: Instituto de Educação e Psicologia: Universidade do Minho; 2009.
5. World Health Organization (CH). *Global health and ageing.* Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível em: http://www.who.int/ageing/publications/global_hea_lth.pdf.
6. Portugal. Decreto-Lei nº 101/2006, de 6 Junho de 2006. É criada, pelo presente decreto-lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede. *Diário da República.* 2006 jun 6;109(I Série – A):3856-65.
7. Monterroso L, Joaquim N, Sá L. Avaliação da adesão do regime terapêutico medicamentoso dos idosos integrados nas equipas domiciliárias de cuidados continuados. *Rev Enf Ref.* 2015;Série IV(5):9-16.
8. Instituto Nacional de Estatística (PT). *Censos 2011: XV recenseamento geral da população V recenseamento geral da habitação. Resultados definitivos Algarve.* Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2012 [citado 2015 abr 30]. Disponível em: http://censos.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=156658355&att_display=n&att_download=y.
9. Botelho MA. *Autonomia funcional em idosos caracterização multidimensional em idosos pacientes de um centro de saúde urbano.* Porto: Edições Bial; 2000.
10. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças.* 2001;2(2):81-100.
11. Beltrán-Sánchez H, Finch C, Crimmins E. Twentieth century surge of excess adult male mortality. *Proc Natl Acad Sci USA.* 2015;112(29):8993-8.
12. Fontes A, Botelho A, Fernandes A. A biopsychosocial evaluation method and the international classification of functioning, disability, and health (ICF). *Educ Gerontol.* 2014;40(9):686-99.

13. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3507-15.
14. Mingheli B, Tomé B, Nunes C, Neves A, Simões C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. *Rev Psiquiatr Clin*. 2013;40(3):71-6.
15. Teixeira JPDS, Rodrigues MCS, Machado VB. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):186-96.
16. Shah BM, Hajjar ER. Polypharmacy, adverse drug reactions and geriatric syndromes. *Clin Geriatr Med*. 2012;28(2):173-86.
17. Rinfret S, Rodes-Cabau J, Bagur R, Déry JP, Dorais M, Larose E, et al. Telephone contact to improve adherence to dual antiplatelet therapy after drug-eluting stent implantation. *Heart*. 2013;99(8):562-9.
18. Ho PM, Lambert-Kerzner A, Carey EP, Fahdi IE, Bryson CL, Melnykb, et al. Multifaceted intervention to improve medication adherence and secondary prevention measures after acute coronary syndrome hospital discharge: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med*. 2014;174(2):186-93.
19. Queirós P, Vidinha T, Almeida Filho AJ. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Rev Enf Ref*. 2014; Série IV(3):157-64.

■ **Autor correspondente:**

Lígia Eduarda Pereira Monterroso
E-mail: gimonterroso@hotmail.com

Recebido: 12.06.2015

Aprovado: 01.06.2017