

Ana Prata Machado

Guia de Boas Práticas na visita domiciliária a idosos isolados polimedicados — deterioração cognitiva e adesão à terapêutica

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pela Professora Doutora Isabel Vitória Figueiredo e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Julho 2014



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Eu, Ana Prata Machado, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2009009422, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade Estágio Curricular.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 11 de julho de 2014

Agradecimentos

O culminar desta experiência impõe uma palavra de sincero agradecimento aos que a tornaram possível.

À Professora Isabel Vitória, minha orientadora, pela possibilidade que me deu de integrar um projeto inovador, pela partilha do saber, pela disponibilidade e pela confiança transmitidas.

A todos os docentes da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra por estes cinco anos de intenso trabalho em conjunto pelo seu contributo para a minha formação académica mas também pelo espírito de rigor, trabalho e dedicação que diariamente nos inculcem.

Aos meus PAIS, meus educadores e impulsionadores de todas as minhas conquistas, presença constante e carinho interminável.

Às minhas irmãs que pelo caminho que trilharam são o meu maior estímulo e esperança no futuro.

A Coimbra e aos meus amigos que tornaram estes cinco anos memoráveis.

A todos o meu sincero,

OBRIGADA!

Resumo

Introdução: A complexidade dos regimes terapêuticos característicos da população idosa, associada ao seu isolamento e a possíveis alterações de natureza física e cognitiva que resultam do processo natural de envelhecimento tornam esta população particularmente vulnerável à não adesão à terapêutica. Por constituir um problema de saúde significativo, é importante conhecer a prevalência desta problemática na população.

Objetivo: Este estudo pretende avaliar numa amostra de idosos que vivem isolados na cidade de Coimbra, os seus conhecimentos sobre os medicamentos que tomam e a capacidade de gerir a sua própria medicação nas condições reais em que vivem. Pretende-se que os resultados obtidos venham a servir para a elaboração de um *Guia de Boas Práticas na Visita Domiciliária a Idosos Polimedicados*. É objetivo específico desta monografia avaliar o funcionamento cognitivo e explorar a adesão à terapêutica na referida amostra.

Metodologia: Este estudo foi aplicado no domicílio de 25 idosos de idade igual ou superior a 65 anos e que integram um projeto de apoio social da Câmara Municipal de Coimbra. Para avaliar o funcionamento cognitivo foram utilizadas três questões do *Mini Mental State Examination* e para avaliar a adesão à terapêutica foi utilizada a versão Portuguesa do *Teste de Morisky-Green*.

Resultados: Na aplicação de três questões do *Mini Mental State Examination*, 15 (60%) inquiridos responderam corretamente a todas; 4 (16%) e 5 (20%) inquiridos responderam acertadamente a duas e a uma questão, respetivamente; 1 (4%) inquirido respondeu de forma errada às três questões. No *Teste de Morisky - Green* 15 indivíduos (60%) apresentaram pelo menos um comportamento de não adesão, mas nenhum inquirido apresentou um baixo grau de adesão com quatro respostas afirmativas. O comportamento de não adesão mais comum foi descuido e não toma da medicação (n=11; 44%), seguindo-se a dificuldade em se lembrar de tomar a medicação (n=8; 32%).

Conclusão: Os resultados deste estudo piloto sugerem que existe um potencial de melhoria da adesão à terapêutica na população inquirida sendo necessário definir intervenções que permitam ultrapassar as barreiras identificadas. O estudo evidencia a necessidade de aproximar os profissionais de saúde da população isolada no sentido de melhorar a adesão à terapêutica.

Palavras-Chaves: Idosos, adesão à terapêutica, deterioração cognitiva.

Abstract

Introduction: The complexity of the medication scheme in the elderly population, in conjunction with isolation and possible physical and cognitive alterations make this population particularly vulnerable to the medication non-adherence. Since it constitutes a significant health problem, it is important to learn the prevalence of this problem in the population.

Main Goal: In a sample of elderly people that live isolated in the city of Coimbra, we evaluate their knowledge on the medication they take and their ability to manage their own medication properly in the real conditions in which they live in. The goal of this work is to obtain results that serve to elaborate a *Guide of Good Practices for Home Visits to Polypharmacy Elderly People*. This study assesses the cognitive functioning and explores the medication adherence in such sample.

Methodology: This study was applied in the household of 25 people aged 65 or older and that integrated a social support project from the Câmara Municipal de Coimbra. In order to assess the cognitive functioning three questions of the *Mini Mental State Examination* were used. To evaluate the medication adherence, the Portuguese version of the *Morisky-Green Questionnaire* was used.

Results: In the response to the three questions from the , 15 (60%) of the *Mini Mental State Examination* inquired sample answered all questions correctly; 4 (16%) answered correctly to two and 5 (20%) answered correctly to only one question. 1 (4%) answered erroneously to all the three questions. For the *Morisky-Green Questionnaire*, we observed that 15 (60%) of the inquired sample presented at least one behavior of non-adherence, but none of the subjects questioned presented a low degree of adherence with four affirmative answers. The most common behavior of non-adherence was negligence, and the not taking of medication (n=11; 44%), followed by the difficulty of remembering to take the medication (n=8; 32%).

Conclusion: The results of this study suggest that there is a potential to improve medication adherence in the subjects questioned by defining interventions to overcome the identified barriers. This study shows the necessity to bring together the healthcare professionals to isolated populations to improve medication adherence.

Keywords: elderly people, medication adherence, cognitive impairment.

Índice

Resumo	5
Abstract	6
Índice	7
Índice de figuras	8
I – Introdução	9
2– Adesão à terapêutica no idoso	9
2.1 – Adesão à terapêutica.....	9
2.2 – Fatores de risco para a não adesão à terapêutica no idoso.....	10
2.2.1 – Deterioração cognitiva.....	11
2.3 – Métodos para avaliação da adesão à terapêutica.....	12
2.4 – Intervenções para promover a adesão.....	13
2.4.1 – Intervenção farmacêutica.....	14
3 – Estudo	15
3.1 – Objetivos.....	15
3.1.1– Objetivo geral	15
3.1.2 – Objetivo específico.....	15
3.2 – Metodologia.....	15
3.2.1– Amostra	15
3.2.2 – Critérios de inclusão.....	15
3.2.3 – Instrumentos.....	16
3.2.4 – Procedimentos	17
3.3 – Análise dos resultados	17
3.3.1 – Características sociodemográficas.....	17
3.3.2 – Avaliação do funcionamento cognitivo.....	19

3.3.3 – Avaliação da adesão à terapêutica: <i>Teste de Morisky-Green</i>	20
3.4 – Discussão dos resultados	22
4 – Conclusão.....	24
5 – Referências bibliográficas	26
Anexos	29
Anexo I – Declaração de Consentimento Informado	29
Anexo II – Questionário.....	33

Índice de figuras

Figura 1 – Distribuição da amostra por sexos.....	17
Figura 2 – Distribuição da amostra por idades.....	17
Figura 3 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade.....	17
Figura 4 – Distribuição da amostra em função da presença de indivíduos na sua residência. 18	
Figura 5 – Distribuição da amostra em função do local onde passa o dia durante a semana. 18	
Figura 6 – Distribuição da amostra em função da frequência anual de ida ao médico..... 18	
Figura 7 – Distribuição da amostra em função da capacidade financeira dos inquiridos para adquirir os seus medicamentos..... 18	
Figura 8 – Distribuição da amostra em função da forma como adquirem a medicação..... 19	
Figura 9 – Distribuição da amostra em função da autonomia em relação à medicação..... 19	
Figura 10 – Avaliação da presença de comprometimento cognitivo..... 19	
Figura 11 – Distribuição da amostra em função do número de respostas certas por inquirido na avaliação do comprometimento cognitivo..... 19	
Figura 12 – Resultado da aplicação do <i>Teste Morisky-Green</i> por questão..... 20	
Figura 13 – Distribuição da amostra em função do nível de adesão..... 20	
Figura 14 – Distribuição dos diferentes níveis de adesão em função da variável sexo..... 20	
Figura 15 – Distribuição dos diferentes níveis de adesão em função da variável idade..... 21	
Figura 16 – Distribuição dos diferentes níveis de adesão em função da variável escolaridade	21
Figura 17 – Distribuição da amostra em função da frequência de esquecimento da toma da medicação.....	21

I – Introdução

O crescimento acentuado da população idosa mundial traduz-se pelo valor de 600 milhões de idosos no ano 2000 e um valor estimado de 2000 milhões de idosos em 2050.^[1] Esta tendência verifica-se também em Portugal e segundo dados recentes do relatório "*Índice Global de Envelhecimento 2013*" elaborado pela organização *HelpAge International*, a população idosa no nosso país representa atualmente 26,6% sendo expectável que esse valor aumente para 40,4% até 2050.^[2]

Esta faixa etária é particularmente vulnerável à não adesão à terapêutica e ao consequente insucesso da mesma, bem como ao aumento da probabilidade de reações adversas ao tratamento, dos sucessivos internamentos, da morbilidade e da mortalidade, o que contribui para um acréscimo dos custos do sistema de saúde.^[3]

Face ao exposto é premente conhecer a incidência desta problemática na população, não só pela extensão que apresenta mas também pelas consequências, tanto ao nível do doente como do sistema de saúde.

A presente monografia constitui parte integrante de um estudo piloto realizado numa amostra de idosos que vivem isolados na cidade de Coimbra e que pretende avaliar os conhecimentos, comportamentos e fatores envolvidos na polimedicação no doente idoso, no sentido de recolher informação que permita elaborar um *Guia de Boas Práticas na Visita Domiciliária a Idosos Isolados Polimedicados*.

Em específico, pretende-se com este trabalho fazer uma breve discussão da problemática da adesão à terapêutica no idoso, abordando fatores de risco, em particular o impacto das alterações do funcionamento cognitivo, métodos de avaliação e intervenções culminando com a apresentação do estudo piloto desenvolvido.

2 – Adesão à terapêutica no idoso

2.1 – Adesão à terapêutica

O termo *adesão* é definido pela Organização Mundial de Saúde como a *extensão na qual o comportamento do doente, quer seja, tomar a medicação, seguir uma determinada dieta, e/ou fazer alterações no seu estilo de vida, corresponde às indicações dadas pelo profissional de saúde.*^[4,5] Por oposição, a não adesão traduz a extensão na qual o comportamento do doente não corresponde às indicações dadas pelo profissional de saúde.^[6] Existem várias formas de não adesão à terapêutica, como a omissão de toma de um ou mais medicamentos, o consumo de doses suplementares à prescrição inicial, o uso de doses diferentes em relação a

essa prescrição, o consumo de um medicamento não autorizado e a toma da medicação em horários errados.^[7, 8]

Contudo, importa salientar que o termo adesão, embora semelhante, se distancia do termo *compliance*, *extensão na qual o comportamento do doente coincide com as indicações médicas*.^[5] O primeiro introduz um elemento de igualdade na relação médico-doente, reforçando a concordância do doente com as recomendações do médico,^[9] distinguindo-se do doente, sujeito passivo no processo de tratamento associado ao termo *compliance*.^[4] Este último é criticado por se basear numa relação em que o médico decide e o doente apenas cumpre, não possuindo autonomia para decidir se segue ou não o tratamento.^[4]

Não obstante, na literatura é consensual a impossibilidade de traduzir todas as questões complexas relacionadas com o doente e a terapêutica que lhe é instituída numa única palavra.^[4] O reconhecimento dessa complexidade deve ser um ponto de partida para a identificação de soluções que conduzam à obtenção de melhores resultados em saúde.^[10]

O estudo da adesão à terapêutica é particularmente importante na população idosa, sendo que em Portugal é considerado idoso todo o indivíduo com 65 ou mais anos.^[11]

Embora as metodologias utilizadas e a duração dos estudos sejam distintas, não nos permitindo por isso comparar valores, a adesão à terapêutica em idosos sem comprometimento cognitivo varia entre 26% e 84%.^[12]

2.2 – Fatores de risco para a não adesão à terapêutica no idoso

É reconhecido que existem inúmeras alterações no indivíduo associadas ao envelhecimento com impacto na adesão, podendo ser de natureza: física - com diminuição da capacidade visual e/ou audição e destreza manual com conseqüente dificuldade de toma^[13] – psico-social – com possibilidade de comprometimento cognitivo, problemas de memória a curto prazo associados a dificuldade em memorizar, compreender e relembrar os regimes terapêuticos - e menor perceção da relação risco/benefício do medicamento (maior preocupação com os efeitos adversos da toma e menor consciência da necessidade de toma).^[13, 14]

Em resposta às múltiplas comorbilidades que desenvolvem, os idosos são muitas vezes polimedicados, apresentando regimes terapêuticos complexos,^[9] que incluem várias medicamentos, várias doses diárias e com diferentes combinações.^[15] Um estudo português observou uma média de 7,2 medicamentos por idoso.^[16] A esta complexidade terapêutica acresce o facto de viverem muitas vezes isolados sendo obrigados a gerir sozinhos a sua medicação. As mudanças fisiológicas e alterações relacionadas com a própria doença alteram

a farmacocinética e farmacodinâmica provocando uma redução das margens entre os níveis terapêuticos e tóxicos dos medicamentos.^[9,13] A falta de consciência do benefício da medicação, os efeitos secundários associados à toma da mesma, a conciliação da toma com as atividades diárias, o tratamento de doença assintomática, o inadequado seguimento por profissionais de saúde^[9] e a falta de acesso ao medicamento, por questões geográficas ou económicas são também referenciados na literatura como fatores com impacto negativo na adesão.^[12, 14]

Na população idosa a reduzida literacia em saúde, definida pela Organização Mundial de Saúde como *o conhecimento e as competências que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos a terem acesso, compreenderem e usarem informação de modo a promover e a manter a saúde bem*,^[17] também constitui um fator de risco para a não adesão. Embora não exista uma relação clara entre literacia em saúde e adesão, a idade e a literacia em saúde são inversamente correlacionada.^[18] As indicações fornecidas pelo profissional de saúde podem apresentar uma terminologia complexa inacessível ao doente o que impossibilita a compreensão das mesmas e consequentemente a sua aplicação, traduzindo-se no uso inadequado do medicamento.^[10] Podem-se ainda encontrar estudos que referenciam, particularmente nas populações com baixa escolaridade, o impacto das crenças negativas sobre a medicação na adesão, salientando que apresentam a particularidade de serem estáveis ao longo do tempo e não apresentarem relação com o estado de saúde.^[14]

É por isso consensual na literatura que a população idosa é mais propensa a desenvolver problemas relacionados com a medicação e que a adesão é função de múltiplos fatores. Estas ideias suportam o princípio de que só abordagens multidimensionais personalizadas permitirão agir eficazmente quando é identificado o risco de não adesão.^[14]

2.2.1 – Deterioração cognitiva

A deterioração cognitiva consiste num declínio das capacidades cognitivas de um indivíduo. Quando associado ao envelhecimento este declínio diz-se fisiológico, e embora expresse uma diminuição das capacidades cognitivas é considerado normal para a faixa etária. Diferentemente, quando essa diminuição é superior ao esperado para a idade e escolaridade do indivíduo o declínio é considerado patológico, podendo apresentar diversos estádios de evolução, nomeadamente: défice cognitivo ligeiro, sendo capaz de realizar tarefas com algum grau de complexidade embora lentamente e com alguns erros, e síndrome demencial, com perda de capacidade para realizar tarefas simples conduzindo a perda de autonomia.^[19, 20]

A capacidade de gerir a própria medicação pode ser definida como a capacidade cognitiva e funcional de cumprir o regime terapêutico prescrito. Por sua vez fazê-lo depende da sua aptidão para realizar um tarefa complexa que inclui: compreender e aplicar as indicações recebidas, garantir a toma da medicação, conciliar as tomas com as atividades diárias, adquirir a medicação para garantir a continuidade do tratamento e identificar situações que é necessário reportar ao profissional de saúde.^[21]

Assim a adesão à terapêutica num indivíduo com declínio cognitivo pode estar comprometida.^[22] Dependendo dos métodos e da duração do estudo a taxa de adesão à terapêutica nesses indivíduos varia entre 42% e 97% valores superiores aos descritos anteriormente para idosos sem comprometimento cognitivo, o que provavelmente reflete o apoio de familiares ou outros cuidadores.^[12]

Na literatura é consensual que o comprometimento cognitivo no idoso acentua o esquecimento da toma da medicação. Contudo, foram identificadas outras barreiras à adesão específicas de idosos com comprometimento cognitivo: a dificuldade em compreender novas indicações terapêuticas, o isolamento e fatores relacionados com os seus cuidadores, nomeadamente as dificuldades de administração se o doente não coopera e a dificuldade em conciliar a administração com as rotinas diárias.^[12]

Mesmo ligeiras alterações da função cognitiva podem ter impacto sobre a capacidade de a pessoa gerir a sua própria medicação. Isto enfatiza a necessidade de reconhecimento precoce do défice cognitivo por profissionais de saúde em visitas domiciliárias.^[23] Edelberg e colaboradores (2000) demonstraram uma associação entre a diminuição da capacidade de gestão da medicação e a maior necessidade de assistência domiciliária^[24] e Lui e colaboradores (2012) referenciam que a dificuldade de gestão da medicação surge antes do diagnóstico o que reforça a necessidade de assistência domiciliária precoce.^[25]

2.3 – Métodos para avaliação da adesão à terapêutica

Para avaliar a adesão à terapêutica é consensual na literatura que não existem métodos diretos ou indiretos sem limitações e que nenhum deles avalia todos os fatores que afetam a adesão.^[3]

Os métodos diretos permitem confirmar se o medicamento foi ou não tomado pelo doente. Estes incluem a observação direta da terapêutica, a avaliação sérica do nível de fármacos ou de metabolitos e a avaliação de marcadores biológicos no sangue. Estes métodos são objetivos mas apresentam como principal limitação o facto de os resultados poderem ser adulterados, devido à variabilidade a nível metabólico do doente ou a alterações na posologia que o mesmo faça.^[3, 26]

Diferentemente os métodos indiretos recorrem a questionários aplicados ao doente, como o *Teste de Morisky-Green*, à contagem da medicação ou à monitorização eletrónica da mesma. Apresentam como principal vantagem o facto de serem simples e fáceis de aplicar. Contudo as respostas obtidas por estes métodos podem encontra-se subestimadas em resultado da não concordância das mesmas com o real comportamento do doente ou da alteração dos dados recolhidos.^[3, 26]

2.4 – Intervenções para promover a adesão

A literatura não é consensual no que respeita ao sucesso das diferentes intervenções para promover a adesão à terapêutica na população idosa.

Intervenções multifatoriais (que atuam em várias barreiras à adesão) e específicas (adaptadas ao indivíduo) foram identificadas como sendo mais eficazes na promoção da adesão do que intervenções focalizadas e generalizadas. Não obstante, intervenções multifacetadas nem sempre têm sucesso, pois embora atuem em diferentes barreiras, isso não significa que a abordagem de cada uma seja realizada da forma mais eficaz.^[13] Haynes e seus colaboradores (2000) concluíram que a combinação de intervenções de natureza educacional e comportamental é particularmente eficaz na promoção da adesão à terapêutica.^[13]

Foram identificadas como estratégias para melhorar a adesão no doente idoso^[9, 27]:

- intervenções educacionais (verbais, escritas ou gráficas) que procuram fornecer informação clara que o doente entenda e consiga aplicar, esclarecendo dúvidas acerca da medicação e da doença;
- intervenções comportamentais, que pretendem tornar rotineiros os mecanismos para o cumprimento do regime terapêutico proposto, como o ajuste da toma da medicação ao estilo de vida do doente e às suas atividades diárias e o uso de lembretes ou de caixas de medicação organizadas;
- uso de rótulos grandes e de embalagens fáceis de abrir;
- uso de medicamentos genéricos reduzindo o custo;
- uso de formas farmacêuticas fáceis de administrar.

O conhecimento das propriedades farmacológicas mas também dos fatores clínicos, epidemiológicos, sociais e económicos é fundamental na deteção de prescrições de reduzida qualidade e da não adesão. Visto que a adesão pode variar ao longo do tempo, a revisão da medicação pelo menos uma vez por ano pode ser importante na promoção da adesão à terapêutica no doente idoso.^[9]

No domínio das intervenções importa ainda considerar que a avaliação da função cognitiva pelo *Mini Mental State Examination* não foi associada à adesão à terapêutica antes da intervenção. Contudo, piores resultados na avaliação da função cognitiva foram associados a fraca adesão após a intervenção. Embora este estudo não inclua resultados clínicos e apenas considere medidas de adesão este resultado sugere que o impacto destas intervenções é limitado pelo nível de comprometimento cognitivo.^[27]

2.4.1 – Intervenção farmacêutica

A intervenção farmacêutica, em específico o aconselhamento, constitui uma oportunidade de ultrapassar barreiras à adesão associadas ao envelhecimento.^[13]

Neste domínio são pertinentes as intervenções que facilitam a comunicação e o aconselhamento envolvendo o doente no tratamento. Mediante a dispensa informada o farmacêutico deve proporcionar ao doente os conhecimentos suficientes que lhe permitam uma correta utilização dos medicamentos, nomeadamente, dose, posologia, conselhos de administração, informação sobre possíveis efeitos secundários e o que fazer no caso de esquecimento da toma. O contacto estreito com o prescriptor no sentido de promover a segurança da prescrição e a adaptação da mesma às especificadas do doente é também fundamental. O recurso a técnicas motivacionais, que procuram focar-se nos interesses e nas preocupações do doente, no sentido de o mesmo ganhar a confiança do profissional de saúde, permite simultaneamente diminuir a resistência do doente e aumentar a sua motivação para o cumprimento.^[28] Desta forma cada doente deve receber orientações e indicações claras, adaptadas à sua condição física e psico-social.

O farmacêutico deve ainda acentuar a importância do cumprimento para reduzir a taxa de insucesso terapêutico. Não obstante, o insucesso terapêutico constitui um desafio para o farmacêutico. A deteção de prescrições de reduzida qualidade e da não adesão ao regime terapêutico é um pré-requisito fundamental para a posterior intervenção.^[9] O farmacêutico deve adquirir competências que lhe permitam identificar e quantificar este problema em função da singularidade do doente.

A multiplicidade de intervenções em que o farmacêutico interage com o doente ou com outro profissional de saúde, utilizando as suas competências e capacidades para melhorar a gestão da doença e o regime terapêutico, são designadas de Serviços Farmacêuticos Clínicos. A evidência científica gerada até ao momento destaca o efeito positivo destas intervenções no processo de utilização dos medicamentos, nomeadamente na adesão e na adequação da prescrição e número de medicamentos. Contudo, uma questão importante é entender o impacto que estas intervenções podem ter na melhoria do estado

de saúde. Não foram encontrados estudos que abordem esse impacto sobre o nível de controlo do problema de saúde. E nenhum efeito destas intervenções foi associado a internamentos, mortalidade, capacidade funcional e função cognitiva.^[1] Neste âmbito seria oportuno estudar o impacto deste tipo de intervenção, associado ao apoio domiciliário em idosos isolados não só pela incapacidade de muitos se dirigirem à farmácia mas também pelo facto de possibilitarem um contacto direto entre farmacêutico e utente não associado ao ato de compra do medicamento.

3 – Estudo

3.1 – Objetivos

3.1.1 – Objetivo geral

A presente investigação apresenta como objetivo geral avaliar, numa amostra de idosos que vivem isolados na cidade de Coimbra, os seus conhecimentos sobre os medicamentos que tomam e a capacidade de gerir a sua própria medicação nas condições reais em que vivem. Pretende-se uma caracterização das diferentes variáveis em estudo sendo elas, deterioração cognitiva e adesão à terapêutica, condições de conservação da medicação, conhecimento da medicação e da doença e capacidade de gestão da medicação.

3.1.2 – Objetivo específico

Subjacente a este objetivo geral a presente monografia apresenta como objetivo específico avaliar o funcionamento cognitivo e explorar a adesão à terapêutica.

3.2 – Metodologia

3.2.1 – Amostra

Foram recrutados 31 indivíduos do projeto “*Uma Mesa para Avós*” da Câmara Municipal de Coimbra que tem como objetivo suprimir as necessidades mais básicas da população idosa, carenciada (cujo rendimento não ultrapassa o valor do salário mínimo nacional) e isolada. Trata-se de um programa de apoio domiciliário que tem como função a distribuição de refeições ao domicílio ao fim de semana e feriados. O projeto abrange atualmente as seguintes freguesias: Sé Nova, Santa Cruz, Almedina, São Bartolomeu e Santo António dos Olivais.

3.2.2 – Critérios de inclusão

Da amostra inicial foram incluídos no estudo 25 indivíduos de idade igual ou superior a 65 anos, de ambos os sexos, que tomam medicamentos e que integram o projeto. Os

indivíduos incluídos apresentaram as condições físicas e cognitivas mínimas para responder aos instrumentos de avaliação e assinaram o termo de consentimento informado (Anexo I).

Dos 31 indivíduos que constituíam a amostra inicial foram excluídos 6 por não cumprirem os critérios de inclusão: 3 apresentavam idade inferior a 65 anos, não sendo por isso considerados idosos e outras 3 recusaram assinar o consentimento informado.

3.2.3 – Instrumentos

No sentido de elaborar o questionário referente ao objetivo específico foi realizada uma pesquisa sistemática em três bases de dados: PubMed, SciELO e B-On, utilizando como termos MeSH (*Medical Subject Headings*): “*Medication Adherence*”, “*Cognition Disorders*”, “*Health Surveys*”, “*Age*”, “*Age, 80 and over*” nas suas diferentes combinações. Foram também usados os termos “*Mild cognitive impairment*” e “*Mental fatigue*” combinados com os primeiros mas nunca em combinação com o termo “*Cognition Disorders*”. Posteriormente foi realizada uma segunda pesquisa utilizando os termos MeSH: “*Patient compliance*”, “*Drug therapy*”, “*Cognitive*”, “*Impairment*”, ou “*Mild cognitive impairment*” ou “*Dementia*”. Os artigos obtidos foram selecionados com base na leitura do título e do resumo e na adequação dos mesmos ao objetivo.

Para avaliar o funcionamento cognitivo dos idosos foram utilizadas três questões do *Mini Mental State Examination*^[29] (Anexo II), adaptado à população portuguesa por Guerreiro e colaboradores (2010). Este é um teste utilizado para a avaliação das principais funções cognitivas, nomeadamente, orientação no espaço e no tempo, capacidade de retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. O mesmo apresenta uma sensibilidade de 71% a 92% e uma especificidade de 56% a 95%.^[30] Constatam do presente inquérito apenas três questões de *screening* relativas à orientação no espaço (*Em que rua estamos?*) e no tempo (*Em que ano estamos?*; *Em que dia da semana estamos?*) que permitem identificar situações de comprometimento cognitivo embora não permitam medir o nível e natureza da mesma.

Para avaliar a adesão à terapêutica vários estudos^[31, 32] defendem a utilização do *Teste de Morisky – Green* por ser simples, fácil de aplicar e fornecer informações sobre as causas da não adesão. Considerando as características da população em estudo e o objetivo da investigação foi utilizado o *Teste de Morisky - Green*^[33] na avaliação (Anexo II). Este constitui um teste subjetivo e indireto de medir a extensão da adesão à terapêutica sendo constituído por quatro questões cujas respostas de *Sim* ou *Não* permitem a classificação em alto grau de adesão (todas as respostas negativas), médio grau de adesão (uma ou duas respostas afirmativas) ou baixo grau de adesão (três ou quatro respostas afirmativas).^[34, 35]

3.2.4 – Procedimentos

O projeto foi apresentado a todos os idosos recrutados numa visita domiciliária em que os investigadores integraram as equipas de distribuição de alimentação ao fim de semana. Esta primeira visita permitiu agendar com os mesmos a data e hora da visita domiciliária para realização da entrevista. A recolha de dados ocorreu entre Março e Junho de 2014.

O investigador dirigiu-se ao domicílio de cada doente na data agendada e após assinatura do consentimento informado foi aplicado o questionário tendo por base toda a medicação que ele tinha em casa e que foi convidado a dar a conhecer. Cada entrevista teve uma duração máxima de meia hora.

Os procedimentos do estudo foram aprovados pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-035/2014).

3.3 – Análise dos resultados

3.3.1 – Características sociodemográficas

A amostra foi constituída por um total de 25 indivíduos, sendo que 7 (28%) eram do sexo masculino e 18 (72%) eram do sexo feminino (Fig. 1).

A média de idades observada foi de 82 anos tendo a pessoa mais jovem 65 anos e a pessoa mais velha 92 anos (Fig. 2).

No que respeita ao nível de escolaridade 14 (56%) indivíduos da amostra completaram o 1º ciclo, 6 (24%) não estudaram e 2 (8%) inquiridos possuem formação superior (Fig. 3). Importa referenciar que todos os inquiridos são atualmente reformados, com exceção de um inquirido com formação superior que ainda se encontra no ativo.

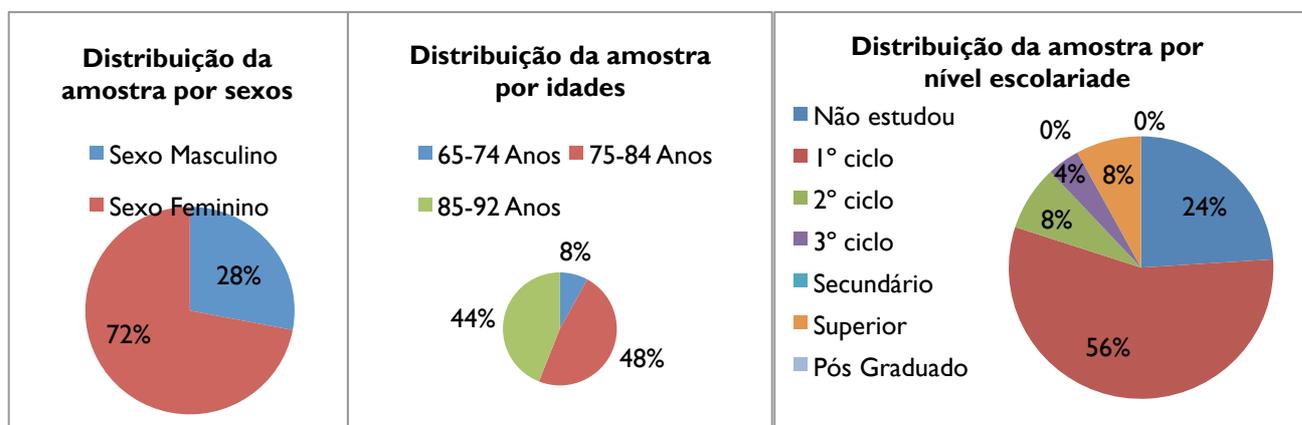


Figura 1 – Distribuição da amostra por sexos.

Figura 2 – Distribuição da amostra por idades.

Figura 3 – Distribuição da amostra por nível de escolaridade.

A maioria dos idosos inquiridos reside sozinho (n=13; 52%), sendo que dos 12 (48%) que vivem acompanhados metade reside apenas com o cônjuge (Fig. 4). Todos os inquiridos que durante a semana passam o dia na instituição (n=6; 24%) vivem sozinhos, 18 (72%) passam o dia em casa e 1 (4%) passa o dia em casa e na instituição. (Fig. 5).

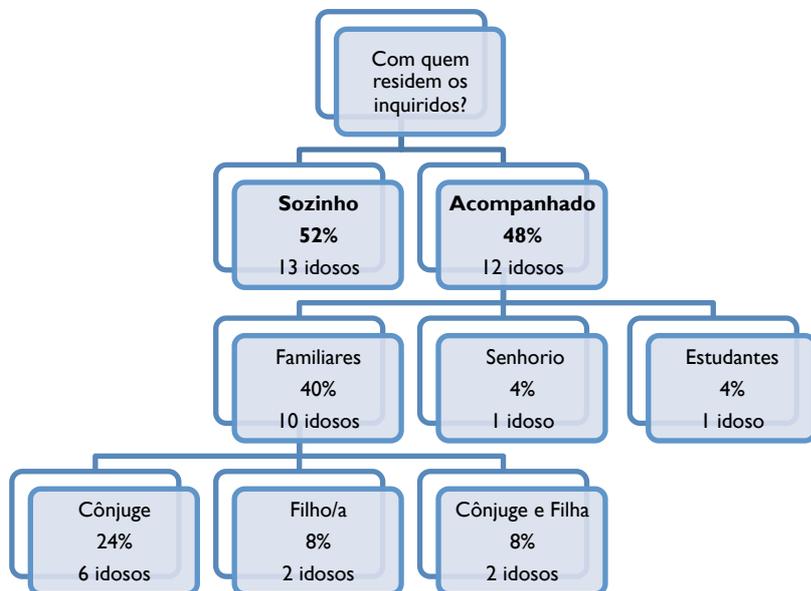


Figura 4 – Distribuição da amostra em função da presença de indivíduos na sua residência.

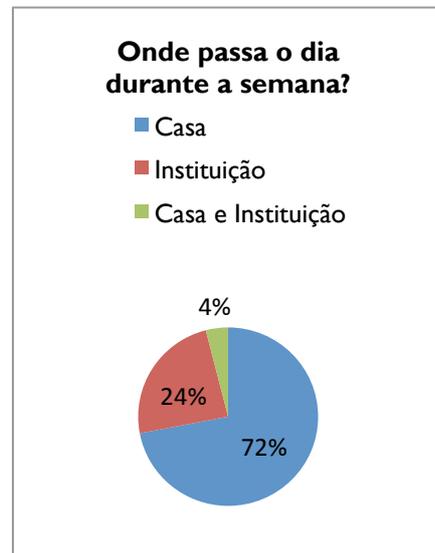


Figura 5 – Distribuição da amostra em função do local onde passa o dia durante a semana.

Procedeu-se ainda à caracterização da amostra em relação à frequência anual de ida ao médico (Fig. 6), capacidade financeira de adquirir os seus medicamentos (Fig. 7), forma como adquire a medicação (Fig. 8) e autonomia em relação à medicação (Fig. 9):

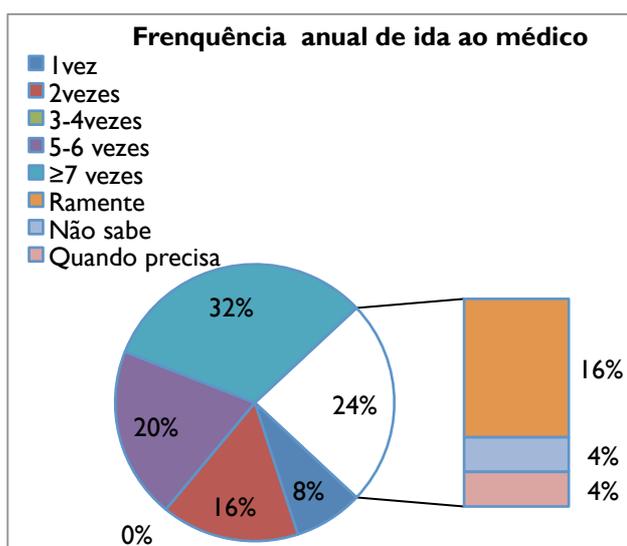


Figura 6 – Distribuição da amostra em função da frequência anual de ida ao médico.

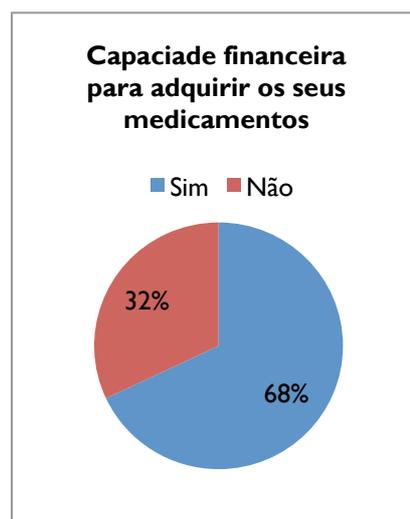


Figura 7 – Distribuição da amostra em função da capacidade financeira dos inquiridos para adquirir os seus medicamentos.

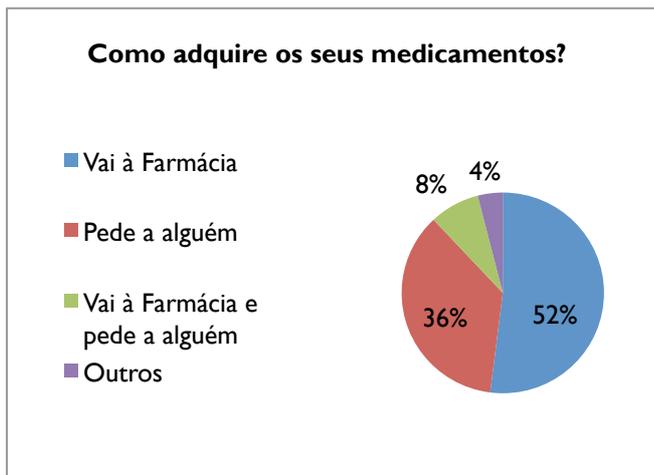


Figura 8 – Distribuição da amostra em função da forma como adquirem a medicação.

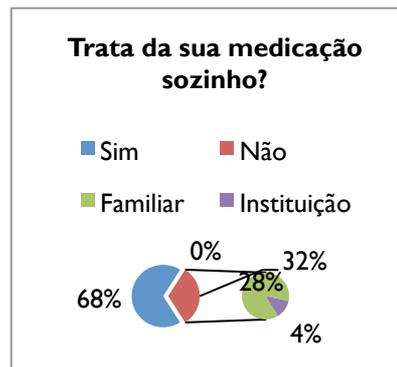


Figura 9 – Distribuição da amostra em função da autonomia em relação á medicação.

3.3.2 – Avaliação do funcionamento cognitivo

Para identificar a presença de comprometimento cognitivo na amostra estudada aplicamos três questões do *Mini Mental State Examination*. Os resultados em função do sexo, idade e escolaridade foram os seguintes (Fig. 10):

Questões		1. Em que ano estamos?				2. Em que dia da semana estamos?				3. Em que rua estamos?			
		Resposta				Resposta				Resposta			
		Certa		Errada		Certa		Errada		Certa		Errada	
Características		n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Sexo	Feminino	11	44%	7	28%	12	48%	6	24%	17	68%	1	4%
	Masculino	6	24%	1	4%	6	24%	1	4%	6	24%	1	4%
Idade	65-74	2	8%	0	0%	2	8%	0	0%	2	8%	0	0%
	75-84	9	36%	3	12%	7	28%	5	20%	11	44%	1	4%
	85-92	6	24%	5	20%	9	36%	2	8%	10	40%	1	4%
Escolaridade	Não estudou	1	4%	5	20%	4	16%	2	8%	4	16%	2	8%
	1ºciclo	11	44%	3	12%	9	36%	5	20%	14	56%	0	0%
	2ºciclo	2	8%	0	0%	2	8%	0	0%	2	8%	0	0%
	3ºciclo	1	4%	0	0%	1	4%	0	0%	1	4%	0	0%
	Superior	2	8%	0	0%	2	8%	0	0%	2	8%	0	0%
Total		17	68%	8	32%	18	72%	7	28%	23	92%	2	8%

Figura 10 – Avaliação da presença de comprometimento cognitivo.

Quando o número de respostas certas por indivíduo foi avaliado os resultados obtidos foram (Fig. 11):

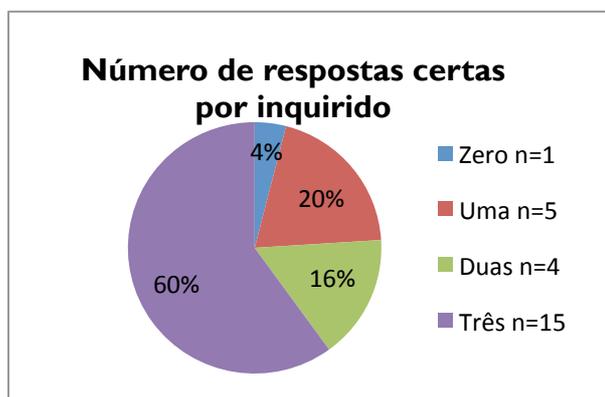


Figura 11 – Distribuição da amostra em função do número de respostas certas por inquirido na avaliação do comprometimento cognitivo.

3.3.3 – Avaliação da adesão à terapêutica: Teste de Morisky-Green

Os resultados da aplicação do Teste de Morisky-Green foram os seguintes (Figs. 12 e

13):

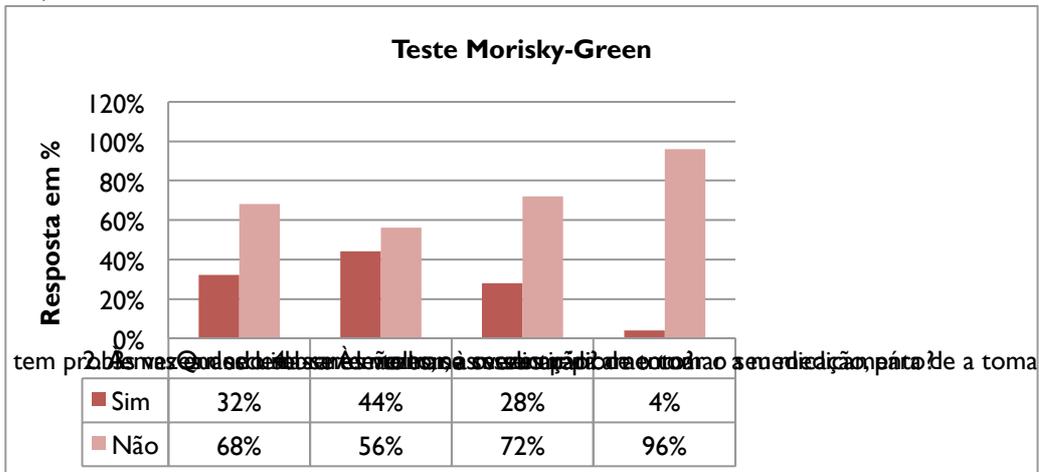


Figura 12 – Resultado da aplicação do Teste Morisky-Green por questão.



Figura 13 – Distribuição da amostra em função do nível de adesão.

Procedeu-se ainda à avaliação do grau de adesão em função das variáveis sociodemográficas estudadas (Figs. 14, 15 e 16).

Sexo	Aderente		Moderada adesão				Baixa Adesão				Total
			Nível 1		Nível 2		Nível 3		Nível 4		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Feminino	7	70	3	60	6	75	2	100	0	0	18
Masculino	3	30	2	40	2	25	0	0	0	0	7
Total	10	100%	5	100%	8	100%	2	100%	0	0	25

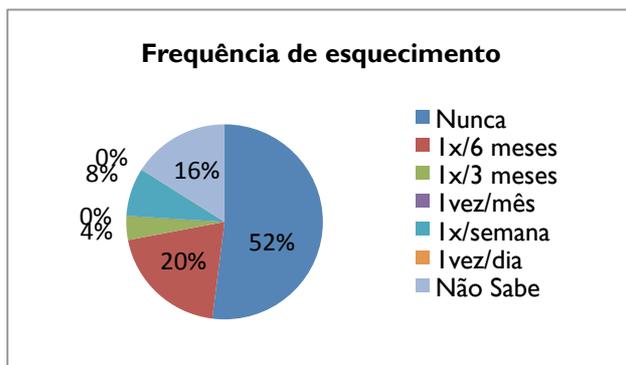
Figura 14 – Distribuição dos diferentes níveis de adesão em função da variável sexo.

Idade	Aderente		Moderada adesão				Baixa Adesão				Total
			Nível 1		Nível 2		Nível 3		Nível 4		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
65-74	1	10	0	0	1	12,5	0	0	0	0	2
75-84	3	30	3	60	6	75	0	0	0	0	12
85-92	6	60	2	40	1	12,5	2	100	0	0	11
Total	10	100%	5	100%	8	100%	2	100%	0	100%	25

Figura 15 – Distribuição dos diferentes níveis de adesão em função da variável idade.

Escolaridade	Aderente		Moderada adesão				Baixa Adesão				Total
			Nível 1		Nível 2		Nível 3		Nível 4		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Não estudou	2	20	2	40	1	12,5	1	50	0	0	6
1º Ciclo	5	50	3	60	5	62,5	1	50	0	0	14
2ºCiclo	0	0	0	0	2	25	0	0	0	0	2
3ºCiclo	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Superior	2	20	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	10	100%	5	100%	8	100%	2	100%	0	0	25

Figura 16 – Distribuição dos diferentes níveis de adesão em função da variável escolaridade.



Do inquérito constou ainda uma questão relativa ao comportamento em relação à medicação, em concreto acerca da frequência de esquecimento da toma da medicação (Fig. 17).

Figura 17 – Distribuição da amostra em função da frequência de esquecimento da toma da medicação.

3.4 – Discussão dos resultados

A presente investigação, ao constituir um estudo piloto foi realizada numa amostra de dimensão reduzida (n=25) pelo que as conclusões da mesma não são passíveis de generalização. Não obstante, os resultados obtidos constituem um ponto de partida para a reflexão sobre o tema, os métodos e os procedimentos utilizados. Sendo reconhecido que a avaliação da adesão à terapêutica e os fatores que a influenciam são distintos quando baseados nos próprios doentes, nos seus cuidadores ou em profissionais de saúde,^[12] é importante referir que este estudo avaliou exclusivamente as respostas dos próprios doentes.

Os resultados da aplicação de três questões do *Mini Mental State Examination* indicam que 15 (60%) dos inquiridos respondeu corretamente às três questões (Fig. 11); 4 (16%) inquiridos responderam acertadamente a duas questões e 5 (20%) apenas acertaram numa resposta. Apenas 1 (4%) indivíduo inquirido respondeu de forma errada às três questões, tendo sido incluído nos resultados deste estudo, pois, sendo um estudo piloto e considerando que muitos estudos realizados no âmbito da adesão apresentam como limitação excluírem indivíduos com comprometimento cognitivo^[36] foi considerado relevante avaliar a capacidade do mesmo responder às restantes questões. À questão “*Em que ano estamos?*” 17 indivíduos (68%) responderam corretamente, 18 dos inquiridos (72%) sabe o dia da semana em que estamos e apenas 2 (8%) dos inquiridos não sabem em que rua vivem (Fig. 10). Todos os indivíduos com idade entre os 65 e os 74 anos responderam corretamente às três questões. Todos os indivíduos com escolaridade superior ao primeiro ciclo responderam de forma correta às três questões. Maior nível de escolaridade apresentou maior número de respostas corretas o que se encontra em concordância com a existência de pontos de corte em função do nível de escolaridade na aplicação do teste na íntegra, de forma a dar uma imagem mais correta do estado cognitivo da amostra. Contudo é importante referir que o *Mini Mental State Examination* é normalmente usado na íntegra para avaliar o nível de funcionamento cognitivo.^[10] Diferentemente, no presente estudo a inclusão das três questões do teste teve apenas com objetivo verificar se o estudo poderia prosseguir e não diagnosticar.

Na aplicação do *Teste de Morisky-Green* 15 indivíduos (60%) apresentaram pelo menos um comportamento de não adesão, mas nenhum inquirido apresentou um baixo grau de adesão com quatro respostas afirmativas (nível 4) (Fig. 13). Importa considerar que a medição da adesão não deve ser analisada isoladamente mas sim em combinação com resultados clínicos significativos e que, embora seja difícil comparar o resultado obtido com

outros estudos devido à variabilidade nas condições e metodologias utilizadas, pode-se afirmar que este é um valor superior ao obtido num estudo similar.^[14] O comportamento de não adesão mais comum foi descuido e não toma da medicação (n=11; 44%), seguindo-se a dificuldade em se lembrar de tomar a medicação (n=8; 32%), constituindo uma não adesão intencional e não intencional, respetivamente (Fig. 12). Este facto evidencia a importância da educação do doente com estratégias para promover a adesão, sendo esta necessidade mais acentuada na população idosa que, pelas múltiplas patologias que apresenta, necessita de receber indicações objetivas sobre as melhores práticas.^[9] Dos inquiridos 18 (72%) afirmaram que quando se sentem melhor não param de tomar os seus medicamentos e 24 (96%) também não o fazem quando se sentem pior (Fig. 12).

Considerando que 13 indivíduos (52%) da amostra vivem sozinhos (Fig. 4) e 18 (72%) passam os dias em casa (Fig. 5), o nível de isolamento em relação à comunidade é considerável, sendo este fator referido na literatura como sendo uma barreira à adesão à terapêutica, embora específico de populações com comprometimento cognitivo^[37] o que parte da amostra (n=15;60%) não demonstrou ter.

No que respeita à frequência anual de ida ao médico, 8 (32%) dos inquiridos afirmaram ir 7 vezes ou mais por ano ao médico, e mais de metade ir mais de 5 vezes por ano. Embora não se conheça o motivo da procura dos serviços de saúde, este facto reforça a oportunidade de intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários como uma estratégia para melhorar a adesão.^[9] Salienta-se ainda a dificuldade em lembrar e consequentemente em quantificar a frequência anual de ida ao médico por 6 dos inquiridos (24%) (Fig. 6), podendo ser revelador de problemas de memória os quais podem constituir fator de risco para a não adesão^[22] em populações com e sem comprometimento cognitivo. A maioria dos inquiridos (n=17; 68%) afirmou conseguir adquirir a medicação com os rendimentos atuais. Não obstante, 8 inquiridos (32%) revelaram que o valor reduzido das reformas não lhes permite adquirir a sua medicação (Fig. 7). A compra a crédito na farmácia e a ajuda de familiares são as soluções que os mesmos referenciaram. Um inquirido afirmou mesmo já não comprar medicação por incapacidade económica.

No que respeita à forma como adquirem os seus medicamentos 13 (52%) inquiridos referiram ir à farmácia e 2 (8%) ir à farmácia ou pedir a alguém (Fig. 8). O conjunto destes indivíduos integra os 17 inquiridos (68%) que afirmaram tratar sozinhos da sua medicação (Fig. 9).

Da análise do grau de adesão em função das variáveis sociodemográficas verifica-se que todos os inquiridos com uma escolaridade superior ao 2º ciclo revelaram um alto grau

de adesão (Fig. 16). Importa ainda referenciar que 15 indivíduos (60%) da amostra que apresenta alto e médio (nível) grau de adesão à terapêutica no *Teste de Morisky-Green* tratavam sozinhos da sua medicação e adquiriam a mesma diretamente na farmácia, o que pode ser revelador da importância da informação prestada pelo farmacêutico, tanto verbal como escrita, na promoção do conhecimento da doença por parte do idoso e na adaptação de estratégias individualizadas para melhorar a adesão.^[9]

Quando confrontados com a questão com que frequência se esquece de tomar a medicação 13 inquiridos (52%) afirmaram nunca se esquecer de tomar a medicação (Fig. 17). Dos restantes, 7 (28%) afirmaram esquecer-se e apontaram como principais justificações: “porque me esqueço”, vida preenchida, adormecer no momento da toma ou alterações de rotina. Um inquirido expressou que o esquecimento é consciente e voluntário no sentido de não tomar demasiada medicação, tratando-se por isso de uma não adesão voluntária associada às crenças negativas sobre medicação, fator com forte impacto sobre a adesão principalmente em indivíduos de baixa escolaridade e baixos níveis de adesão.^[38]

4 – Conclusão

A adesão à terapêutica na população idosa é um processo complexo, não só pelas especificidades associadas a esta faixa etária como também, pela inexistência de um método capaz de avaliar a multiplicidade de fatores envolvidos na mesma. Embora constituindo um estudo piloto, os resultados do mesmo indicam que 60% da população idosa que recebe apoio domiciliário incluída no estudo apresenta pelo menos um comportamento de não adesão à terapêutica. Os resultados desta investigação sugerem que existe um potencial de melhoria da adesão à terapêutica na população inquirida sendo necessário definir intervenções que abordem possíveis barreiras à adesão identificadas como o isolamento, os problemas de memória, as crenças negativas sobre medicação e o custo da mesma.

Estes resultados, associados aos resultados do estudo referentes às condições de conservação da medicação, conhecimento da medicação e da doença e capacidade de gestão da medicação podem transmitir indicações claras dos fatores passíveis de modificação capazes de melhorar a adesão.

Por fim, o trabalho de campo permitiu constatar que a população em estudo, embora nem sempre tenha possibilidade de se dirigir aos serviços de saúde, é recetiva às intervenções no domicílio. Assim, é premente aproximar os profissionais de saúde conhecedores da doença mas também da medicação, da população isolada no sentido de melhorar a adesão à terapêutica, sendo consensual na literatura que este tipo de

intervenções tem potencial para melhorar a capacidade funcional, a qualidade de vida e para diminuir os custos em saúde.

5 – Referências bibliográficas

1. Saez-Benito, L., Fernandez-Llimos, F., Feletto, E., Gastelurrutia, M.A., Martinez-Martinez, F., Benrimoj, S.I. Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients. *Age Ageing*. 42 (2013) 442-9.
2. Global AgeWatch Index2013, disponível em <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Portugal>, última consulta: 23/05/2014.
3. Cardenas-Valladolid, J., Martin-Madrado, C., Salinero-Fort, M.A., Carrillo de-Santa Pau, E., Abanades-Herranz, J.C., Burgos-Lunar, C. Prevalence of adherence to treatment in homebound elderly people in primary health care: a descriptive, cross-sectional, multicentre study. *Drugs Ageing*. 27 (2010) 641-51.
4. Brown, M.T., Bussell, J.K. Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clin Proc*. 86 (2011) 304-14.
5. Sabete, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *World Health Organization* (2003).
6. Turner, A., Hochschild, A., Burnett, J., Zulfiqar, A., Dyer, C.B. High prevalence of medication non-adherence in a sample of community-dwelling older adults with adult protective services-validated self-neglect. *Drugs Ageing*. 29 (2012) 741-9.
7. Katz, M.G., Kripalani, S., Weiss, B.D. Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature. *Am J Health Syst Pharm*. 63 (2006) 2391-7.
8. Bedell, S.E., Jabbour, S., Goldberg, R., Glaser, H., Gobble, S., Young-Xu, Y., Graboys, T.B., Ravid, S. Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. *Arch Intern Med*. 160 (2000) 2129-34.
9. Boparai, M.K. Korc-Grodzicki, B. Prescribing for older adults. *Mt Sinai J Med*. 78 (2011) 613-26.
10. Heinrich, C. Kuiper, R. Using Handheld Devices to Promote Medication Adherence in Chronic Illness. *The Journal for Nurse Practitioners*. 8 (2012) 288 -293.
11. Estatísticas Demográficas. *Instituto Nacional de Estatística*. (2013).
12. Campbell, N.L., Boustani, M.A., Skopelja, E.N., Gao, S., Unverzagt, F.W., Murray, M.D. Medication adherence in older adults with cognitive impairment: a systematic evidence-based review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 10 (2012) 165-77.
13. Van Eijken, M., Tsang, S., Wensing, M., de Smet, P.A., Grol, R.P. Interventions to improve medication compliance in older patients living in the community: a systematic review of the literature. *Drugs Ageing*. 20 (2003) 229-40.

14. Sirey, J.A., Greenfield, A., Weinberger, M.I., Bruce, M.L. Medication beliefs and self-reported adherence among community-dwelling older adults. *Clin Ther.* 35 (2013) 153-60.
15. Melchior, A.C., Correr, C.J., Fernandez-Llimos, F. Translation and validation into Portuguese language of the medication regimen complexity index. *Arq Bras Cardiol.* 89 (2007) 210-8.
16. de Oliveira Martins, S., Soares, M.A., Foppe van Mil, J.W., Cabrita, J. Inappropriate drug use by Portuguese elderly outpatients--effect of the Beers criteria update. *Pharm World Sci.* 28 (2006) 296-301.
17. World Health Organization - Health promotion, disponível em <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/>, última consulta: 13/06/2014.
18. Salgado, T.M., Ramos, S.B., Sobreira, C., Canas, R., Cunha, I., Benrimoj, S.I., Fernandez-Llimos, F. Newest Vital Sign as a proxy for medication adherence in older adults. *J Am Pharm Assoc.* 53 (2013) 611-7.
19. Kidd, P.M. Alzheimer's disease, amnesic mild cognitive impairment, and age-associated memory impairment: current understanding and progress toward integrative prevention. *Altern Med Rev.* 13 (2008) 85-115.
20. Alexander, G.E., Ryan, L., Bowers, D., Foster, T.C., Bizon, J.L., Geldmacher, D.S., Glisky, E.L. Characterizing cognitive aging in humans with links to animal models. *Front Aging Neurosci.* 4 (2012) 21.
21. Sino, C.G., Sietzema, M., Egberts, T.C., Schuurmans, M.J. Medication management capacity in relation to cognition and self-management skills in older people on polypharmacy. *J Nutr Health Ageing.* 18 (2014) 44-9.
22. Thiruchselvam, T., Naglie, G., Moineddin, R., Charles, J., Orlando, L., Jaglal, S., Snow, W., Tierney, M.C. Risk factors for medication nonadherence in older adults with cognitive impairment who live alone. *Int J Geriatr Psychiatry.* 27 (2012) 1275-82.
23. Hayes, T.L., Larimer, N., Adami, A., Kaye, J.A. Medication adherence in healthy elders: small cognitive changes make a big difference. *J Ageing Health.* 21 (2009) 567-80.
24. Edelberg, H.K., Shallenberger, E., Hausdorff, J.M., Wei, J.Y. One-year follow-up of medication management capacity in highly functioning older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 55 (2000) M550-3.
25. Lui, V.W., Lam, L.C., Chau, R.C., Fung, A.W., Wong, B.M., Leung, G.T., Leung, K.F., Chiu, H.F., Karlawish, J.H., Appelbaum, P.S. Capacity to make decisions on medication

- management in Chinese older persons with mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr.* 24 (2012) 1103-11.
26. Osterberg, L., Blaschke, T., *Adherence to medication.* *N Engl J Med,* 353 (2005) 487-97.
 27. Insel, K.C. e Cole, L. Individualizing memory strategies to improve medication adherence. *Appl Nurs Res.* 18 (2005) 199-204.
 28. Possidente, C.J., Bucci, K.K., McClain, W.J. Motivational interviewing: a tool to improve medication adherence? *Am J Health Syst Pharm.* 62 (2005) 1311-4.
 29. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 12 (1975) 189-98.
 30. Adelman, A.M., Daly, M.P. Initial evaluation of the patient with suspected dementia. *Am Fam Physician.* 71 (2005) 1745-50.
 31. Prado, J.C., Jr., Kupek, E., Mion, D., Jr. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *J Hum Hypertens.* 21 (2007) 579-84.
 32. Pineiro, F., Gil, V., Donis, M., Orozco, D., Pastor, R., Merino, J. The validity of 6 indirect methods for assessing drug treatment compliance in arterial hypertension. *Aten Primaria.* 19 (1997) 372-4, 376.
 33. Morisky, D.E., Green, L.W., Levine, D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 24 (1986) 67-74.
 34. Cooper, C., Carpenter, I., Katona, C., Schroll, M., Wagner, C., Fialova, D., Livingston, G. The AdHOC Study of older adults' adherence to medication in 11 countries. *Am J Geriatr Psychiatry.* 13 (2005) 1067-76.
 35. Copeland, L.A., Zeber, J.E., Salloum, I.M., Pincus, H.A., Fine, M.J., Kilbourne, A.M. Treatment adherence and illness insight in veterans with bipolar disorder. *J Nerv Ment Dis.* 196 (2008) 16-21.
 36. Arlt, S., Lindner, R., Rosler, A., Renteln-Kruse, W. Adherence to medication in patients with dementia: predictors and strategies for improvement. *Drugs Ageing.* 25 (2008) 1033-47.
 37. Kogut, S.J., El-Maouche, D., Abughosh, S.M. Decreased persistence to cholinesterase inhibitor therapy with concomitant use of drugs that can impair cognition. *Pharmacotherapy.* 25 (2005) 1729-35.
 38. Gatti, M.E., Jacobson, K.L., Gazmararian, J.A., Schmotzer, B., Kripalani, S. Relationships between beliefs about medications and adherence. *Am J Health Syst Phar.* 66 (2009) 657-64.

Anexos

Anexo I – Declaração de Consentimento Informado (Página I)



TÍTULO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO: *Avaliação dos conhecimentos sobre medicamentos e da capacidade de gerir a medicação de uma amostra de idosos que vivem isolados*

PROMOTOR: Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC)

INVESTIGADOR COORDENADOR: Professora Doutora Margarida Castel-Branco

CENTRO DE ESTUDO: Grupo de Farmacologia e Cuidados Farmacêuticos / FFUC

MORADA: Polo das Ciências da Saúde, Azinhaga de Santa Comba, 3000-548 Coimbra

CONTACTO TELEFÓNICO: 239 488400

NOME DO DOENTE: _____

É convidado(a) a participar voluntariamente neste estudo porque tem idade igual ou superior a 65 anos, vive isolado, toma medicamentos e integra a rede de apoio social da Câmara Municipal de Coimbra.

Este procedimento é chamado Consentimento Informado e descreve a finalidade do estudo, os procedimentos, os possíveis benefícios e riscos. A sua participação poderá contribuir para ajudar a perceber até que ponto uma pessoa idosa que vive isolada conhece os seus medicamentos e consegue gerir a sua medicação.

Receberá uma cópia deste Consentimento Informado para rever e solicitar aconselhamento de familiares e amigos. O Investigador ou outro membro da sua equipa irá esclarecer qualquer dúvida que tenha sobre o termo de consentimento e também alguma palavra ou informação que possa não entender.

Depois de compreender o estudo e de não ter qualquer dúvida acerca do mesmo, deverá tomar a decisão de participar ou não. Caso queira participar, ser-lhe-á solicitado que assine e date este formulário. Após a sua assinatura e a do Investigador, ser-lhe-á entregue uma cópia. Caso não queira participar, não haverá qualquer penalização nos cuidados que irá receber.

Anexo I – Declaração de Consentimento Informado (Página 2)



1. INFORMACAO GERAL E OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo consistirá na realização de uma entrevista domiciliária a cada idoso que aceitar participar no estudo e tem como principal objetivo avaliar os conhecimentos sobre medicamentos e a capacidade de gerir a medicação dos idosos que vivem isolados.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) de modo a garantir a proteção dos direitos, segurança e bem-estar de todos os doentes incluídos e garantir prova pública dessa proteção.

2. PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

Este estudo consiste numa entrevista única que o farmacêutico-investigador fará a cada participante no seu domicílio. Está previsto que demore cerca de 30 (trinta) minutos. A cada idoso que aceite participar no estudo será pedido que mostre todos os medicamentos que tem em sua casa e que responda a um questionário previamente elaborado.

Procedimento n° 1: assinatura do consentimento informado.

Procedimento n° 2: preenchimento do questionário.

3. RISCOS E POTENCIAIS INCONVENIENTES PARA O DOENTE

Este estudo não implica quaisquer riscos para o doente.

O único inconveniente será o dispêndio de tempo para realização da entrevista.

4. POTENCIAIS BENEFICIOS PARA O DOENTE

O doente ficará a saber até que ponto tem capacidade para gerir sozinho a sua medicação. As situações que necessitem de intervenção social e/ou especializada serão sinalizadas.

5. PARTICIPACAO / ABANDONO VOLUNTARIO

É inteiramente livre de aceitar ou recusar participar neste estudo. Pode retirar o seu consentimento em qualquer altura sem qualquer consequência para si, sem precisar de explicar as razões, sem qualquer penalidade ou perda de benefícios e sem comprometer a sua relação com o Investigador que lhe propõe a participação neste estudo. Ser-lhe-á pedido para informar o Investigador se decidir retirar o seu consentimento.

Anexo I – Consentimento Informado (Página 3)



6. CONFIDENCIALIDADE

Os seus registos manter-se-ão confidenciais e anonimizados de acordo com os regulamentos e leis aplicáveis. Se os resultados deste estudo forem publicados a sua identidade manter-se-á confidencial.

A Comissão de Ética responsável pelo estudo pode solicitar o acesso aos seus registos clínicos para assegurar-se que o estudo está a ser realizado de acordo com o protocolo. Por este motivo não pode ser garantida confidencialidade absoluta.

7. COMPENSAÇÃO

Este estudo é da iniciativa do Investigador e, por isso, se solicita a sua participação sem uma compensação financeira para a sua execução, tal como também acontece com os investigadores e o Centro de Estudo. Não haverá, por outro lado, qualquer custo para o participante pela sua participação neste estudo.

8. CONTACTOS

Se tiver perguntas relativas aos seus direitos como participante deste estudo, deve contactar:

Presidente da Comissão de Ética da FMUC,
Azinhaga de Santa Comba, Celas – 3000-548 Coimbra
Telefone: 239 857 707
e-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt

Se tiver questões sobre este estudo deve contactar:

Professora Doutora Margarida Castel-Branco
Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
Azinhaga de Santa Comba
3000-548 Coimbra
Telefone: 239 488 400
e-mail: mmcb@ci.uc.pt

Anexo I – Consentimento Informado (Página 4)



NÃO ASSINE ESTE FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO A MENOS QUE TENHA TIDO A OPORTUNIDADE DE PERGUNTAR E TER RECEBIDO RESPOSTAS SATISFATÓRIAS A TODAS AS SUAS PERGUNTAS.

CONSENTIMENTO INFORMADO

De acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial e suas atualizações:

1. Declaro ter lido este formulário e aceito de forma voluntária participar neste estudo.
2. Fui devidamente informado(a) da natureza, objetivos, riscos, duração provável do estudo, bem como do que é esperado da minha parte.
3. Tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o estudo e percebi as respostas e as informações que me foram dadas. A qualquer momento posso fazer mais perguntas ao Investigador responsável do estudo. O Investigador responsável dará toda a informação importante que surja durante o estudo que possa alterar a minha vontade de continuar a participar.
4. Aceito que utilizem a informação relativa à minha história clínica e farmacoterapêutica no estrito respeito do segredo médico e anonimato. Os meus dados serão mantidos estritamente confidenciais. Autorizo a consulta dos meus dados apenas por pessoas designadas pelo promotor e por representantes das autoridades reguladoras.
5. Aceito seguir todas as instruções que me forem dadas durante o estudo, colaborando com o Investigador.
6. Autorizo o uso dos resultados do estudo para fins exclusivamente científicos.
7. Aceito que os dados gerados durante o estudo sejam informatizados pelo promotor ou outrem por si designado, podendo eu exercer o meu direito de retificação e/ou oposição.
8. Tenho conhecimento que sou livre de desistir do estudo a qualquer momento, sem ter de justificar a minha decisão e sem comprometer a qualidade dos meus cuidados de saúde.

Nome do Participante _____

Assinatura: _____ *Data:* ____/____/____

Confirmo que expliquei ao participante acima mencionado a natureza, os objetivos e os potenciais riscos do estudo acima mencionado.

Nome do Investigador: _____

Assinatura: _____ *Data:* ____/____/____

Anexo II – Questionário (Página I)

Questionário

Data da entrevista: ___/___/___

Nome: _____
Idade: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Endereço _____ Código Postal _____ - _____
_____ Telefone _____ Telemóvel _____
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Não Estudou <input type="checkbox"/> 1º Ciclo <input type="checkbox"/> 2º Ciclo <input type="checkbox"/> 3º Ciclo <input type="checkbox"/> Secundário <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> Pós Graduado
Situação laboral: <input type="checkbox"/> Ativo _____ <input type="checkbox"/> Reformado _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado
Com quem reside? <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Sozinho <input type="checkbox"/> Outros
Onde passa o dia durante a semana? <input type="checkbox"/> Em casa <input type="checkbox"/> Na instituição _____
Quantas vezes por ano vai ao médico? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> +7 <input type="checkbox"/> Outra _____
Os seus rendimentos permitem-lhe adquirir todos os seus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não, porque _____
Como adquire os seus medicamentos? <input type="checkbox"/> Vai à farmácia <input type="checkbox"/> Telefona e entregam ao domicílio <input type="checkbox"/> Pede a alguém <input type="checkbox"/> Outra situação _____
Trata da sua medicação sozinho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se não, quem trata da sua medicação? _____

Anexo II – Questionário (Página 2)

1. Vou fazer-lhe umas perguntas. Tente responder o melhor que for capaz.

Em que ano estamos? _____
 Em que dia da semana estamos? _____
 Em que rua estamos? _____

2. Medida da adesão à terapêutica (Teste de Morisky-Green)

	Não	Sim
1. Às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a medicação?		
2. Às vezes descuida-se e não toma o seu medicamento?		
3. Quando se sente melhor, às vezes para de tomar o seu medicamento?		
4. Às vezes, se se sentir pior ao tomar a medicação, para de a tomar?		

Alto grau de adesão – todas as respostas negativas
 Médio grau de adesão – uma ou duas respostas afirmativas
 Baixo grau de adesão – três ou quatro respostas afirmativas

3. a) Sabe dizer o nome de todos os medicamentos que toma?

Lista de medicamentos de acordo como é dito pelo idoso. Ex: comprimido branco pequenino para o sangue; Vastarel®... (resposta descritiva)

Medicamentos identificados pelo idoso	Medicamentos reais

_____ *

_____ **

*1 ponto por cada medicamento que sabe o nome ou marca
 **Número total de medicamentos que toma

Anexo II – Questionário (Página 3)

b) Toma algum suplemento alimentar / chá / planta medicinal?

- Não
- Sim. **Qual ou quais?** (indicar, se possível, nome comercial e posologia)

4. Mostre-me onde guarda os seus medicamentos:

Local	Sim	Não	Condições	Sim	Não
Cozinha			Local exposto à luz		
			Local exposto à humidade		
			Local exposto ao calor		
Observações:					
Quarto			Local exposto à luz		
			Local exposto à humidade		
			Local exposto ao calor		
Observações:					
Sala			Local exposto à luz		
			Local exposto à humidade		
			Local exposto ao calor		
Observações:					
WC			Local exposto à luz		
			Local exposto à humidade		
			Local exposto ao calor		
Observações:					
Outro: _____			Local exposto à luz		
			Local exposto à humidade		
			Local exposto ao calor		

5. Após verificação do local de armazenamento, **colocá-los numa mesa divididos consoante o local da casa onde estavam armazenados** e completar a seguinte tabela para cada um dos medicamentos (levar folhas adicionais):

Anexo II – Questionário (Página 4)

Identificação do medicamento: _____	Local de armazenamento: _____	Sim	Não
		Contém folheto informativo	
	Contém embalagem secundária		
	Contém lote legível		
	Contém prazo de validade legível		
	O nome é legível		
	O prazo de validade está expirado		
	Tem alguma indicação escrita		
	Tem algum sinal de danificação		
	Está a tomar*		
Observações:			

***Porque razão guarda este medicamento se não o está a tomar?**

	Sim	Não
Intuito de uso posterior		
Tratamento não concluído		
Porquê? _____		
Não quer desperdiçá-lo		
Não sabe como se “livrar” dele		
A medicação em causa é do cônjuge		
Outra:		

6. Quando já não necessita dos medicamentos, deita-os no lixo ou o que é que lhes faz?

Lixo comum	
Vaso sanitário	
Pia	
Devolve à farmácia	
Devolve ao médico	
Dá a alguém conhecido	
Mantém-nos em casa	
Outro: _____	

Anexo II – Questionário (Página 5)

7. Escolher aleatoriamente dois medicamentos (usar de discrição e olhos fechados) e realizar as seguintes questões, assinalando com S (sim) ou N (não):

Medicamento 1		Observações

Porque está a tomar este medicamento?		
Sabe como tomar este medicamento?		
Sabe quando tomar este medicamento?		
Sabe os possíveis efeitos adversos deste medicamento?		
Sabe o que fazer se ocorrerem efeitos adversos?		
Sabe o que fazer se esquecer de tomar o medicamento?		

Medicamento 2		Observações

Porque está a tomar este medicamento?		
Sabe como tomar este medicamento?		
Sabe quando tomar este medicamento?		
Sabe os possíveis efeitos adversos deste medicamento?		
Sabe o que fazer se ocorrerem efeitos adversos?		
Sabe o que fazer se esquecer de tomar o medicamento?		

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1. A pessoa consegue explicar exatamente o mecanismo | 2 |
| A pessoa diz corretamente a razão da toma do medicamento | 1 |
| A pessoa não sabe | 0 |
| 2. A pessoa descreve corretamente o método de administração do medicamento | 1 |
| A pessoa não sabe | 0 |
| 3. Correto se a pessoa descreve corretamente quando deve tomar o medicamento | 1 |
| A pessoa não sabe | 0 |
| 4. Correto se a pessoa menciona efeitos adversos do medicamento, incluindo os não experienciados por essa pessoa | 1 |
| A pessoa não sabe | 0 |
| 5. Correto se a pessoa menciona que contactava o médico/farmacêutico, parava a toma do medicamento ou outras intervenções | 1 |
| A pessoa não sabe | 0 |
| 6. A pessoa diz que nunca se esquece de tomar, que toma a próxima dose ou que contacta o médico/farmacêutico | 1 |
| A pessoa não sabe ou toma doses duplas | 0 |

Anexo II – Questionário (Página 6)

8. Estratégias de memória

8.1. Faz alguma coisa que o ajude a lembrar-se de tomar a sua medicação?

- Sim (continua para 8.2. e 8.3.)
 Não (a questão 8 termina aqui)

8.2. O que faz que o ajude a lembrar-se de tomar a sua medicação?

<u>Estratégia de Memória</u>	Frequência		
	Nunca (1)	Às vezes (2)	Sempre (3)
Caixa dos medicamentos (caixa diária/semanal de organização dos medicamentos em função da sua posologia, já fora das caixas originais)			
Associação (atividade/evento em simultâneo ou subsequente à toma do medicamento)			
Lembrete (algo físico que lembre a toma da medicação: papel, alarme, luz...)			
Localização (local fixo para guardar a medicação)			
Planeamento mental (lembrete mental ao longo do dia para não se esquecer de tomar a medicação)			
Necessidade física (só toma a medicação quando sente falta dela, por desconforto ou mesmo dor física)			
Visibilidade (localização dos medicamentos muito visível de modo que, ao passar por lá, tem necessariamente de os ver e lembra-se de os tomar)			

8.3. Considera que o que faz para se lembrar de tomar a sua medicação lhe é útil?

<u>Estratégia de memória</u>	Utilidade da estratégia		
	Pouco útil	Útil	Muito útil
Caixa dos medicamentos			
Associação			
Lembrete			
Localização			
Planeamento mental			
Necessidade física			
Visibilidade			

Anexo II – Questionário (Página 7)

9. Comportamento em relação à medicação

Em média, com que frequência se costuma esquecer de tomar a sua medicação?

Frequência do esquecimento					
Nunca	1 vez / 6 meses	1 vez / 3 meses	1 vez / mês	1 vez / semana	1 vez / dia

Porque se esquece de tomar a sua medicação?

- Alterações na rotina
- Estar fora de casa por mais do que 1 dia
- Eventos inesperados
- Adiar a toma mesmo quando se lembrou no momento certo
- Stress / vida preenchida
- Outros _____

10. Comportamento em relação à utilização de uma “pillbox” (assinale com um S (sim) as tarefas que a pessoa consegue fazer e com um N (não) as que não consegue fazer)

Por favor, retire a medicação para tomar	Execução (S/N)	Observações
a) na 3ª feira à hora do almoço		
b) na 5ª feira à hora do jantar		
c) no domingo ao pequeno-almoço		
d) na 2ª feira ao lanche		

Alto grau de execução – executa as 4 tarefas
 Médio grau de execução – executa 2 ou 3 tarefas
 Baixo grau de execução – executa 0 ou 1 tarefa

Anexo II – Questionário (Página 8)

Folha de registo da medicação adicional nº _____

Identificação do medicamento:	Local de armazenamento: _____	Sim	Não
		Contém folheto informativo	
	Contém embalagem secundária		
	Contém lote legível		
	Contém prazo de validade legível		
	O nome é legível		
	O prazo de validade está expirado		
	Tem alguma indicação escrita		
	Tem algum sinal de danificação		
	Está a tomar*		
Observações:			

***Porque razão guarda este medicamento se não o está a tomar?**

	Sim	Não
Intuito de uso posterior		
Tratamento não concluído		
Porquê? _____		
Não quer desperdiçá-lo		
Não sabe como se “livrar” dele		
A medicação em causa é do cônjuge		
Outra:		