

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

“Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana”

Dissertação de Mestrado em Biotecnologia para as Ciências da Saúde

Simone Lúcia Fernandes Moura

Orientadora: Professora Doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira



Vila Real, Fevereiro de 2015

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

“Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana”

Dissertação de Mestrado em Biotecnologia para as Ciências da Saúde

Simone Lúcia Fernandes Moura

Orientadora: Professora Doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira

Composição do Júri:

Presidente: _____

Primeiro Vogal: _____

Segundo Vogal: _____

Terceiro Vogal: _____

Classificação: _____

Data: ___/___/_____

Vila Real, 2015

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém
ainda pensou sobre aquilo que todo o mundo vê.”*

Arthur Schopenhaver

Agradecimentos

A presente dissertação não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria assim, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que diretamente ou indiretamente contribuíram para que se tornasse realidade.

Em primeiro lugar à minha orientadora, professora Doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira, por me ter colocado o desafio deste tema. Pelas notas dominantes da sua orientação, competências científicas, críticas, correções e sugestões relevantes, bem como a disponibilidade, partilha e preocupação. Obrigada por tudo e também pela liberdade de ação que me permitiu e que foi decisiva para que este trabalho contribuisse para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao professor Doutor Jorge Colaço pela disponibilidade, infindável paciência, transmissão de experiências, criação e solidificação de saberes e necessária ajuda na estatística, sem a qual este trabalho não seria possível.

Aos profissionais das instituições prestadoras de cuidados de saúde que estiveram envolvidas no estudo, pela simpatia com que sempre me receberam, por toda a ajuda, disponibilidade e interesse genuíno no meu trabalho.

A todas as pessoas que amavelmente cederam o seu tempo para responderem ao meu questionário e partilharam comigo histórias de vida, sem vocês não teria sido possível.

Queria expressar o meu agradecimento ao professor João Leitão e à professora Doutora Ana Cláudia Coelho pelas ideias transmitidas e por todos os esclarecimentos que facilitaram o alcance dos objetivos propostos.

Às minhas colegas de trabalho, pela compreensão, apoio e disponibilidade na troca de horários.

Aos meus colegas do Mestrado de Biotecnologia para as Ciências da Saúde, pela amizade e companheirismo, em especial à Joana Teixeira e ao Nuno Valente.

Aos meus amigos que nunca estiveram ausentes, agradeço a amizade, carinho e força que sempre me disponibilizaram e por acreditarem em mim.

Gostaria de deixar dois agradecimentos muito especiais. Em primeiro lugar ao João Borges, meu amigo, colega académico já de licenciatura, pela amizade, carinho, paciência e troca de ideias que muito contribuíram na conquista deste trabalho. Em segundo à Vânia Constâncio, pela amizade, carinho, incentivo e reflexões críticas.

Finalmente à minha família, em especial aos meus pais e irmãos, que significam o mundo para mim e a quem amo incondicionalmente. Por todo o amor, carinho, admiração e pela vossa presença incansável que me apoiou ao longo deste percurso e pela formação dada até agora, que me proporcionou a continuidade nos meus estudos até à chegada a este mestrado. Os meus eternos agradecimentos.

A todos muito obrigada, por permitirem que esta dissertação seja uma realidade!

Resumo

Introdução: a grande maioria da população toma medicamentos para prevenir ou tratar determinadas doenças. Neste contexto, é indiscutível a importância das modificações no estilo de vida, no uso de tratamentos farmacológicos eficazes e na boa adesão à terapêutica prescrita, na gestão melhorada das doenças e, conseqüentemente na redução dos gastos públicos.

Objetivos: o presente estudo teve como objetivo principal avaliar a prevalência e a natureza da falta de adesão à terapêutica, identificando quais os fatores que interferem na mesma.

Materiais e Métodos: a recolha dos dados foi realizada em indivíduos residentes na região de Trás-os-Montes e Alto Douro, pertencentes aos distritos de Bragança e Vila Real com idade igual ou superior a 16 anos. O período de recolha de informação foi de Novembro de 2013 a Agosto de 2014, em instituições prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente: Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) - Serviços Farmacêuticos do Hospital São Pedro de Vila Real; Farmácia Confiança de Bragança; Farmácia Mateus de Vila Real; Farmácia Tuna Ferreira de Sanguinhedo, Vila Real; Farmácia Vaz de Vila Flor; Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE): Centro de Saúde de Bragança e Centro de Saúde de Mogadouro. O questionário aplicado contemplou o seguinte conjunto de dimensões: caracterização sociodemográfica da população; identificação da doença base e comorbilidades; atitudes face ao tratamento referente ao consumo e ao uso de medicamentos; análise da relação entre doentes/profissionais e serviços de saúde e finalmente avaliação da influência dos medicamentos genéricos na adesão à terapêutica. A análise estatística dos dados foi feita com recurso a tabulações cruzadas utilizando o Teste Qui-quadrado e o Teste exato de Fisher.

Resultados e Conclusão: este estudo de natureza descritivo quantitativo incluiu 1505 indivíduos, 905 do género feminino e 600 do género masculino, com uma idade média de 55,9 anos. A maioria dos inquiridos é portadora de doença crónica (62,5%), e 74,2% dos mesmos encontra-se submetido a um regime terapêutico. O incumprimento declarado foi de 65,6%, verificando-se associações estatisticamente significativas entre esta falta de

cumprimento e as restantes variáveis, à semelhança do que já estava documentado na literatura nacional e internacional.

Palavras-chave: Cumprimento; medicação; questionário; fatores.

Abstract

Introduction: the vast majority of the population taking medications to prevent or treat certain diseases. In this context, it is indisputable the importance of changes in lifestyle, the use of effective pharmacological treatments and good adherence to prescribed therapy, improved management of the disease and therefore reduce public spending.

Objectives: this study aimed to assess the prevalence and nature of the lack of compliance, identifying the factors that interfere in it.

Materials and Methods: data collection was conducted among residents of the region of Trás-os-Montes and Alto Douro, belonging to the districts of Bragança and Vila Real with aged 16 and over. The data collection period was November 2013 to August 2014, in institutions providing health care, including: Hospital Center of Trás-os-Montes and Alto Douro (CHTMAD) – Pharmaceutical Services, Hospital São Pedro de Vila Real Services; Pharmacy Confiança of Bragança; Pharmacy Mateus of Vila Real; Pharmacy Tuna Ferreira of Sanguinhedo, Vila Real; Pharmacy Vaz of Vila Flor; Northeast Local Health Unit (ULSNE); Health Center of Bragança and Health Center of Mogadouro. The questionnaire included the following set of dimensions: sociodemographics of the population; identification of the underlying disease and co-morbidities; attitudes to treatment related to the consumption and use of medicines; analysis of the relationship between patient/professional and health services and finally evaluation of the influence of Generic Medicines on compliance. Statistical analysis was done using cross-tabulations using the Chi-square test and Fisher's exact test.

Results and Conclusion: this study quantitative descriptive included 1505 individuals, 905 female and 600 male gender, with an average age of 55.9 years. Most respondents carries chronic disease (62.5%), and 74.2% of them is subjected to a treatment regimen. The stated failure was 65.6%, with statistically significant associations between this lack of default and the remaining variables, similar to what was already documented in national and international literature.

Keywords: compliance; medication; questionnaire; factors.

Índice

Agradecimentos.....	IV
Resumo.....	VI
Abstract	VIII
Índice.....	IX
Índice de Figuras	XII
Índice de Tabelas.....	XIII
Lista de abreviaturas/siglas	XV
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 PREVALÊNCIA E IMPACTO GERAL DA IMPORTÂNCIA DA ADESÃO À TERAPÊUTICA.....	1
1.2 DEFINIÇÃO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA.....	2
1.3. MODELOS E TEORIAS DA ADESÃO À TERAPÊUTICA	5
1.4 CLASSIFICAÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA	7
1.5 FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA.....	8
1.5.1 Fatores sociais, económicos e demográficos.....	10
1.5.2 Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde	12
1.5.3 Fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades	14
1.5.4 Fatores relacionados com a terapêutica prescrita.....	15
1.5.4.1 Prescrição de medicamentos genéricos e adesão à terapêutica	16
1.5.5 Fatores individuais relacionados com o doente.....	18
1.6 MÉTODOS DE MEDIÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA	19
2. OBJETIVOS.....	21
3. MATERIAL E MÉTODOS	22
3.1 PROCEDIMENTO.....	22
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	22
3.3 DESENHO DO QUESTIONÁRIO.....	23
3.3.1 Elaboração do projeto de questionário	23
3.3.2 Pré-teste ao projeto de questionário	24
3.3.3 Análise ética	34
3.3.4 Recolha de dados e tratamento de dados.....	35
3.3.5 Análise de Dados.....	35

4. RESULTADOS	36
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DO SEU ESTADO SE SAÚDE	36
4.2 Atitude da população transmontana na adesão à terapêutica	47
4.3 Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica.....	49
4.3.1 Fatores sociais, económicos e demográficos.....	49
4.3.2 Fatores relacionados com a terapêutica prescrita.....	50
4.3.3 Fatores relacionados com a doença base e co-morbilidades	52
4.3.4 Fatores individuais relacionados com o doente.....	52
4.3.5 Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde	54
4.3.6 Medicamentos genéricos e a influência na adesão à terapêutica	58
5. DISCUSSÃO.....	60
6. CONCLUSÃO	66
7. PERSPETIVAS FUTURAS.....	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS.....	73
Anexo A: Acordo estabelecido para permissão de realização do questionário na Farmácia Confiança de Bragança.....	74
Anexo B: Acordo estabelecido para permissão de realização do questionário na Farmácia Mateus de Vila Real.	75
Anexo C: Acordo estabelecido para permissão de realização do questionário na Farmácia Nova de Mogadouro.....	76
Anexo D: Acordo estabelecido para permissão da realização do questionário na Farmácia Tuna Ferreira de Sanguinhedo.	77
Anexo E: Acordo estabelecido para permissão da realização do questionário na Farmácia Vaz de Vila Flor.....	78
Anexo F: Aprovação pela Comissão de Ética do CHTMAD.....	79
Anexo G: Aprovação pela Comissão de Ética da ULSNE.....	80
Anexo H: Aprovação da Comissão de Ética da UTAD.	81
Anexo I: Acordo estabelecido para a realização do pré-teste ao questionário na Farmácia Nova de Macedo de Cavaleiros.....	82
Anexo J: Folheto informativo para campanha de consciencialização.....	83

Índice de Figuras

Figura 1.1: Caixas de distribuição de medicamentos.....	8
Figura 1.2: Cinco fatores que afetam a adesão à terapêutica.	9
Figura 1.3: Diferentes versões de medicamentos genéricos para o mesmo princípio ativo. ..	17
Figura 4.4: Condição de saúde da população no último ano. Referente à questão: Esteve doente no último ano.	43
Figura 4.5: Classificação da doença (duração) a que corresponde o preenchimento do questionário.	43
Figura 4.6: Número de doenças que cada indivíduo que esteve doente no último ano é portador.	45
Figura 4.7: Representação gráfica do n.º total de indivíduos pelo grupo etário e o cumprimento do regime terapêutico.....	50
Figura 4.8: Informação prestada pelo profissional de farmácia no ato de dispensa do medicamento.	57

Índice de Tabelas

Tabela 4.1: Caracterização da idade e género da população.....	36
Tabela 4.2: Religião da população inquirida.....	37
Tabela 4.3: Estado civil da população inquirida.	37
Tabela 4.4: Habilitações literárias da população inquirida.	38
Tabela 4.5: Profissões da população inquirida.....	38
Tabela 4.6: Situação profissional da população inquirida.	38
Tabela 4.7: Situação profissional em relação aos indivíduos que se encontram empregados.	39
Tabela 4.8: Tipo de contrato de trabalho da população inquirida que está empregada no sector público ou privado.	39
Tabela 4.9: Rendimento mensal individual da população inquirida.	39
Tabela 4.10: Local de residência da população inquirida.	40
Tabela 4.11: Estabilidade familiar da população inquirida.....	40
Tabela 4.12: Composição do agregado familiar da população inquirida.....	41
Tabela 4.13: Estabilidade habitacional da população inquirida.....	41
Tabela 4.14: Dependência da população inquirida, de outrem para realização das atividades básicas.	41
Tabela 4.15: Tempo de distância de casa ao centro de saúde da população inquirida.....	42
Tabela 4.16: Tempo de distância de casa à farmácia da população inquirida.	42
Tabela 4.17: Meio de deslocação da população inquirida aos serviços prestadores de cuidados de saúde.....	42
Tabela 4.18: Avaliação subjetiva do estado de saúde da população.....	43
Tabela 4.19: Doenças manifestadas/indicadas pelos inquiridos.	44
Tabela 4.20: Padrão de consumo diário de medicamentos.	45
Tabela 4.21: Medicamentos mais consumidos.....	46
Tabela 4.22: Frequência com que deixa de tomar os medicamentos.	47
Tabela 4.23: Motivos do não aviamento das receitas médicas.	48
Tabela 4.24: Frequência do cumprimento dos conselhos dados pelo médico/ profissional de saúde sobre a adoção de estilos de vida saudáveis.....	49
Tabela 4.25: Frequência das razões para não seguir a prescrição médica (características intrínsecas aos medicamentos).	51

Tabela 4.26: Frequência das razões para não tomar os medicamentos exatamente como foram prescritos pelo médico (características extrínsecas aos medicamentos).	53
Tabela 4.27: Prática da população quando há esquecimento ou adormecimento durante a toma dos medicamentos.	54
Tabela 4.28: Informação fornecida pelo médico sobre o tratamento.	55
Tabela 4.29: Opinião do doente em relação à consulta médica.	56
Tabela 4.30: Grau de satisfação dos inquiridos em relação ao atendimento nas farmácias comunitárias.	57
Tabela 4.31: Opção de escolha entre o medicamento genérico e o medicamento de marca. .	58
Tabela 4.32: Motivos de opção pelo medicamento genérico.	58
Tabela 4.33: Situações referenciadas pelos doentes quando verificada que a embalagem do medicamento genérico era diferente.	59

Lista de abreviaturas/siglas

A.: Aparelho;

Apifarma: Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica;

DCI- Denominação Comum Internacional;

CHTMAD: Centro Hospitalar de Trás-Os-Montes e Alto Douro, E.P.E;

DRE: Diário da República;

Ens.: Ensino;

EUA: Estados Unidos da América;

Infarmed: Autoridade Nacional do Medicamento e outros produtos de saúde, I.P;

NEPIE: *National Council on Patient Information and Education;*

Nº./n.º: Número(s);

NS/NR: Não Sabe/Não Respondeu;

OMS: Organização Mundial de Saúde;

SNC: Sistema Nervoso Central;

SNS: Sistema Nacional de Saúde;

ULSNE: Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E;

UTAD: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro;

Vs: Versus.

1. INTRODUÇÃO

1.1 PREVALÊNCIA E IMPACTO GERAL DA IMPORTÂNCIA DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

Na atualidade, uma percentagem significativa da população mundial depara-se com a necessidade de tomar medicação e de adotar medidas para prevenir, controlar e tratar, tanto as doenças agudas como as crónicas (Dias *et al.*, 2011).

A adesão terapêutica assume, um papel importante para os médicos, os doentes e as suas famílias, sistemas de saúde e responsáveis políticos desta área. A ausência da mesma constitui um problema de saúde pública grave, com enormes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras doenças, sendo esta um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde. A falta de adesão à terapêutica é um fenómeno generalizado, com cerca de metade dos doentes em países mais avançados a não cumprir o esquema terapêutico prescrito pelo seu médico (esta percentagem é superior nos países em vias de desenvolvimento) (Bugalho e Carneiro, 2004). Por esta razão a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a adesão à terapêutica como “ um problema mundial de grande magnitude”, tendo sido elaborado um guia baseado na evidência para profissionais de saúde, sistemas de saúde e responsáveis políticos se orientarem de forma a melhorarem e implementarem estratégias de adesão à terapêutica [*National Council on Patient Information and Education* (NEPIE), 2007].

De acordo com os resultados de várias investigações, estima-se que nos Estados Unidos da América (EUA), a adesão à terapêutica em doentes crónicos seja de 50%, quase metade dos indivíduos (49%) se esqueça de tomar a medicação; aproximadamente 31% não avie as receitas prescritas pelo médico, 29% pare de tomar a medicação antes do recomendado; 24% tome uma dose inferior à prescrita e 12 a 20% dos doentes tomem medicamentos prescritos a outras pessoas (NEPIE, 2007).

As estatísticas mostram ainda que nos EUA, 50% dos medicamentos prescritos para a prevenção da asma não são tomados de acordo com o esquema terapêutico, verificando-se que apenas um terço dos doentes cumpre todas as recomendações do médico, o outro terço cumpre esporadicamente e um terço nunca as cumpre (NEPIE, 2007; Jin *et al.*, 2008).

A adesão à terapêutica em doentes hipertensos varia entre 50% e 70% (Jin *et al.*, 2008). Sabe-se ainda que menos de 2% dos adultos com diabetes faz o controlo dos níveis de

glicose do sangue, seguem as restrições alimentares e tomam corretamente os medicamentos prescritos, indicações que devem ser seguidas segundo a Associação Americana de Diabetes (NEPIE, 2007).

Os estudos atrás descritos revelam que o problema da adesão à terapêutica é importante em todos os estados de doença, tornando-se particularmente importante em doentes portadores de doenças crônicas, por recorrerem a tratamentos longos (Ernst e Grizzle, 2001). Nestes uma baixa adesão à terapêutica acelera a progressão da doença, aumenta a propensão para o desenvolvimento de doenças concomitantes e reduz a qualidade de vida (Ernst e Grizzle, 2001).

Os baixos níveis de adesão, principalmente quando a medicação é interrompida aumenta o risco de desenvolvimento de fenómenos de resistência a tratamentos (antibióticos, por exemplo), levando à necessidade de terapias de substituição mais fortes e por vezes ao aumento de efeitos *rebound*, ou seja um efeito contrário ao efeito terapêutico (Ernst e Grizzle, 2001).

Os doentes ao não cumprirem as indicações dos profissionais de saúde relativas ao esquema terapêutico prescrito, não irão beneficiar do tratamento, e a par disso irá ser desencadeado um aumento da morbidade, da mortalidade e conseqüentemente um aumento dos custos de saúde (Jin *et al.*, 2008). Estudos feitos nos EUA, estimam que a não adesão à terapêutica custa aos Sistema Nacional de Saúde (SNS) aproximadamente 100 bilhões de dólares por ano (NEPIE, 2007). Assim, o aumento das taxas de adesão à terapêutica e a sua repercussão favorável na saúde dos doentes deverão ser objetivos primordiais dos profissionais de saúde, pelo que o reconhecimento do problema e a promoção de normas consistentes torna-se primordial (Bugalho e Carneiro, 2004).

1.2 DEFINIÇÃO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA

Um grande obstáculo à investigação sobre o problema da adesão à terapêutica é o debate não resolvido sobre a sua terminologia (Lingam e Scott, 2002). As expressões “cumprimento” e “adesão à terapêutica” têm sido utilizadas simultaneamente ao longo do tempo em inúmeros estudos realizados sobre o tema (Cabral e Silva 2010). Na literatura, alguns autores diferenciam “cumprimento” de “adesão à terapêutica”, existindo ainda outras

terminologias, menos referenciadas, como “concordância” e “persistência” (Lingam e Scott, 2002; Bugalho e Carneiro, 2004; NEPIE, 2007).

O “cumprimento”, enquanto conceito refere-se ao grau em que o comportamento do doente (tomar a medicação e cumprir outras médicas, como dieta e mudanças de estilo de vida) (Haynes, 1981; Dias *et al.*, 2011) coincide com a prescrição médica. Este conceito refere-se a uma abordagem tradicional de prescrição que inclui a obediência simples e cega às sugestões emitidas pelo médico (Bugalho e Carneiro, 2004; Cabral e Silva, 2010). Nesta perspectiva os doentes devem cumprir obrigatoriamente as indicações que lhes são dadas, sendo-lhes imputada toda a responsabilidade pelos desvios que pudessem ocorrer face à prescrição (Cabral e Silva, 2010).

O termo “concordância” tem vindo a ser utilizado mais recentemente (Lingam e Scott, 2002). Na comparação do termo “cumprimento” com “concordância”, a “concordância” contempla o papel decisivo do doente na sua saúde, demonstrando uma relação de harmonia entre o mesmo e o médico sugerindo uma diminuição do poder do médico na decisão do tratamento (Jin *et al.*, 2008). De acordo com Dias *et al.*, (2011), o termo “concordância” significa uma melhor relação do doente com o profissional de saúde.

O termo “persistência” refere-se a um tratamento sequenciado em que o doente após prescrição médica deve aviar os medicamentos na farmácia sempre que precisar e toma-los durante o tempo que for necessário (NEPIE, 2007).

No entanto na opinião de alguns investigadores o termo “adesão” é mais abrangente e reflete tanto a toma do medicamento conforme as indicações médicas (cumprimento) como a continuidade da toma da medicação durante o tempo necessário (persistência) (NEPIE, 2007).

A adoção do conceito “adesão” tem sido o mais utilizado, sendo definido como “o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alterações de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde” (OMS, 2003). Nesta terminologia o doente não é um sujeito passivo, interfere na aprovação das instruções médicas (Bugalho e Carneiro, 2004; Cabral e Silva, 2010). O termo “adesão” é utilizado como sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue (Bugalho e Carneiro, 2004). Nesta aliança são reconhecidos não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos direta ou indiretamente no tratamento (Dias *et al.*, 2011). Este termo sugere, demonstrado por vários estudos, que os

doentes desejam obter mais informações sobre o seu estado de saúde e pretende uma maior interação com os profissionais de saúde (Cabral e Silva, 2010).

Todas as definições assumem que o tratamento prescrito pelos profissionais de saúde é o mais adequado para a pessoa, assim a distinção entre os termos “cumprimento”, “persistência”, “concordância” e “adesão” é meramente académica, não existindo diferenças relevantes quanto ao resultado final (Cabral e Silva, 2010; Dias *et al.*, 2011). Os termos atrás referidos podem ser utilizados como sinónimos, desde que compreendam a existência de um acordo/aliança entre ambas as partes, doente e profissional de saúde, respeitando crenças e desejos. Esta terminologia não deve classificar, de forma depreciativa, o doente, o profissional de saúde ou tratamento prescrito (Bugalho e Carneiro, 2004). Pretende sim medir e analisar o grau de correspondência do comportamento do doente em relação às indicações dadas por um profissional de saúde e ao tratamento prescrito, ou seja, se os doentes são cumpridores ou não cumpridores (Cabral e Silva, 2010). Este processo dinâmico varia à medida que o doente avalia e adapta o seu comportamento, havendo doentes que são cumpridores em determinadas situações podendo não o ser em outras circunstâncias (Cabral e Silva, 2010).

A boa adesão à terapêutica implica, a adoção e manutenção de comportamentos terapêuticos (Bugalho e Carneiro, 2004). Assim, quando o comportamento do doente não coincide com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde, ocorre a chamada não adesão à terapêutica (Cabral e Silva, 2010). Esta pode apresentar várias formas, referindo-se não só ao cumprimento do regime terapêutico tal como foi prescrito (toma incorreta da dose, toma da medicação em horário incorreto, esquecimento da toma, paragem do tratamento antes do recomendado) mas também, ao facto de o doente não comparecer às consultas médicas previamente marcadas ou não realizar exames complementares de diagnóstico, não aviar a prescrição médica na farmácia e não seguir as indicações relativas à adoção de hábitos de saúde e estilos de vida saudáveis (Krueger *et al.*, 2005; Jin *et al.*, 2008; Cabral e Silva, 2010; Dias *et al.*, 2011).

A adesão à terapêutica pode ser avaliada percentualmente entre 0 e 100%, considerando o binómio adesão à terapêutica (100%) / não adesão à terapêutica (qualquer valor entre 0 e 99%) (Bugalho e Carneiro, 2004; Maia, 2008). Ainda não está totalmente definido qual o valor que define a não adesão sendo que existem estudos (Levine, 1998; Fenichel, 1999) que definem um valor inferior a 80% como representativo de não adesão, outros que estabelecem que 90% é o limite, e há ainda referências de que qualquer valor inferior a 100% é sinónimo de não adesão (Krueger *et al.*, 2005).

As diferenças existentes entre doentes, doenças e medicamentos tornam difícil encontrar uma definição concreta do conceito de adesão à terapêutica, o que expressa a subjetividade deste e a dificuldade em comparar estudos de adesão à terapêutica, constituindo esta, mais uma barreira à investigação desta temática (Bugalho e Carneiro, 2004; Maia, 2008).

1.3. MODELOS E TEORIAS DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

A adesão à terapêutica tem sido explicada através de vários modelos teóricos, que procuram identificar os fatores que determinam a disposição dos indivíduos em aderirem às recomendações dos profissionais de saúde (Dias *et al.*, 2011). Esses modelos são: o modelo biomédico; o comportamento operante e a teoria da aprendizagem social; a teoria da crença racional; a abordagem comunicacional e a teoria dos sistemas (Leventhal e Cameron, 1987; Dias *et al.*, 2011). Cada um destes modelos teóricos analisa o problema da não adesão à terapêutica considerando diversas perspetivas (Leventhal e Cameron, 1987).

✓ **Modelo Biomédico:** o doente é considerado como um agente passivo não participa ativamente no seu processo de saúde, sendo um cumpridor das recomendações médicas (Leventhal e Cameron, 1987; Dias *et al.*, 2011). A não adesão à terapêutica é vista como uma anormalidade da personalidade do doente baseada nas características do mesmo, género e idade (Leventhal e Cameron, 1987; Munro *et al.*, 2007). Este modelo ignora, outros fatores importantes tais como, as perspetivas do doente sobre a sua condição de saúde, influências psicossociais e o impacto do ambiente socioeconómico em que o doente se insere (Munro *et al.*, 2007). No entanto apesar das limitações, este modelo impulsionou vários estudos, determinantes na adesão à terapêutica, nomeadamente as características da doença e do regime terapêutico, permitindo ainda o desenvolvimento de novas formas de administração terapêutica e o conhecimento dos níveis de adesão através da medição dos parâmetros bioquímicos e fisiológicos, como a medição da tensão arterial, níveis de glicemia e colesterol no sangue por exemplo (Leventhal e Cameron, 1987; Dias *et al.*, 2011).

✓ **Comportamento operante e a teoria da aprendizagem social:** revela a importância do reforço positivo e negativo como mecanismo que influencia o comportamento do doente na adesão à terapêutica (OMS, 2003; Dias *et al.*, 2011). Este modelo é caracterizado pela

interferência de antecedentes do doente que podem determinar o seu comportamento na adesão à terapêutica (OMS, 2003; Munro *et al.*, 2007). Do ponto de vista teórico, será possível controlar o comportamento do doente, dos profissionais de saúde e dos sistemas de saúde, se alguém conseguir manipular os acontecimentos que precedem e seguem determinado acontecimento específico (OMS, 2003). As alterações comportamentais podem ser utilizadas para criar intervenções que podem moldar o comportamento a cada nível de influência (doente, profissional de saúde e sistema de saúde) de modo a minimizar os problemas de adesão à terapêutica (OMS, 2003).

✓ **Teoria da crença racional:** neste modelo assume que o comportamento humano é determinado por um pensamento objetivo e lógico (Leventhal e Cameron, 1987; OMS, 2003). Uma vez dada a informação adequada sobre os riscos, benefícios e consequências de determinado comportamento, o doente irá modificá-los de forma a preservar o seu estado de saúde (Leventhal e Cameron, 1987; OMS, 2003). Vários modelos têm sido aplicados utilizando este princípio designadamente: modelo da crença em saúde; teoria cognitivo-social; teoria da ação fundamentada; modelo do comportamento planeado e a teoria da proteção da motivação (Munro *et al.*, 2007). Estes modelos possuem algumas limitações, referentes à vivência concreta da doença, como o caso da cronicidade (Cabral e Silva, 2010). O mais conhecido é o modelo da crença em saúde, segundo o mesmo a probabilidade de um doente seguir as indicações médicas e de realizar corretamente um regime terapêutico depende da sua motivação, a qual se relaciona com a forma como encara efetivamente a sua vulnerabilidade à doença e as consequências que dela possam advir, bem como o impacto que pode ter na sua qualidade de vida (Cabral e Silva, 2010).

✓ **Abordagem comunicacional:** surgiu nos anos setenta do século passado e incentiva os profissionais de saúde a melhorar a sua comunicação com os doentes para aumentar a adesão à terapêutica (OMS, 2003; Munro *et al.*, 2007). Este modelo permitiu que fosse atribuída importância à educação dos doentes através do estabelecimento de relações de igualdade com os profissionais de saúde (OMS, 2003), aumentando assim o seu grau de satisfação (Dias *et al.*, 2011). De acordo com este modelo, o profissional de saúde tem de interagir e criar relações cordiais com o doente, no entanto estas por si só podem não ser suficientes (Dias *et al.*, 2011).

✓ **Teoria dos sistemas:** o doente é visto como alguém envolvido e que resolve de forma ativa os seus próprios problemas (Dias *et al.*, 2011). A adesão ao tratamento é influenciada pelas representações cognitivas que o indivíduo detém sobre a sua saúde, as suas expectativas, as projeções sobre o seu estado geral de saúde, dos planos e técnicas para o alterar (Dias *et al.*, 2011).

Embora, estas teorias e modelos forneçam um quadro conceptual para a organização dos pensamentos sobre a adesão à terapêutica e outros comportamentos de saúde, cada um tem vantagens e desvantagens e nenhuma abordagem pode ser traduzida numa compreensão abrangente e de intervenção sobre a adesão à terapêutica (OMS, 2003).

1.4 CLASSIFICAÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

A variedade de pesquisas conduzidas de forma a compreender o fenómeno da adesão à terapêutica tem-se revelado pouco eficiente, continuando este a ser um problema persistente e alvo de bastante preocupação (Le Hane e McCarthy, 2007). Existem vários dilemas relacionados com este fenómeno, sendo um dos quais a utilização do termo mais correto. O aumento da autonomia e do interesse do doente no seu processo de saúde, levou ao consenso de que o termo “adesão” seria o mais adequado (Atkins e Fallowfield, 2006).

A adesão à terapêutica pode ser classificada de acordo com Atkins e Fallowfield, (2006) em intencional e não intencional. Estudos posteriores demonstram que nesta subdivisão se inserem os vários fatores associados à terapêutica (Le Hane e McCarthy, 2007).

A não adesão à terapêutica intencional significa que o doente toma a decisão específica de não tomar a medicação prescrita (Atkins e Fallowfield, 2006). Esta categoria de não adesão à terapêutica é a mais frequente e pode ter inúmeras causas, nomeadamente pensar que já não necessita de fazer o tratamento, medo de manifestar efeitos secundários/reações adversas, pelo que abandona o tratamento (Gabarró, 1999; Le Hane, 2005). As intervenções utilizadas em pesquisas para melhorar esta forma de não adesão concentram-se na relação doente-profissional de saúde e na avaliação de estratégias comportamentais, como a utilização do modelo da crença de saúde (Le Hane, 2005).

A não adesão à terapêutica não intencional é um processo passivo e resulta do esquecimento, barreiras linguísticas e incompreensão das instruções fornecidas pelos

profissionais de saúde (Gabarró, 1999; Le Hane e McCarthy, 2007). As estratégias desenvolvidas para a combater estão relacionadas com a implementação de estratégias educacionais do doente, encorajando-o a conhecer melhor a sua saúde, e ainda a recorrer a caixas de distribuição de medicamentos (Figura 1.1) para combater o esquecimento (Le Hane, 2005).



Figura 1.1: Caixas de distribuição de medicamentos.

1.5 FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA

A avaliação da prevalência e a natureza da falta de adesão à terapêutica são difíceis de definir de forma absoluta, uma vez que se trata de um fenómeno de etiologia multifatorial (Cabral e Silva, 2010). Muitas metodologias têm sido desenvolvidas para captar a dimensão do fenómeno e para identificar os fatores associados ao não cumprimento integral das indicações dos profissionais de saúde (Cabral e Silva, 2010). A crença comum de que os doentes são os únicos responsáveis pelo seu tratamento é incorreta e na maioria das vezes reflete uma incompreensão de como outros fatores afetam o comportamento e a capacidade de adesão ao tratamento (OMS, 2003).

A classificação dos fatores é controversa, uma vez que foram identificados em estudos que não empregaram a mesma metodologia (Krueger *et al.*, 2005). Estes estudos utilizaram por vezes, amostras diferentes de indivíduos, recorrendo a métodos de medição diversos e em alguns casos a definição de um fator difere entre estudos (Krueger *et al.*, 2005). Em 2003 a OMS identificou cinco fatores que afetam a adesão à terapêutica em doentes crónicos (OMS, 2003). Estes interagem entre si, enfatizando o facto de exercerem uma influência variável, são eles: fatores sociais, económicos e demográficos; fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a doença base e co-morbilidades; fatores relacionados com a terapêutica prescrita e fatores individuais relativos ao doente (Figura 2.1) (OMS, 2003; Dias *et al.*, 2011). Relacionados com a terapêutica prescrita encontram-se os medicamentos genéricos, que apesar de não estarem documentados pela OMS como influenciadores da adesão à terapêutica, nesta dissertação irá ser estudada a influência destes na adesão à terapêutica.

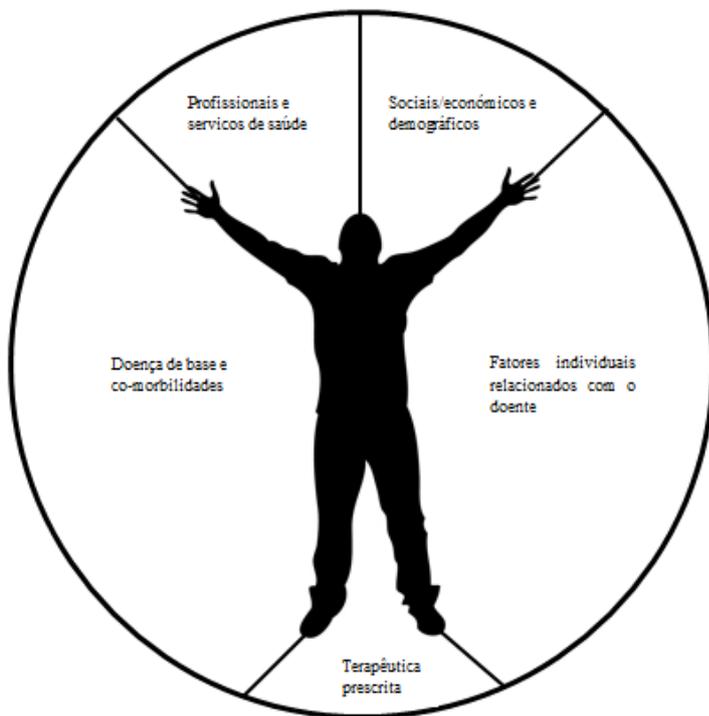


Figura 1.2: Cinco fatores que afetam a adesão à terapêutica (Adaptado de OMS, 2003).

1.5.1 Fatores sociais, económicos e demográficos

O estatuto socioeconómico não é considerado como sendo um fator de predição da adesão à terapêutica, no entanto estão documentados alguns fatores que podem afeta-la: a pobreza, um estatuto socioeconómico inferior, o analfabetismo, o desemprego, a instabilidade habitacional, o alto custo dos transportes e da medicação, a longa distância dos centros de tratamento à área de residência do doente, as crenças e os costumes (OMS, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004). Estes fatores colocam os doentes em situações desfavorecidas, forçando à ponderação das suas prioridades que podem, ou não, incluir o cumprimento da medicação (Bugalho e Carneiro, 2004).

O suporte social está diretamente relacionado com a capacidade dos familiares, dos amigos e dos profissionais de saúde, ajudarem os indivíduos doentes a cumprirem o regime terapêutico prescrito, verificando-se que os doentes com um bom suporte social têm uma boa adesão à terapêutica (Krueger *et al.*, 2005). A união e a estabilidade familiar são fatores importantes, uma vez que quando a composição do agregado familiar é grande, existe uma preocupação por parte da família em verificar se há cumprimento da medicação por parte do seu agregado familiar (Krueger *et al.*, 2005). Da mesma forma, quem vive só ou possui redes de sociabilidade limitadas tem mais probabilidade de encontrar dificuldades em acompanhar as indicações médicas (Cabral e Silva, 2010).

Por outro lado, os efeitos do tratamento nos hábitos quotidianos podem influenciar negativamente a adesão à terapêutica, é disso exemplo a indicação de não consumir bebidas alcoólicas/ tabaco, a sonolência provocada pelos medicamentos e ainda a necessidade de alterar outros estilos de vida (Jin *et al.*, 2008; Cabral e Silva, 2010).

Os fatores demográficos compreendem: a idade, o género, o estado civil, a solidão, a religião, a educação, a ocupação, a vida urbana *versus* (vs) vida rural, a raça, entre outros (OMS, 2003; Dias *et al.*, 2011). Porém nenhum destes foi claramente associado ao fenómeno da adesão à terapêutica e atualmente considera-se que a sua influência é reduzida, dando-se importância a fatores individuais mais complexos (Gabarró, 1999). De todos os fatores demográficos atrás mencionados, o que tem um maior impacto negativo é a idade (OMS, 2003; Krueger *et al.*, 2005). Contudo, a idade também não é consensual porque existem alguns estudos que suportam a sua evidência negativa, na adesão à terapêutica e outros que não (Krueger *et al.*, 2005). A não adesão à terapêutica é sempre um problema recorrente em qualquer grupo etário (OMS, 2003; Cabral e Silva, 2010).

Aparentemente o efeito da idade na adesão à terapêutica, pode ser dividido em três grupos principais: doentes com idade superior a 55 anos, doentes com idades entre os 40 e os 54 anos e ainda doentes com idade inferior a 40 anos (Jin *et al.*, 2008). O problema da adesão à terapêutica em indivíduos com idade superior a 55 anos é especialmente preocupante, devido à existência de doenças concomitantes neste grupo etário, encontrando-se particularmente em risco, devido à deterioração do seu estado de saúde, o que por sua vez exige esquemas terapêuticos mais complexos (Gabarró, 1999; NEPIE, 2007; Cabral e Silva, 2010). Além disso, a ocorrência de transtornos mentais e a diminuição da memória são suscetíveis de comprometer o correto seguimento do tratamento (Gabarró, 1999; Cabral e Silva, 2010), porque dificultam a compreensão e a lembrança das recomendações médicas (Gabarró, 1999). Muitos doentes idosos tomam mais de cinco medicamentos diferentes por dia e a diferentes horas (Gabarró, 1999). A diminuição de outras capacidades como a coordenação e o equilíbrio podem afetar a adesão à terapêutica, por exemplo a aplicação de colírios, toma de comprimidos pequenos que é necessário fracionar, uso de inaladores e abertura de determinados frascos (Gabarró, 1999; Jin *et al.*, 2008). A diminuição da visão, também pode favorecer um maior número de erros por não conseguirem distinguir o tamanho, as cores e os nomes dos medicamentos (Gabarró, 1999; Jin *et al.*, 2008). No entanto, os doentes idosos estão mais preocupados com o seu estado de saúde do que os jovens, pelo que, a falta de adesão à terapêutica neste grupo etário é na maior parte das vezes não intencional (Jin *et al.*, 2008). Assim, se tiverem o apoio necessário dos profissionais de saúde e dos seus familiares, eles serão fáceis de orientar e terão uma boa adesão à terapêutica (Jin *et al.*, 2008). Também é importante referir que nos doentes idosos ocorrem alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, muitas vezes associadas à ocorrência de reações adversas, pelo que a não adesão à terapêutica pode ser uma consequência direta destas (OMS, 2003; Turheim, 2003).

Em comparação, doentes com idades inferiores a 54 anos têm tendência a cumprirem menos os regimes terapêuticos, uma vez que estabelecem outras prioridades na sua vida, trabalho, compromissos, sobrando pouco tempo para se preocupar com questões de saúde (Jin *et al.*, 2008).

A adesão à terapêutica em crianças e adolescentes varia entre os 43% e os 100%, com um valor médio de 58% em países desenvolvidos (OMS, 2003). Vários estudos sugerem que os adolescentes manifestam uma menor adesão à terapêutica que as crianças (OMS, 2003). Nas crianças a baixa adesão à terapêutica, está relacionada com o mau sabor e a dificuldade em deglutir os medicamentos, e está dependente da capacidade dos pais compreenderem e

adotarem as recomendações indicadas pelos profissionais de saúde (Gabarró, 1999; Jin *et al.*, 2008; Cabral e Silva, 2010; OMS, 2003). A adolescência caracteriza-se por ser um período marcado pelo comportamento rebelde perante os pais e as autoridades (Jin *et al.*, 2008). Pode-se dizer que a falta de supervisão, a maior autonomia, a autoimagem e as influências sociais provocam uma diminuição da adesão à terapêutica (Cabral e Silva 2010), apesar da ótima capacidade dos adolescentes em seguirem o tratamento (OMS 2003).

1.5.2 Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde

Os sistemas de saúde deficientes e fragmentados criam barreiras na adesão à terapêutica, (Brown e Bussell, 2011), através de tempos de espera longos para consultas, dificuldade em obter prescrições médicas para a medicação crónica, insuficiente distribuição da medicação e custos dos mesmos (Jin *et al.*, 2008), pagamento de taxas moderadoras, ausência de conhecimento e educação dos profissionais de saúde em relação a doenças específicas, bem como baixos níveis de conhecimento sobre a adesão à terapêutica e intervenções para a melhorar (Bugalho e Carneiro, 2004). O excesso de trabalho dos profissionais de saúde e a falta de incentivos também interferem na adesão ao tratamento, porque comprometem a duração da consulta e a disponibilidade, levando por vezes a consultas ineficazes e insatisfatórias para os doentes (OMS, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004; Jin *et al.*, 2008). Num sistema de saúde sobrecarregado, o pouco tempo que os profissionais de saúde passam com os doentes é insuficiente para avaliar e compreender qual ou quais os comportamentos do doente em relação à medicação. A falta de tempo pode impossibilitar a participação ativa do doente no seu processo, e impedir a compreensão da importância da adesão à terapêutica bem como as estratégias para alcançar o sucesso da mesma (Brown e Bussell, 2011). A importância de uma boa comunicação entre o doente e os profissionais de saúde é um dos fatores com mais influência na adesão à terapêutica (Mitchell e Selmes, 2007). A confiança e o apoio que os doentes obtêm dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos e profissionais de farmácia contribuem para a boa adesão à terapêutica. Níveis de confiança baixos estão associados a baixos níveis de adesão à terapêutica, uma vez que os doentes são mais propensos a renunciar o tratamento, por não confiarem no médico (NEPIE, 2007). O mesmo acontece quando existe uma comunicação pouco eficiente, o médico deve transmitir sobre o tratamento aos doentes as informações de forma clara para serem

corretamente assimiladas. O médico em relação ao doente, além da transmissão de informação clara, utilizando uma linguagem apropriada ao nível educacional e à capacidade cognitiva de cada doente, deve saber ouvir, entender e respeitar as suas expectativas e as suas preocupações (Cabral e Silva, 2010).

Os médicos não só, não conseguem reconhecer a adesão à terapêutica, como também contribuem para o insucesso desta. A prescrição de regimes terapêuticos complexos, falta de explicação dos benefícios e efeitos secundários/reações adversas que o tratamento pode causar, não considerando o estilo de vida do doente, nem o seu nível económico, prescrevendo medicamentos dispendiosos, podem considerar-se como fatores desencandadores de uma má adesão à terapêutica (Osterberg e Blaschke, 2005; Brown e Bussell, 2011). Por vezes os médicos subestimam os seus doentes, na capacidade destes aderirem ao regime terapêutico e creem que a adesão à terapêutica é apenas da responsabilidade do doente (NEPIE, 2007). Os médicos e os restantes profissionais de saúde devem prestar atenção para descobrir se os doentes não estarão a cumprir o tratamento tal como lhes foi prescrito, de forma a minimizar atempadamente as consequências através da sua correção (Cabral e Silva, 2010).

Estudos recentes revelam que um aconselhamento adequado pode reduzir a não adesão à terapêutica, o insucesso terapêutico e os gastos no setor da saúde (Svarstad *et al.*, 2004). Os profissionais de farmácia estão em contato direto com os médicos e com os doentes, por isso têm um papel crucial na promoção da adesão à terapêutica (NEPIE, 2007), onde o seu aconselhamento e o apoio é de extrema importância para identificar os problemas relacionados com a terapêutica e assim melhorar a adesão à mesma (Svarstad *et al.*, 2004). Um programa de cuidados farmacêuticos e adesão à terapêutica examinou o impacto e eficácia de um serviço de suporte terapêutico fornecido pela farmácia comunitária na adesão à terapêutica, através da educação dos doentes bem como preparação da sua medicação em caixas de distribuição da medicação (Jeannie *et al.*, 2006). O estudo revelou que o programa aumentou a adesão à terapêutica e que quando este foi descontinuado ocorreu uma diminuição da adesão à terapêutica, demonstrando a importância dos profissionais de saúde neste assunto (Jeannie *et al.*, 2006).

Infelizmente, nem sempre se consegue alcançar uma correta interação entre o doente e os profissionais de farmácia (Krueger *et al.*, 2005). Um estudo recente verificou que 25% dos profissionais de farmácia nunca falam com os doentes, 47% dos doentes nunca recebe nenhuma informação oral prestada pelos mesmos, nem qualquer reforço da informação

quando se trata de medicação crónica (Svarstad *et al.*, 2004; Krueger *et al.*, 2005). A informação fornecida, escrita e oral, é importante para melhorar a adesão à terapêutica, e uma deve complementar a outra, uma vez que à partida não são conhecidas as habilitações literárias do doente. Se apenas for fornecida um tipo de informação, oral ou escrita, o sucesso terapêutico pode ficar comprometido (Svarstad *et al.*, 2004).

A falta de adesão à terapêutica é desencadeada, muitas vezes, por barreiras que impedem os profissionais de farmácia de prestarem a devida informação e aconselhamento aos doentes, contribuindo para uma baixa adesão à terapêutica. Essas barreiras podem estar relacionadas com o doente e do profissional de farmácia, o nível de conhecimento do profissional de farmácia, e aspetos operacionais da atividade farmacêutica (NEPIE, 2007). De modo a garantir uma melhor adesão à terapêutica, estas barreiras devem ser ultrapassadas através da criação de sistemas informáticos que possibilite o desenvolvimento de estratégias informacionais e formação profissional adequada que permita identificar potenciais problemas na adesão à terapêutica e aconselhamento dos doentes (Osterberg e Blaschke, 2005; NEPIE, 2007).

1.5.3 Fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades

A relação doença base/adesão à terapêutica é complexa, de tal forma que, para a mesma doença estão descritos vários níveis de adesão (Gabarró, 1999). Existem fatores com maior relevância, tais como, gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a deficiência/incapacidade/desvantagem geradas pela doença, a disponibilidade de terapêuticas eficazes e a existência de co-morbilidades. As co-morbilidades podem afetar a capacidade cognitiva do indivíduo e conseqüentemente alterar a adesão à terapêutica (OMS, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004; Cabral e Silva, 2010).

A adesão à terapêutica é maior quanto mais aguda e sintomática for a doença e quanto maior for a perceção da gravidade da mesma por parte do doente (Gabarró, 1999). É difícil convencer um doente da importância do tratamento, se este não manifestar sintomatologia associada à doença como são os casos da hipertensão arterial e da aterosclerose (Gabarró, 1999). Quanto mais assintomática, e crónica for a doença, menor será a adesão à terapêutica (Gabarró, 1999), apesar de doentes com um estado clínico mais deteriorado se encontrarem mais motivados em seguir o tratamento, caso considerem que a medicação é eficiente para a

sua melhoria (Jin *et al.*, 2008). O mesmo acontece quando é necessário recorrer ao uso profilático dos medicamentos, onde a ausência de sintomas prévios e a probabilidade destes não surgirem, fazem com que o tratamento não seja feito (Gabarró, 1999).

Os níveis de adesão são menores nos doentes com doenças psiquiátricas, pensa-se que seja devido ao isolamento social e alteração das capacidades cognitivas que os caracterizam (Bugalho e Carneiro, 2004).

1.5.4 Fatores relacionados com a terapêutica prescrita

Os fatores relacionados com o regime terapêutico têm uma influência determinante no grau de incumprimento da terapêutica prescrita (Gabarró, 1999). Entre os principais fatores destacam-se: a complexidade do tratamento, duração do tratamento, formulação e via de administração dos medicamentos, insucessos prévios na obtenção de benefícios da terapêutica, alterações frequentes do esquema terapêutico, ausência imediata de melhoria clínica e efeitos secundários/reações adversas (Gabarró, 1999; OMS, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004). Os doentes, geralmente, têm níveis superiores de adesão à terapêutica, quando os tratamentos são simples de fazer e as indicações fáceis de entender, quando não estão sujeitos a mudanças frequentes do regime terapêutico, quando estes são de curta duração e quando não obrigam a alterações significativas nas suas rotinas quotidianas (Cabral e Silva, 2010).

As reações adversas/ efeitos secundários são constantemente referenciados pelos doentes como sendo uma das principais causas de não adesão à terapêutica (Maxine e Anthony, 2007). O incumprimento tende a diminuir quando a terapêutica tem poucos efeitos secundários/reações adversas (Cabral e Silva, 2010). No entanto, os efeitos secundários/reações adversas por si só não são preditores da não adesão à terapêutica, mas é o medo, e não a experiência real destes, que a colocam em risco (Maxine e Anthony, 2007).

A prescrição em simultâneo de vários medicamentos, assim como muitas tomas diárias, ou dosagens elevadas, podem contribuir para um menor cumprimento da terapêutica (Cabral e Silva, 2010). Verifica-se que a toma diária de um medicamento tem por parte dos doentes níveis de adesão à terapêutica superiores, comparativamente com os doentes que tomam mais do que um (NEPIE, 2007). O mesmo acontece com o tipo de fármaco, a forma como este deve ser administrado e manuseado, o desconforto que provoca (tamanho do

comprimido e o cheiro ou o sabor de um xarope, por exemplo), bem como as experiências negativas no passado com os mesmos fármacos ou similares (Cabral e Silva, 2010).

A toma excessiva de medicamentos, também se associa a uma má adesão à terapêutica, porque pode originar interações medicamentosas, aumento do risco de toxicidade e favorece a ocorrência de efeitos secundários/reações adversas (Cabral e Silva, 2010). A toma excessiva de medicamentos deve-se não só ao recurso à automedicação não responsável¹, mas também ao facto dos doentes serem observadas por mais do que um médico e serem prescritos para a mesma condição clínica, medicamentos similares previamente receitados por outros médicos (NEPIE, 2007; Cabral e Silva, 2010).

1.5.4.1 Prescrição de medicamentos genéricos e adesão à terapêutica

A prescrição de medicamentos genéricos, influencia a adesão à terapêutica [Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (Apifarma), 2010]. O medicamento genérico é um “medicamento com a mesma composição qualitativa e quantitativa em substâncias ativas, a mesma forma farmacêutica e cuja bioequivalência com o medicamento de referência haja sido demonstrada por estudos de biodisponibilidade apropriados” [DRE, 1ª série, N.º 32-14 de fevereiro de 2013, artigo 3º, alínea mm)]. Estes medicamentos têm a vantagem de terem um preço mais baixo (Vasco, 2007). De acordo com o decreto-lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, artigo 105.º: medicamento genérico é identificado pela Denominação Comum Internacional (DCI), seguido da dosagem, da forma farmacêutica e da sigla «MG» (medicamento genérico), que constam no seu acondicionamento secundário.

A promoção do mercado dos medicamentos genéricos tem sido, um dos principais objetivos da política do medicamento em Portugal, uma vez que a prescrição, dispensa e utilização destes medicamentos se reflete num potencial de poupança para os utentes e para o Estado [Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P (Infarmed), 2014]. Segundo o Infarmed (2014) no ano de 2013, verificou-se um aumento de 15,97% no consumo

¹ A automedicação é a “utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica de forma responsável, sempre que se destine ao alívio e tratamento de queixas de saúde passageiras e sem gravidade, com a assistência ou aconselhamento opcional de um profissional de saúde” (DRE, 2ª série-Nº154, despacho nº 17690/2007). No entanto, existem pessoas que não hesitam em tomar medicamentos sugeridos por familiares, amigos ou mesmo incentivados pela publicidade (Santos, 2006). Este ato pode estar muitas vezes relacionado com a relutância em consultar um médico ou aconselhar-se com outros profissionais de saúde, desvalorizando os problemas que advêm da toma irracional destes, estas pessoas praticam portanto uma automedicação não responsável (Santos, 2006).

por unidade de medicamentos genéricos face a 2012, sendo a quota atual de medicamentos genéricos de 44,7%.

Uma das políticas implementadas para aumentar o consumo de medicamentos genéricos foi a generalização da prescrição de medicamentos por DCI, onde é permitida a dispensa ao utente de qualquer medicamento desde que este tenha o mesmo princípio ativo (Apifarma, 2010). No entanto, este modelo de prescrição ignora a existência de um problema referente às características físicas do medicamento genérico (por exemplo a cor e o tamanho), pois legalmente estas têm que ser diferentes do respetivo medicamento de marca e entre as diferentes versões de medicamentos genéricos existentes. Podendo no ato de dispensa ser fornecida qualquer uma das diferentes versões de medicamento genérico ao doente (Figueiras *et al.*, 2007; Apifarma, 2010). Na figura 3.1 pode observar-se para o mesmo princípio ativo, omeprazol, as várias embalagens comercializadas por diferentes empresas. Estas diferenças podem gerar confusão e ansiedade no doente, principalmente se não houver uma boa explicação pelo médico e profissional de farmácia destas diferenças (Figueiras *et al.*, 2007). Os idosos são um dos grupos mais afetados pela troca de medicamentos, visto que os geralmente identificam pelo seu aspeto geral. A troca leva à toma em simultâneo do medicamento genérico e medicamento de marca ao não compreenderem de que se trata do mesmo medicamento e de que a toma dum substitui a toma do outro (Figueiras *et al.*, 2007).



Figura 1.3: Diferentes versões de medicamentos genéricos para o mesmo princípio ativo.

Apesar da relevância do aspeto económico na escolha e compra de um medicamento, alguns estudos realizados noutros países indicam que 20 a 30% dos doentes acreditam que os medicamentos genéricos são menos seguros e menos eficazes que os medicamentos de marca. Existindo, ideias pré-concebidas acerca da eficácia e segurança dos mesmos, as quais poderão condicionar a escolha do medicamento no ato da compra, na medida em que esta é influenciada pelas características do indivíduo, crenças subjetivas sobre o tratamento e as representações que a doença tem para si. Desta forma a segurança e eficácia do medicamento, podem ser, para além do aspeto económico também estes, um condicionador da adesão à terapêutica por parte do doente (Figueiras *et al.*,2007).

1.5.5 Fatores individuais relacionados com o doente

A adesão à terapêutica depende do doente, de tal forma que os fatores relativos ao mesmo têm um papel crucial no cumprimento da medicação (Brown e Bussell, 2011). Fatores emocionais, cognitivos e crenças do doente podem afetar a adesão ao tratamento (Cabral e Silva, 2010). O esquecimento, falta ou diminuição da motivação, ausência de compreensão da sua necessidade, desconfiança em relação à obtenção de resultados positivos, ansiedade inerente às tomas de fármacos, sobretudo em regimes terapêuticos complexos, bem como o medo de experienciar efeitos secundários/reações adversas ou medo de dependência ou discriminação condicionam a adesão à terapêutica (OMS, 2003; NEPIE, 2007; Cabral e Silva, 2010).

O esquecimento é o fator mais referido pelos doentes. Os doentes esquecem-se de tomar os medicamentos, da forma como os tratamentos devem ser aplicados, das recomendações feitas pelos profissionais de saúde, bem como de comparecerem às consultas médicas (Jin *et al.*, 2008; Cabral e Silva, 2010).

Os doentes deixam de aderir à terapêutica por falta de obtenção de resultados positivos com outros tratamentos previamente realizados, pela ausência imediata de melhoria, ou inversamente pela perceção da melhoria ou desaparecimento de sintomas (NEPIE,2007; Jin *et al.*, 2008).

A agravar estes problemas, encontra-se o baixo nível de escolaridade que limita a capacidade dos doentes lerem as informações sobre a saúde, perceber as recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde, bem como seguir os regimes terapêuticos (NEPIE,

2007). Doentes com um baixo nível de escolaridade têm níveis de cumprimento inferiores, comparativamente aos doentes com mais níveis de escolaridade, estes últimos compreendem melhor a informação escrita, por exemplo o folheto informativo, que acompanha os medicamentos (Jin *et.al.*, 2008).

1.6 MÉTODOS DE MEDIÇÃO DA ADESÃO À TERAPÊUTICA

A avaliação da prevalência e a natureza da falta de adesão à terapêutica são difíceis de definir de forma absoluta, uma vez que se trata de uma situação de etiologia multifatorial (Cabral e Silva, 2010), não existindo um método quantitativo para avaliar todos os fatores (Gabarró, 1999).

Os métodos utilizados para avaliar a adesão à terapêutica podem ser classificados em diretos e indiretos, tendo cada um deles vantagens e desvantagens (Margalho *et al.*, 2009; Mira e Costa, 2009). Dos métodos diretos fazem parte, a terapêutica observada diretamente, a deteção do fármaco ou seu metabolito no sangue ou na urina, e deteção de marcadores biológicos, fenobarbital ou vermelho de fenol, no sangue ou na urina, introduzidos na mesma forma farmacêutica do medicamento que vai ser administrado (Hawkshead e Krousel-Wood, 2007; Mira e Costa, 2009). Os métodos diretos apresentam como principais vantagens a elevada sensibilidade e especificidade, bem como permitir a recolha de dados farmacocinéticos e avaliação das suas interações (Margalho *et al.*, 2009). Contudo estas estratégias implicam um esforço financeiro grande por parte do SNS e apenas avaliam a toma recente do fármaco, deixando em aberto a questão do padrão comportamental do doente (Margalho *et al.*, 2009).

São considerados métodos indiretos, os questionários a doentes/relatos de doentes e registos diários feitos pelo doente, contagem de comprimidos, taxa de incidência na solicitação de prescrições médicas e a utilização de dispositivos eletrónicos de medição (Hawkshead e Krousel-Wood, 2007). Estes métodos são simples, implicando um menor esforço financeiro, de fácil acesso e monitorização, permitindo ainda, uma avaliação através do discurso do doente e do seu padrão comportamental. No entanto, são considerados pouco objetivos (Margalho *et al.*, 2009).

O método mais utilizado é a aplicação de inquéritos por questionário, este permite quantificar uma multiplicidade de dados e correlacionar as diversas variáveis (Bugalho e

Carneiro, 2004; Quivy e Compenhat, 2005; Carmo e Ferreira, 2008). No entanto, este método é vulnerável, uma vez que os doentes tendem a assumir as perguntas sobre o seu nível de adesão à terapêutica de forma normativa e a responder de acordo com aquilo que julgam ser o socialmente mais correto (Cabral e Silva, 2010).

2. OBJETIVOS

Considerando não serem conhecidos dados sobre a adesão à terapêutica em Trás-os-Montes e Alto Douro, estabeleceram-se como objetivos:

Objetivo geral:

Avaliar a prevalência e a natureza da falta de adesão à terapêutica identificando quais os fatores que são fonte de agravamento ou melhoria da mesma.

Objetivos específicos:

1. Estimar a frequência com que deixam de tomar a medicação tal como é prescrita;
2. Verificar se os fatores sociais, económicos e demográficos, os fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a doença base e comorbilidades, os fatores relacionados com a terapêutica prescrita e os fatores individuais relativos ao doente; mencionados pela OMS influenciam a adesão à terapêutica, e quais os que prevalecem;
3. Analisar a influência que os medicamentos genéricos têm na adesão à terapêutica;
4. Sugerir medidas preventivas e corretivas que possam ser implementadas para melhorar este fenómeno.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 PROCEDIMENTO

O presente estudo foi realizado em instituições prestadoras de cuidados de saúde, nomeadamente:

- ✓ Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E (CHTMAD): Serviços Farmacêuticos do Hospital São Pedro de Vila Real;
- ✓ Farmácia Confiança de Bragança;
- ✓ Farmácia Mateus de Vila Real;
- ✓ Farmácia Nova de Mogadouro;
- ✓ Farmácia Tuna Ferreira de Sanguinhedo, Vila Real;
- ✓ Farmácia Vaz de Vila Flor;
- ✓ Unidade Local de Saúde do Nordeste E.P.E (ULSNE): Centro de Saúde de Bragança e Centro de Saúde de Mogadouro.

Inicialmente foi estabelecido um acordo entre o diretor técnico da farmácia comunitário e o inquiridor (Anexo A, B, C,D,E), de permissão para a realização dos inquéritos aos utentes. A realização do estudo nos Serviços Farmacêuticos do Hospital de São Pedro de Vila Real- CHTMAD e Centros de Saúde de Bragança e Mogadouro-ULSNE, incluiu a submissão de cartas/ofícios aos comités de ética das respetivas instituições. Tendo sido posteriormente emitido o parecer afirmativo (Anexo F e Anexo G). O trabalho foi também submetido ao comité de ética da UTAD, também este com parecer positivo (Anexo H).

3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A fonte de recolha de informação relativa à população foi o Censo 2011 do Instituto Nacional de Estatísticas sendo esta, constituída por 342 913 indivíduos de ambos os géneros, residentes nos distritos de Bragança e Vila Real pertencentes à região de Trás-os-Montes e Alto Douro.

O procedimento de amostragem foi do tipo “acidental” ou “incidental” em que os sujeitos participantes foram voluntários, que se apresentavam conscientes e orientados, com 16 ou mais anos de idade², de ambos os géneros, residentes em Bragança e Vila Real, pertencentes à região de Trás-os-Montes e Alto Douro.

3.3 DESENHO DO QUESTIONÁRIO

Neste trabalho para avaliar a adesão à terapêutica, recorreu-se ao método indireto de aplicação de inquéritos por questionário.

3.3.1 Elaboração do projeto de questionário

O questionário foi elaborado para minimizar as respostas socialmente mais valorizadas e acabarem por declarar um grau de cumprimento muito superior ao que realmente acontece. Assim, optou-se por elaborar um questionário recorrendo o menos possível a questões fechadas, apoiado maioritariamente numa análise qualitativa. Este foi simultaneamente fundamentado no estudo realizado por Silva e Cabral (2010) bem como em questionários internacionais referenciados na bibliografia (Morisky *et.al*, 1986; Kane *et.al*, 2007; Haidor, 2009).

A versão final do questionário contemplou assim o seguinte conjunto de dimensões: caracterização sociodemográfica da população; identificação da doença base e comorbilidades; atitudes face ao tratamento referente ao consumo de medicamentos e o seu uso; análise da relação entre doentes/ profissionais e serviços de saúde e finalmente avaliação da interferência dos medicamentos genéricos na adesão à terapêutica.

² O motivo de seleção desta faixa etária deve-se a questões legais e éticas, referenciadas no Código Penal, mais concretamente no artigo 38º, ponto 3: “o consentimento só é eficaz se for prestado por quem tiver mais de 16 anos e possuir o discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta” (Decreto-lei n.º 400/82 de 23 de Setembro, DRE Capítulo III, artigo 38º, ponto 3.)

3.3.2 Pré-teste ao projeto de questionário

De forma a garantir a sua aplicabilidade e avaliar se estava de acordo com os objetivos pretendidos, o questionário foi testado. Este teste foi realizado para verificar se todas as questões eram compreendidas pelos inquiridos da mesma forma, e da forma prevista pela equipa de investigação; se as respostas alternativas às questões fechadas cobriam todas as respostas possíveis; se não existiam perguntas inúteis, inadequadas à informação pretendida e demasiado difíceis; se não faltariam perguntas relevantes e se os inquiridos não considerariam o questionário demasiado longo e difícil.

Assim primeiramente foi realizado a seis de pessoas que conheciam o tema do questionário de diferentes áreas de formação das Ciências da Saúde, designadamente: Ciências Farmacêuticas, Biotecnologia, Bioquímica, Medicina Veterinária, Medicina Humana, Antropologia e Sociologia. Depois foi aplicado a uma pequena amostra de indivíduos pertencentes à população do inquérito. Estes questionários foram aplicados a 10 utentes da Farmácia Nova de Macedo de Cavaleiros (estabelecido igualmente o acordo para realização do pré-teste Anexo I); não sendo estes incluídos na fase da recolha de dados. Nesta fase a amostra foi encorajada a fazer observações e sugestões em relação ao questionário no seu todo e a cada uma das suas perguntas. O pré-teste serviu também para estimar o tempo utilizado para preencher cada questionário e verificou-se que seria aproximadamente de 15 minutos.

Após uma análise cuidadosa das respostas dadas procedeu-se à redação definitiva do questionário, tendo sido mantido o conjunto de dimensões inicialmente elaborado (**Inquérito por questionário: Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica**).

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO

IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA

Parte I – Identificação dos fatores sociodemográficos.

1. Idade: _____

2. Género:

Feminino Masculino

3. Estado Civil.

Solteiro (a) Divorciado(a) Casado (a) Viúvo(a) União de fato

4. Religião.

Católica Ortodoxa Protestante Outra Cristã Judaica

Muçulmana Outra não Cristã Sem religião

5. Habilitações literárias.

<input type="checkbox"/> Sem estudos	<input type="checkbox"/> Curso Profissional
<input type="checkbox"/> 1º Ciclo do Ens. Básico (Esc. Primária)	<input type="checkbox"/> Curso Médio/Bacharelato (3 anos)
<input type="checkbox"/> 2º Ciclo do Ens. Básico (Ciclo Preparatório)	<input type="checkbox"/> Licenciatura pré bolonha (5 anos)
<input type="checkbox"/> 3º Ciclo do Ens. Básico (7º, 8º e 9º ano)	<input type="checkbox"/> Licenciatura pós bolonha (3 anos)
<input type="checkbox"/> Ensino Secundário (10º, 11º e 12º anos)	<input type="checkbox"/> Mestrado
<input type="checkbox"/> Pós-graduação	<input type="checkbox"/> Doutoramento

6. Situação profissional.

Empregado Desempregado Estudante Trabalhador/Estudante

Reformado

6.1 Qual a Profissão? _____

6.2 Se está empregado.

Trabalhador por conta própria Funcionário público Funcionário privado

6.3 Se é trabalhador por conta de outrem, que tipo de contrato tem?

Contrato de trabalho a termo certo Contrato de trabalho a termo incerto

Contrato de trabalho sem termo Contrato de trabalho a tempo parcial

Contrato de trabalho a tempo integral

6.4 Rendimento mensal.

- Inferior a 100€ 100€-300€ 400€-700€ 800€-1000€
 1100€-1500€ 1600-2000€ Superior a 2000€

7. Local de Residência.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bragança | <input type="checkbox"/> Vila Real |
| <input type="checkbox"/> Alfandega da Fé | <input type="checkbox"/> Alijó |
| <input type="checkbox"/> Carrazeda de Ansiães | <input type="checkbox"/> Boticas |
| <input type="checkbox"/> Freixo de Espada à Cinta | <input type="checkbox"/> Chaves |
| <input type="checkbox"/> Macedo de Cavaleiros | <input type="checkbox"/> Mesão Frio |
| <input type="checkbox"/> Miranda do Douro | <input type="checkbox"/> Mondim de Basto |
| <input type="checkbox"/> Mirandela | <input type="checkbox"/> Montalegre |
| <input type="checkbox"/> Mogadouro | <input type="checkbox"/> Murça |
| <input type="checkbox"/> Vila Flor | <input type="checkbox"/> Peso da Régua |
| <input type="checkbox"/> Vimioso | <input type="checkbox"/> Ribeira da Pena |
| <input type="checkbox"/> Vinhais | <input type="checkbox"/> Sabrosa |
| <input type="checkbox"/> Torre de Moncorvo | <input type="checkbox"/> Sta. Marta de Penaguião |
| | <input type="checkbox"/> Valpaços |
| | <input type="checkbox"/> Vila Pouca de Aguiar |

8. Vive:

- Sozinha(o) em sua casa Sozinha(o) numa instituição Com o seu cônjuge em sua casa Com o seu cônjuge numa instituição Com os seus filhos
 Com o seu cônjuge e filhos Com outros familiares: Quais? _____

9. Composição do agregado familiar, contando com o próprio.

- 1 2 3 4 5 6 Mais de 7

10. Tipo de residência.

- Casa/apartamento próprio Casa/apartamento alugado Casa de familiares
 Lar/instituição

11. Depende de alguém para realizar as atividades básicas?

- Sim Não

12. Distância aos serviços de saúde.

12.1 Tempo que demora a chegar ao centro de saúde?

- 5-10 min 20-30 min 40-60 min 1-2 h mais de 2 h

12.2 Tempo que demora a chegar à farmácia?

- 5-10 min 20-30 min 40-60 min 1-2 h mais de 2 h

12.3 Como se desloca?

- pé carro transporte de outras pessoas táxi transporte público
 viatura de uma instituição/lar ambulância/ veículos dos bombeiros

Parte II- Identificação dos fatores relacionados com a doença e co-morbilidades.

1. Como avalia a sua condição de saúde?

Excelente	Boa	Razoável	Má	Péssima

2. Esteve doente no último ano?

- Sim Não

2.1 Se respondeu SIM, dia qual/quais a (s) doença (s)?

- 1º _____ 2º _____
 3º _____ 4º _____
 5º _____ 6º _____

Parte III- Identificação dos fatores relacionados com o doente e com o tratamento.

1. Está a tomar ou tomou no último ano algum tipo de medicação com prescrição médica?

- Sim, ainda estou a tomar neste momento
 Sim, tomei no último ano, mas neste momento já não estou a tomar
 Não tomei

2. Está a tomar ou tomou no último ano algum medicamento sem prescrição médica?

- Sim Não

2.1 Se respondeu SIM, os medicamentos foram receitados a outras pessoas?

- Sim Não

3. Qual/Quais o(s) medicamento(s) que já tomou, ou que toma?

1° _____ 6° _____
 2° _____ 7° _____
 3° _____ 8° _____
 4° _____ 9° _____
 5° _____ 10° _____

4. Já alguma vez abdicou de comprar ou pagar algum tipo de tratamento, por não poder comportar os custos?

Sim Não

4.1 Se respondeu SIM, qual o tipo de tratamento?

Medicamentos Consulta médica Consulta de estomatologia
 Consulta de oftalmologia Meios complementares de diagnóstico

5. Quantos medicamentos toma por dia?

Nenhum 1 2 3 4 5 Mais de 5

6. Com que frequência deixa de tomar os medicamentos prescritos? (Se NUNCA ACONTECEU, passe para a pregunta n°8).

Nunca aconteceu	Raramente	Aconteceu-me	Aconteceu-me muitas vezes

6.1. Quais as razões que o levam a deixar de tomar os medicamentos prescritos?

Resposta	Nunca aconteceu	Raramente	Aconteceu-me	Aconteceu-me muitas vezes
Por esquecimento				
Adormecer antes da hora em que deve tomar a medicação				
Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez e não se lembra de os tomar a todos				
Estar fora de casa ou longe do local onde tem os medicamentos (não planear)				
Mudanças de rotina				

Resposta	Nunca aconteceu	Raramente	Aconteceu-me	Aconteceu-me muitas vezes
Falta de recursos económicos/Por ser caro				
Fortes crenças religiosas ou culturais sobre a saúde e os tratamentos				
Por não querer tomar medicação/não gostar de tomar medicação				
Por estar deprimido				
Falta de apoio emocional				
Não perceber bem o que deve tomar e como				
Falta de instrução/conhecimento				
Medicamentos esgotado				
Não gostar de tomar medicamentos				
Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação				
Dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição (de 8/8h, depois da refeição, entre outros)				
Efeitos secundários/sentir-se pior quando toma os medicamentos				
Duração do tratamento/demasiado longo				
Não querer misturar medicamentos com bebidas alcoólicas/outras substâncias				
Não querer misturar os medicamentos				
Duvidar da eficácia do tratamento				

Resposta	Nunca me aconteceu	Raramente	Aconteceu-me	Aconteceu-me muitas vezes
Não sentir melhoras (não fazer efeito)				
Não gostar de pensar que está doente				
Pensar que já não precisa de fazer o tratamento por se sentir melhor				
Os medicamentos serem difíceis de tomar				

7. Se houve esquecimento/ ter adormecido na toma da medicação o que costuma fazer, quando isso acontece?

Compensar a dose em falta na seguinte toma/Duplicar a dose seguinte após não ter tomado uma vez como devia

Tomar o medicamento logo que se lembre e depois toma à hora habitual

Ignorar a toma e depois toma à hora habitual

8. Todas as receitas que o médico lhe prescreve, são posteriormente aviadas?

Sim Não

8.1 Se respondeu NÃO, qual/ quais o(s) motivo(s)?

Duvidar do diagnóstico do médico Falta de recursos económicos

Por esquecimento Outro. Qual? _____

9. Todos os exames complementares de diagnóstico que o médico prescreve, são posteriormente realizados?

Sim Não

10. Com que frequência segue os conselhos dados pelo seu o médico/profissional de saúde sobre a adoção de estilos de vida saudáveis.

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente

Parte IV- Identificação dos fatores relacionados com os profissionais de saúde/serviços de saúde.

1. Costuma marcar consultas com facilidade?

Sim Não

2. Costuma ir às consultas com regularidade?

Sim Não

3. No último semestre quantas consultas teve?

Nenhuma 1 2 3 4 Mais de 5

4. Neste momento tem médico de família atribuído?

Sim Não

5. Quando tem/teve consulta médica, o médico...

Resposta	Discordo totalmente	Não concordo/Não o discordo	Concordo	Concordo totalmente
Deu-lhe todo o tempo que necessitou para a consulta tratando-o atenciosamente				
Respondeu a todas as questões que o preocupava				
Explicou de forma clara os objetivos dos exames e tratamentos receitados				
Colocou diversas opções de tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adapta a si				
Ouviu as suas dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita				
Motivou-o para seguir o tratamento				

Resposta	Discordo totalmente	Não concordo/Não o discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Fez o correto diagnóstico da sua doença				
Teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento				
Inspirou total confiança				
Tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores				

6. Quando iniciou o seu tratamento, ou quando fez alteração na sua medicação, em que medida o seu médico conversou consigo sobre....

Resposta	Não falou	Falou pouco	Falou o suficiente	Falou muito
A razão por que é importante tomar a sua medicação exatamente como planeado (horários, doses)				
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos				
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários/reações adversas dos medicamentos a tomar				

7. Quando inicia o tratamento e se dirige à farmácia, o profissional de farmácia ...

Resposta	Discordo totalmente	Não concordo/Não discordo	Concordo	Concordo totalmente
Dá-lhe todo o tempo necessário, tratando-o atenciosamente				
Responde a todas as questões que o preocupam				
Explica-lhe o plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos, os possíveis efeitos secundários/reações adversas e como lidar com eles				
Motiva-o a seguir o tratamento				

8. Quando a informação lhe é prestada pelo profissional de farmácia, sobre a forma como deve tomar os medicamentos, este...

- Escreve na embalagem do medicamento Apenas transmite verbalmente
 Ambos

Parte V- Influência dos medicamentos genéricos na adesão à terapêutica

1. Quando vai à farmácia e lhe é colocada a opção de escolha entre o medicamento genérico ou o de marca, por qual é que opta (Se é pelo medicamento de marca passe para a pergunta nº 1.3)?

- Medicamento genérico Medicamento de marca

1.1. O que o leva a optar pelo medicamento genérico?

- Baixo custo Experiência anterior positiva Opinião de um amigo/familiar
 Opinião do seu médico/profissional de farmácia

1.2. Quando paga pouco pelo medicamento genérico, desconfia da eficácia deste?

Sim Não

1.3 O que o leva a optar pelo medicamento de marca?

Desconfiança no medicamento genérico Experiência anterior positiva

Outro. Qual? _____

2. No último semestre quantas vezes a embalagem do(s) medicamento(s) que habitualmente toma, mudou o formato?

Nenhuma 1-2 3-4 Mais de 5

2.1. Quando a embalagem do medicamento que habitualmente toma, muda o formato (cor), consegue verificar que corresponde ao mesmo medicamento?

Sim Não

2.1.1 Se respondeu NÃO, o que costuma fazer quando verifica que a embalagem que tem em casa é diferente da dispensada na farmácia...

Não toma o medicamento, pois não conhece

Toma os dois em simultâneo

Deixa de tomar o que tem em casa e inicia o novo

Não toma e dirige-se ao profissional de farmácia/médico para esclarecer as suas dúvidas

3.3.3 Análise ética

O questionário foi aplicado a indivíduos, implicando desta forma, valores e direitos constitucionais que tiveram de ser assegurados de modo a não interferir com os seus direitos, liberdades e garantias pessoais de cada um dos inquiridos. Antes de iniciar o questionário foi solicitado aos indivíduos a sua participação voluntária no estudo, informando-os sobre todos os aspetos da investigação podendo os mesmos optar por participar na mesma ou não.

Respeitou-se e garantiu-se os direitos daqueles que participaram voluntariamente, aceitando a decisão dos indivíduos de não colaborar na investigação ou de desistir no seu decurso. Toda a informação recolhida é confidencial e o seu tratamento e divulgação apenas contemplou a globalidade e informações de todos os questionários recolhidos.

3.3.4 Recolha de dados e tratamento de dados

A recolha de dados foi realizada nas instituições referidas no capítulo 3.1. De forma a garantir a fiabilidade e assegurar a interpretação correta das perguntas, o questionário foi de administração indireta em que próprio inquiridor (Simone Lúcia Fernandes Moura) completou o questionário a partir das respostas fornecidas pelos inquiridos.

Antes da aplicação dos questionários foi realizada uma pré-codificação de todas as respostas fechadas e um esboço de codificação para as perguntas abertas. Todos os questionários depois de serem devidamente respondidos foram alvo de uma primeira leitura. À medida que se realizou a recolha de dados procedeu-se à codificação final das perguntas abertas e afinação de alguns códigos das perguntas fechadas. Esta etapa foi realizada concomitantemente com a etapa da recolha de dados, de modo a conseguir-se rentabilizar ao máximo o tempo útil de pesquisa.

3.3.5 Análise de Dados

Os dados colhidos pela metodologia anteriormente descrita, foram processados nos programas *Microsoft Excel* (Microsoft, Washington, EUA) *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (IBM Corporation, Nova York, EUA) e ainda por um programa de apoio o Google drive (Google Inc. Lisboa, Portugal) para elaboração de inquéritos por questionário e introdução da informação.

A análise estatística foi estritamente descritiva, recorrendo-se à análise uni e bivariada, tendo sido o tratamento da informação do tipo quantitativo. Efetuou-se a análise, recorrendo a medidas de frequência absoluta e proporção. O teste de Qui-Quadrado e o teste exato de Fisher foram usados para comparar diferenças entre variáveis independentes. Um nível de probabilidade (p) <0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

4. RESULTADOS

Os resultados foram analisados de forma a respeitar as dimensões e o seguimento do inquérito aplicado. Os resultados foram separados em quatro conjuntos: caracterização da população e do seu estado de saúde, identificação da adesão à terapêutica propriamente dita, identificação dos cinco fatores que a influenciam e por último a influência que os medicamentos genéricos têm nesta.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E DO SEU ESTADO SE SAÚDE

Durante o período de Novembro de 2013 e Agosto de 2014, foram aplicados 1505 inquéritos. O erro máximo da amostra é de 3.313%, para um grau de probabilidade de 99%³. O questionário foi realizado a indivíduos da região de Trás-os-Montes e Alto Douro, nos distritos de Bragança e Vila Real com 16 ou mais anos de idade, nas oito instituições referidas no capítulo 3.1.

A caracterização social, demográfica e económica da população inquirida obedeceu à ordem do inquérito aplicado. Para se proceder à análise estatística da idade, esta variável foi agrupada em intervalo de classe⁴. A faixa etária dos 35-65 anos (48,7%; 733/1505) reuniu o maior número de indivíduos, seguida da faixa mais de 65 anos (34,6%; 520/1505), ocorrendo portanto uma maior representação dos indivíduos com 50 ou mais anos de idade (média de idades: 55,9 anos). A maior percentagem de inquiridos pertencia ao género feminino (60,1%; 905/1505) (Tabela 4.1).

Tabela 4.1: Caracterização da idade e género da população.

		N.º de inquiridos	%
Idade	16-20	35	2,3
	20-35	217	14,4
	35-65	733	48,7
	Mais de 65	520	34,6
Género	Feminino	905	60,1
	Masculino	600	39,9

³ O calculo da dimensão da amostra foi efetuado na aplicação *Sample Size Calculator* da Raosoft, Inc., acedido on-line em Calculadora de amostragem em: www.vsai.pt/amostragem.php, Novembro de 2014.

⁴ De acordo com o referido por Gabarró (1999), OMS (2003) e Jin *et al.*, (2008) a idade deve ser avaliada individualmente, de acordo com a faixa etária do doente. Desta forma o agrupamento foi realizado de acordo com os estádios de desenvolvimento propostos por Erikson, para garantir a viabilidade dos resultados (Erikson, E.1980).

No que diz respeito à religião da população inquirida, a maioria afirmou ser católico 95,9% (1443/1505) (Tabela 4.2).

Tabela 4.2: Religião da população inquirida.

Religião	N.º de inquiridos	%
Católica	1443	95,9
Judaica	4	0,3
Ortodoxa	1	0,1
Outra Cristã	8	0,5
Protestante	3	0,2
Sem religião	46	3,1
Total	1505	100

Em relação ao estado civil dos inquiridos, 65,0 % (978/1505) declarou ser casada e 17,2% afirmou estar solteira (17,2%; 259/1505) e ainda 12,0 % (181/1505) garante estar viúvo (a) (Tabela 4.3).

Tabela 4.3: Estado civil da população inquirida.

Estado civil	N.º de inquiridos	%
Casado(a)	978	65,0
Divorciado(a)	27	3,8
Solteiro(a)	259	17,2
União de facto	30	2,0
Viúvo(a)	181	12,0
Total	1505	100

A população inquirida é uma população com baixa literacia, verificando-se que um terço da população (52,5%; 737/1505) apenas tem o ensino primário e preparatório; existindo uma representação de analfabetismo de 9,6 % (144/1505) (Tabela 4.4).

Tabela 4.4: Habilitações literárias da população inquirida.

Habilitações literárias	N.º de inquiridos	%
Sem estudos	144	9,6
1º Ciclo do Ens. Básico	594	39,5
2º Ciclo do Ens. Básico	143	9,5
3º Ciclo do Ens. Básico	195	13,0
Ensino Secundário	233	15,5
Curso Profissional	23	1,5
Curso médio/Bacharelato	14	0,9
Licenciatura pré-bolonha	114	7,5
Licenciatura pós-bolonha	13	0,9
Pós-graduação	6	0,4
Mestrado	23	1,5
Doutoramento	3	0,2
Total	1505	100

A maior percentagem encontrada no enorme leque das profissões assumidas pelos inquiridos foi a doméstica (27,7%; 416/ 1505), seguida da profissão de agricultor (16,7%; 251/1505) (Tabela 4.5).

Tabela 4.5: Profissões da população inquirida.

Profissões	N.º de inquiridos	%
Doméstica	416	27,7
Agricultor	251	16,7
Estudante	64	4,3
Professor	58	3,8
Guarda Nacional Republicana	37	2,5
Assistente Operacional	36	2,4
Comerciante	32	2,1
Construtor Civil	23	1,5
Motorista	23	1,5
Outras	565	40,0
Total	1505	100

Esta população encontra-se envelhecida e reformada (41,2%; 620/1505), seguido de 33,8% (509/1505) que afirma estar numa situação de empregabilidade (Tabela 4.6).

Tabela 4.6: Situação profissional da população inquirida.

Situação profissional	N.º de inquiridos	%
Desempregado	296	19,7
Empregado	509	33,8
Trabalhador/Estudante	5	0,3
Reformado	620	41,2
NS/NR	75	5,0
Total	1505	100

Os inquiridos que afirmaram estar empregados a maioria encontra-se a trabalhar no sector privado (42,2%; 217/514) (Tabela 4.7).

Tabela 4.7: Situação profissional em relação aos indivíduos que se encontram empregados.

Sector de trabalho	N.º de inquiridos	%
Funcionário privado	217	42,2
Funcionário público	111	21,6
Funcionário por conta própria	186	36,2
Total	514	100

Os indivíduos que declaram trabalhar no sector público ou privado, a maioria apresenta estabilidade no trabalho, afirmando terem um contrato de trabalho sem termo (72.3%; 237/328) (Tabela 4.8).

Tabela 4.8: Tipo de contrato de trabalho da população inquirida que está empregada no sector público ou privado.

Tipo de contrato de trabalho	N.º de inquiridos	%
Contrato de trabalho a termo certo	41	12,5
Contrato de trabalho sem termo	237	72,3
Contrato de trabalho a termo incerto	26	7,9
Contrato de trabalho a tempo parcial	10	3,1
Contrato de trabalho a tempo integral	6	1,8
NS/NR	8	2,4
Total	328	100

No que diz respeito ao rendimento mensal individual da população inquirida, esta é empobrecida, vivendo com rendimentos entre 400 e 700€ (28,4%; 428/1505), sendo que 24,9% (375/1505) não tem qualquer fonte de rendimento (Tabela 4.9).

Tabela 4.9: Rendimento mensal individual da população inquirida.

Rendimento mensal individual	N.º de inquiridos	%
Inferior a 100€	12	0,8
100-300€	338	22,5
400-700€	428	28,4
800-100€	185	12,3
1100-1500€	122	8,1
1600-2000€	33	2,2
Superior a 2000€	12	0,8
NS/NR	375	24,9
Total	1505	100

A população inquirida pertence maioritariamente ao concelho de Mogadouro (60,5%; 911/1505), Bragança (14,2%; 214/1505) e Vila Real (8,9%; 134/1505) (Tabela 4.10).

Tabela 4.10: Local de residência da população inquirida.

Local de residência	N.º de inquiridos	%
Alfândega da Fé	1	0,1
Alijó	6	0,4
Boticas	9	0,6
Bragança	214	14,2
Chaves	22	1,5
Freixo de Espada à Cinta	29	1,9
Macedo de Cavaleiros	1	0,1
Mesão Frio	1	0,1
Miranda do Douro	6	0,4
Mirandela	8	0,5
Mogadouro	911	60,5
Mondim de Basto	2	0,1
Montalegre	4	0,3
Murça	9	0,6
Peso da Régua	21	1,4
Ribeira da Pena	7	0,5
Sabrosa	12	0,8
Sta. Marta de Penaguião	4	0,3
Torre de Moncorvo	5	0,3
Valpaços	7	0,5
Vila Flor	9	0,6
Vila Pouca de Aguiar	17	1,1
Vila Real	134	8,9
Vimioso	64	4,3
Vinhais	2	0,1
Total	1505	100,0

A maioria da população vive com o seu cônjuge em sua casa (41,4%; 623/1505), e com os filhos (23,1%; 347/1505). Verificando-se uma percentagem de solidão de 12,6% (189/1505) (Tabela 4.11).

Tabela 4.11: Estabilidade familiar da população inquirida.

Com quem vive	N.º de inquiridos	%
Sozinho(a) em sua casa	189	12,6
Sozinho(a) numa instituição	3	0,2
Com o seu cônjuge em sua casa	623	41,4
Com o seu cônjuge numa instituição	1	0,1
Com os seus filhos	49	3,3
Com o cônjuge e filhos	347	23,1
Com outros familiares (pais)	152	10,1
Com outros familiares (irmãos, sogros, tios, mais referidos)	141	9,2
Total	1505	100

O agregado familiar é composto principalmente por dois elementos (43,7%; 657/1505), ou três elementos (24,5%; 369/1505) (Tabela 4.12).

Tabela 4.12: Composição do agregado familiar da população inquirida.

Composição do agregado familiar	N.º de inquiridos	%
Um	191	12,7
Dois	657	43,7
Três	369	24,5
Quatro	202	13,4
Cinco	63	4,2
Seis	14	0,9
Mais de 7	9	0,6
Total	1505	100

Em relação à estabilidade habitacional, a população inquirida afirmou possuir casa/apartamento próprio (88,0%; 1324/1505), e apenas 7,6 % (115/1505) declarou viver numa casa/apartamento alugado (Tabela 4.13).

Tabela 4.13: Estabilidade habitacional da população inquirida.

Tipo de residência	N.º de inquiridos	%
Casa/apartamento próprio	1324	88,0
Casa/apartamento alugado	115	7,6
Casa de familiares	62	4,1
Lar/instituição	4	0,3
Total	1505	100

Os inquiridos quando foram questionados se eram ou não dependentes de alguém para realizar as necessidades básicas, apenas 1,3% (19/1505) assumiu necessitar de ajuda para realizar as atividades essenciais do dia-a-dia. (Tabela 4.14).

Tabela 4.14: Dependência da população inquirida, de outrem para realização das atividades básicas.

Dependência de outrem para a realizar as atividades básicas	N.º de inquiridos	%
Sim	19	1,3
Não	1486	98,7
Total	1505	100

Quando questionados em relação ao tempo de distância que se encontravam de casa ao seu centro de saúde, o tempo mais referidos pelos inquiridos foi de 20 a 30 minutos (56,9%; 856/1505) (Tabela 4.15).

Tabela 4.15: Tempo de distância de casa ao centro de saúde da população inquirida.

Tempo de distância ao centro de saúde	N.º de inquiridos	%
5-10 min	609	40,5
20-30 min	856	56,9
40-60 min.	37	2,4
1-2 h	2	0,1
Mais de 2h	1	0,1
Total	1505	100

O resultado foi semelhante quando foram questionados em relação ao tempo de distância à farmácia, verificando-se que a maioria afirmou demorar 20 a 30 minutos (54,1%; 813/1505) a chegar de sua casa à farmácia (Tabela 4.16).

Tabela 4.16: Tempo de distância de casa à farmácia da população inquirida.

Tempo de distância à farmácia	N.º de inquiridos	%
5-10 min.	664	44,1
20-30 min.	813	54,1
40-60 min.	27	1,7
Mais de 2h	1	0,1
Total	1505	100

A população inquirida afirmou possuir viatura própria (66,6%; 1002/1505) para se dirigir aos serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo que 15,1% (227/1505) declara deslocar-se a pé (Tabela 4.17).

Tabela 4.17: Meio de deslocação da população inquirida aos serviços prestadores de cuidados de saúde.

Meio de deslocação	N.º de inquiridos	%
Pé	227	15,1
Viatura própria	1002	66,6
Transporte de outras pessoas	86	5,7
Táxi	53	3,5
Transporte público	125	8,3
Viatura de uma Instituição/Lar	10	0,7
Ambulância/ veículos dos bombeiros ou Cruz vermelha	2	0,1
Total	1505	100

No que diz respeito à avaliação subjetiva dos inquiridos em relação ao seu estado de saúde (Tabela 4.18), a maioria da população transmontana considera que a sua saúde está

razoável (44,1 %; 644/1505), enquanto 28,9 % (435/1505) refere que se sente mal ou péssimo, e apenas 27,0 % (406/1505) declara que o seu estado de saúde é bom ou excelente.

Tabela 4.18: Avaliação subjetiva do estado de saúde da população.

Como avalia a sua condição de saúde	N.º de inquiridos	%
Excelente	62	4,1
Boa	344	22,9
Razoável	664	44,1
Má	237	15,7
Péssima	198	13,2
Total	1505	100,0

Da população inquirida constatou-se que 88,31 % (1329/1505) esteve doente no último ano (Figura 4.4), sendo a maioria portadora de doenças crónicas (62,5 % 831/1329); 24,1% (320/1329) afirmou ter sofrido de um tipo de doença subaguda e as restantes tiveram uma doença aguda ligeira (13,4%; 178/1329) (Figura 4.5).

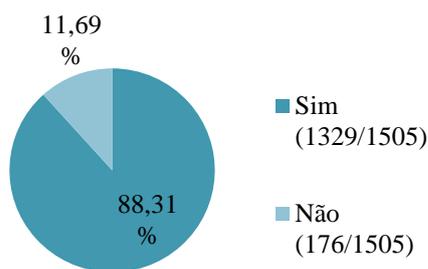


Figura 4.4: Condição de saúde da população no último ano. Referente à questão: Esteve doente no último ano.

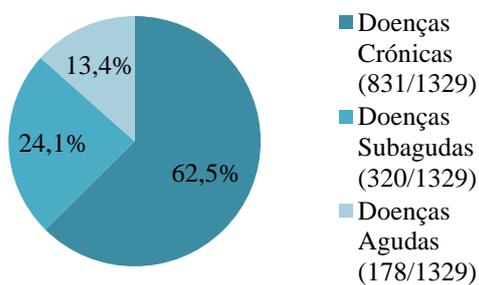


Figura 4.5: Classificação da doença (duração) a que corresponde o preenchimento do questionário.

Cada um dos grupos apresentou uma tipologia específica de doença associada⁵ (Tabela 4.19), sendo que as doenças do aparelho circulatório predominam (28,7%; 831/2900), seguido das doenças do sistema osteo-muscular e do tecido conjuntivo (18%; 521/2900) e aparelho respiratório (16,2%; 470/2900), as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas afetam 9,1 % (264/2900) da nossa população.

Tabela 4.19: Doenças manifestadas/indicadas pelos inquiridos.

Classificação internacional da doença [se esteve doente, qual/quais a (s) doença (s)]	Nº de doenças	%
Doenças Infecciosos e parasitárias	53	1,8
Tumores (Neoplasias)	87	3
Doenças do sangue e dos órgãos hematopóéticos e algumas alterações do sistema imunitário	59	2
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	264	9,1
Perturbações mentais e do comportamento	136	4,7
Doenças do SNC	73	2,5
Doenças do olho e Anexos	17	0,6
Doenças do ouvido e da apófise mastóidea	33	1,11
Doenças do A. Circulatório	831	28,7
Doenças do A. Respiratório	470	16,2
Doenças do A. Digestivo	145	5
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo e do tecido conjuntivo	22	0,8
Doenças do Sistema osteo-muscular	521	18
Doenças do A. Geniturinário	145	5
Malformações congénitas e anomalias cromossómicas	1	0,03
Sintomas, Sinais e resultados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte	1	0,03
Lesões traumáticas, envenenamento e outras causas externas	41	1,4
Fatores relacionados com SNS	1	0,03
Total	2900	100

⁵ Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (Deliberação n.º 131/97 de 27 de Julho, Diário da República II Série N.º 166 - 21/07/1997).

Cada indivíduo que declarou estar doente no último ano é portador de uma ou mais doenças em simultâneo (Figura 4.6).

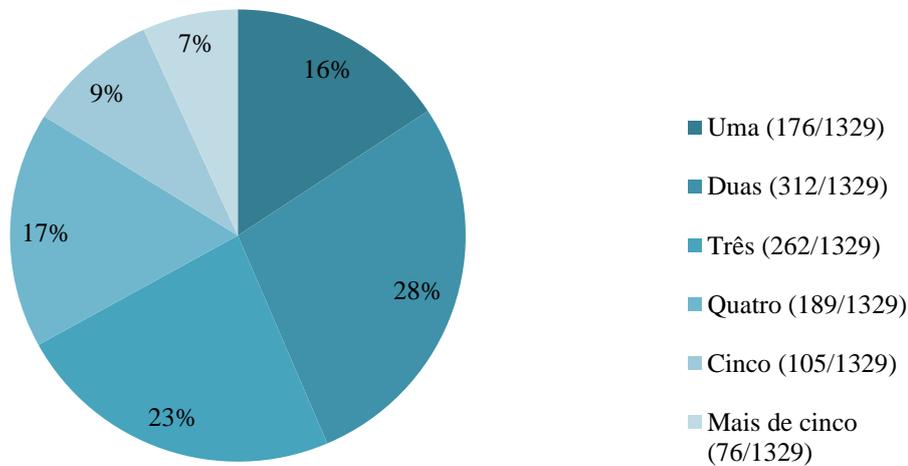


Figura 4.6: Número de doenças que cada indivíduo que esteve doente no último ano é portador.

O padrão de consumo de medicamentos revelou que 74,2 % (1116/1505) da população inquirida, ainda se encontra a realizar um regime terapêutico e apenas 10,8% (163/1505) declarou ter consumido medicamentos prescritos no ano anterior, ou seja, na altura da aplicação do inquérito não estava a realizar qualquer tipo de terapêutica. Do total de inquiridos, 15% (226/1505) afirmou não ter estado submetido a qualquer regime terapêutico no último ano prescrito pelo médico.

Dos inquiridos 19,3% (290/1505) não toma qualquer tipo de medicação diariamente; 25,6% (385/1505) toma diariamente um medicamento, enquanto 13,3% (200/1505) toma mais de cinco medicamentos (polimedicação) (Tabela 4.20).

Tabela 4.20: Padrão de consumo diário de medicamentos.

Nº de medicamentos (Quantos medicamentos toma por dia)	N.º de inquiridos	%
Nenhum	290	19,3
Um	385	25,6
Dois	199	13,2
Três	196	13,0
Quatro	140	9,3
Cinco	95	6,3
Mais do que cinco	200	13,3
Total	1505	100

Em relação à utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica 53,6% (807/1505) dos inquiridos assumiu recorrer à automedicação no último ano. Destes 28,9% (233/807) praticou uma automedicação não responsável recorrendo a medicamentos receitados a outras pessoas para o tratamento de doenças menores e de curta duração, semelhantes às suas, sem a orientação de um profissional de saúde. Os indivíduos com doenças agudas, ($p=0,000$), e os indivíduos que tomam em média um a dois comprimidos por dia são os que mais recorreram à automedicação ($p=0,000$).

Os medicamentos mais consumidos correspondem aos utilizados para tratar doenças do Sistema Nervoso Central (SNC) (22,1%; 868/3932)⁶ (analgésicos e antipiréticos, anti depressores), seguido dos medicamentos utilizados nas doenças do aparelho cardiovascular (18,7%; 736/3932) (anti-hipertensores e antidislipidémicos) e no aparelho locomotor (16,6%; 654/3932) (anti-inflamatórios não esteroides e medicamentos para o tratamento da gota), sendo as hormonas e os medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas o quarto valor mais representativo do total de medicamentos mais utilizados 11,02% (434/3932) (Tabela 4.21) (insulinas, antidiabéticos orais e glucagon e anticoncepcionais).

Tabela 4.21: Medicamentos mais consumidos.

Classificação dos medicamentos (Qual/Quais o (s) medicamento (s) que já tomou, ou que toma)	Nº de medicamentos	%
Anti-infecciosos	156	3,96
SNC	868	22,1
A. Cardiovascular	736	18,7
Sangue	174	4,43
A. Respiratório	82	2,1
A. Digestivo	294	7,5
A. Geniturinário	69	1,75
Hormonas e medicamentos usados no tratamento das doenças endócrinas	434	11,02
A. Locomotor	654	16,6
Medicação antialérgica	40	1,02
Nutrição	49	1,25
Corretivos da volémia e das Alterações eletrolíticas	9	0,23
Medicamentos usados em Afeções Cutâneas	9	0,23
Medicamentos usados em Afeções Oculares	11	0,28
Medicamentos Antineoplásicos e Imunomoduladores	78	1,98
Vacinas e Imunoglobulinas	241	6,13
Meios de diagnóstico	3	0,08
Suplementos alimentares	25	0,64
Total	3932	100

⁶ Classificação adaptada do Prontuário Terapêutico 11 de 2013 (Infarmed).

Um outro indicador que permite aferir a adesão à terapêutica, e que não é explicitamente assumido pelos inquiridos são as restrições de ordem económica. Face à questão “ter abdicado de comprar ou pagar algum tratamento por não poder comportar os custos”, 7,8 % (118/1505) da nossa população assumiu já ter sendo a compra de medicamentos particularmente afetada pela falta de recursos financeiros (66,1%; 78/118), seguido da ida às consultas médicas (18,6%; 22/118). Os restantes 15,3% (18/118) adicaram ou de consultas de estomatologia, oftalmologia ou meios complementares de diagnóstico. Os indivíduos mais afetados por esta situação foram os doentes crónicos ($p=0,000$), pessoas com rendimentos baixos ($p=0,000$) e mais idosas ($p=0,001$).

4.2 Atitude da população transmontana na adesão à terapêutica

No estudo da adesão à terapêutica analisou-se o cumprimento do regime terapêutico tal como prescrito, aviamento das prescrições médicas, realização dos exames complementares de diagnóstico, adoção de estilos de vida saudáveis e por último, comparência às consultas previamente marcadas. Em relação ao cumprimento do regime terapêutico tal como prescrito, foi questionada a “frequência com que deixa de tomar os medicamentos prescritos”, o incumprimento declarado neste grupo de inquiridos foi de 65,6% (988/1505), sendo que apenas 34,4% (517/1505) referiu que nunca tinha deixado de tomar medicamentos por alguma razão (Tabela 4.22).

Tabela 4.22: Frequência com que deixa de tomar os medicamentos.

Com que frequência deixa de tomar os medicamentos prescritos	N.º de inquiridos	%
Aconteceu muitas vezes	52	3,5
Aconteceu	638	42,4
Raramente	298	19,7
Nunca aconteceu	517	34,4
Total	1505	100

A adesão à terapêutica também se impõe ao nível das prescrições médicas, quando na presença de uma receita médica o doente por autoiniciativa toma, a decisão de a aviar ou não, na farmácia. Se em relação aos medicamentos a não adesão à terapêutica declarada foi

elevada, já quanto a este tipo de não adesão o comportamento foi diferente, uma vez que o incumprimento declarado foi de apenas 18, 5%⁷ (251/1360).

A análise dos motivos responsáveis pelo não aviamiento das receitas médicas revelou que o fato de os doentes ainda terem medicação em casa é o mais referido (39,4%; 99/251). A falta de recursos económicos (19,1%; 48/251) e a desconfiança do diagnóstico do médico (13,9%; 35/251) ocupam o segundo motivo mais referido (Tabela 4.23).

Tabela 4.23: Motivos do não aviamiento das receitas médicas.

Motivos do não aviamiento das receitas	N.º de inquiridos	%
Ainda tem a medicação	99	39,4
Duvidar do diagnóstico do médico	35	13,9
Falta de recursos económicos	48	19,1
Não gostar de tomar medicamentos	27	10,8
Esquecimento	30	12
Outros	12	4,8
Total	251	100

Por vezes os médicos para melhorarem o diagnóstico, prescrevem exames complementares de diagnóstico e recomendam a prática de estilos de vida saudáveis, quer seja por motivo de doença ou como medida preventiva. Dos inquiridos 92,7% (1388/1497) declarou que todos os exames complementares de diagnóstico que o médico lhe prescrevera foram realizados. Os resultados foram semelhantes quando lhes foi questionada a regularidade com que compareciam nas consultas, em que apenas 27,7% (417/1505) declarou incumprimento.

No que diz respeito ao seguimento dos conselhos dados pelo médico/profissional de saúde sobre a adoção de estilo de vida saudáveis 36,0 % (542/1505) da população inquirida admitiu seguir com frequência as recomendações, enquanto 26,6% (402/1505) declarou nunca seguir as recomendações nem adotar práticas de vida saudáveis (Tabela 4.24).

⁷ A questão “todas as receitas que o médico lhe prescreve, são posteriormente aviaadas” e a questão “ todos os exames complementares de diagnóstico que o médico prescreve, são posteriormente realizados” do inquérito deixaram de ser puramente normativos para passarem a estar ancorados no seguinte critério: a resposta só foi fornecida por indivíduos que nos últimos cinco anos estivessem estado na presença de uma prescrição médica de uma receita ou de um exame complementar de diagnóstico, todos aqueles que não estiveram foram excluídos. Assim, constitui-se uma subamostra de 1360 (receitas médicas) e 1497 (exames complementares de diagnóstico) indivíduos.

Tabela 4.24: Frequência do cumprimento dos conselhos dados pelo médico/ profissional de saúde sobre a adoção de estilos de vida saudáveis.

Frequência do seguimento dos conselhos de adoção de estilos de vida saudáveis	N.º de inquiridos	%
Frequentemente	542	36,0
Ocasionalmente	421	28,0
Raramente	140	9,3
Nunca	402	26,7
Total	1505	100

4.3 Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica

A análise dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica foi estudada, respeitando as cinco dimensões/fatores identificados pela OMS. A variável escolhida para realizar o tratamento estatístico de averiguação da independência entre a adesão à terapêutica e as restantes variáveis de interesse, foi a questão “frequência com que deixa de tomar os medicamentos prescritos”, dada a elevada taxa de incumprimento da população inquirida em relação ao seguimento do regime terapêutico. De lembrar que o incumprimento declarado foi de 65,6% (988/1505).

4.3.1 Fatores sociais, económicos e demográficos

O estudo da influência que os fatores sociais, económicos e demográficos têm na adesão à terapêutica foi realizado através do cruzamento das seguintes variáveis: fatores socioeconómicos (religião, estabilidade profissional e rendimento individual) e fatores demográficos (idade, género, estado civil, solidão, educação, vida urbana vs vida rural⁸, tipo de residência, distância aos serviços de saúde), com a variável cumprimento do regime terapêutico. Esta análise revelou que não existe associação significativa entre os fatores sociais: dependência na realização das atividades básicas e religião e os fatores demográficos, tipo de residência, vida urbana vs vida rural⁹, todas as outras variáveis apresentam um impacto no fenómeno da adesão à terapêutica. Os indivíduos do género feminino ($p=0,000$), indivíduos com baixo nível de escolaridade ($p=0,000$), desempregados ($p=0,000$), com rendimentos baixos ($p=0,000$), que vivem com o cônjuge ($p=0,004$) e que se encontram a uma

⁸ Para se proceder a esta análise a variável “local de residência” foi agrupada em meio urbano e meio rural

⁹ Dependência na realização das atividades básicas: $p=0,701$; religião: $p=0,345$; tipo de residência $p=0,398$; vida urbana vs vida rural: $p=0,544$.

longa distância dos serviços de saúde ($p=0,000$), apresentam um baixo nível de adesão à terapêutica. O fator idade é aquele que apresenta um impacto negativo maior ($p=0,000$), onde indivíduos com uma faixa entre os 35-65 e superior a 65 declaram um nível de adesão inferior quando comparados com os restantes grupos etários (Figura 4.7).

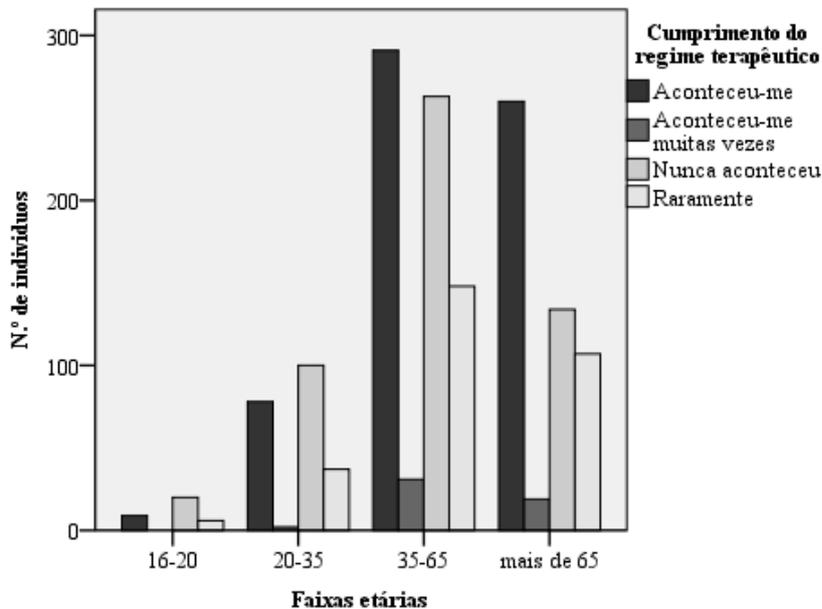


Figura 4.7: Representação gráfica do n.º total de indivíduos pelo grupo etário e o cumprimento do regime terapêutico.

4.3.2 Fatores relacionados com a terapêutica prescrita

Os fatores relacionados com o tipo de terapêutica prescrita influenciam muito a adesão à mesma (Tabela 4.25). Dos inquiridos que declaram incumprimento (988/1505), 41,5% (411/988) afirma que já deixou de tomar medicamentos por ter tido efeitos secundários/reações adversas, sendo este o motivo principal, responsável pelo abandono do tratamento. Os indivíduos que mais efeitos secundários tiveram foram os indivíduos com mais de 65 anos de idade ($p=0,000$), e aqueles que tomam cinco ou mais medicamentos por dia ($p=0,000$).

O segundo motivo responsável pela falta de adesão à terapêutica é a eficácia manifestada e imediata no alívio dos sintomas, 17,9% (177/988) parou o tratamento por não sentir melhoras, seguido da falta de recursos económicos (8,1%; 80/988). A toma de vários medicamentos (6,1%; 60/988) é juntamente com a dificuldade em tomar os medicamentos de

acordo com a prescrição médica (complexidade do tratamento) (5,2%; 51/988), a quarta razão mais frequente pelo incumprimento da terapêutica.

O tratamento estatístico dos dados revelou, ainda, uma associação estatisticamente significativa entre a toma simultânea de medicamentos e os níveis de adesão à terapêutica ($p=0,000$). Assim, indivíduos que tomam cinco ou mais medicamentos por dia são aqueles com níveis de adesão inferiores quando comparados com os restantes grupos. Verificou-se ainda que o uso excessivo de medicamentos, constitui também uma causa de má adesão à terapêutica ($p=0,003$). Os indivíduos que mais recorrem à automedicação são os que têm níveis de adesão inferiores e aqueles que presenciam mais efeitos secundários/reações adversas ($p=0,028$), acabando por abandonar os tratamentos por este motivo.

Tabela 4.25: Frequência das razões para não seguir a prescrição médica (características intrínsecas aos medicamentos).

Razões para não seguir a prescrição médica	Nunca aconteceu		Raramente aconteceu		Aconteceu		Aconteceu muitas vezes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez e não se lembra de os tomar a todos	928	93,9	3	0,3	50	5,1	7	0,7	988	100
Falta de recursos económicos/Por ser caro	905	91,6	3	0,3	80	8,1	—	—	988	100
Não perceber bem o que deve tomar e como	957	96,9	—	—	31	3,1	—	—	988	100
Dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição (de 8/8horas, depois da refeição, entre outros)	937	94,8	2	0,2	47	4,8	2	0,2	988	100
Efeitos secundários/Reações adversas	570	57,7	7	0,7	388	39,3	23	2,3	988	100
Duração do tratamento/demasiado longo	947	95,9	—	—	38	3,8	3	0,3	988	100
Não querer misturar medicamentos	965	97,7	1	0,1	22	2,2	—	—	988	100
Não sentir melhoras (não fazer efeito)	806	81,6	5	0,5	174	17,6	3	0,3	988	100
Os medicamentos serem difíceis de tomar	940	95,1	1	0,1	47	4,8	—	—	988	100

4.3.3 Fatores relacionados com a doença base e co-morbilidades

Neste estudo verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a duração da doença e a adesão à terapêutica ($p=0,000$). Os inquiridos com doenças crónicas são aqueles com um incumprimento maior, quando comparados com os doentes agudos e subagudos. Nas situações agudas os doentes têm uma maior adesão na toma da medicação. O mesmo acontece em indivíduos que tomam medicamentos para profilaxia, que declaram um grau de adesão à terapêutica superior, quando comparado com os indivíduos que tiveram alguma doença no último ano.

A existência de co-morbilidades associada à doença base, também afeta a adesão à terapêutica ($p=0,000$), constatou-se que indivíduos portadores de cinco ou mais doenças são aqueles que menos aderem à terapêutica. Em contrapartida doentes que têm uma, ou duas, doenças são os mais cumpridores. Por sua vez, os doentes crónicos que vivenciaram no último ano uma doença aguda associada à sua doença base, foram os que declaram um nível de adesão inferior.

4.3.4 Fatores individuais relacionados com o doente

Os fatores emocionais e cognitivos foram os mais referenciados pela população como causa da falta de adesão à terapêutica (Tabela 4.26). Dos inquiridos 62,2% (615/988) admitiu ter-se esquecido de tomar a medicação; 24,4% (241/988) declarou deixar de tomar a medicação assim que comprovou uma melhoria ou desaparecimento, dos sintomas associados à doença, sem finalizar o tratamento como tinha sido recomendado pelo profissional de saúde; 16,6% (164/988) afirmou não gostar de tomar medicamentos, sendo este o motivo para não fazerem corretamente o tratamento. Dos indivíduos que afirmaram esquecer-se de tomar os medicamentos ou adormecerem antes da hora recomendada, 66,2% (412/622) admitiu ignorar a toma dos medicamentos, e 5% (31/622) garantiu compensar/duplicar a dose em falta na toma seguinte (Tabela 4.27). Associados a estas situações, surgem-nos outros fatores relacionados com a vida quotidiana dos inquiridos. O terceiro motivo extrínseco à falta de adesão à terapêutica mais referido pelos inquiridos foi estar fora de casa no horário da toma da medicação (24,4%; 241/988) e mudanças de rotina (13,3%; 131/988).

Tabela 4.26: Frequência das razões para não tomar os medicamentos exatamente como foram prescritos pelo médico (características extrínsecas aos medicamentos).

Razões para não seguir a prescrição médica	Nunca aconteceu		Raramente aconteceu		Aconteceu		Aconteceu muitas vezes		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Por esquecimento	373	37,8	104	10,5	413	41,8	98	9,9	988	100
Adormecer antes da hora em que deve tomar a medicação	893	90,4	6	0,6	79	8,0	10	1,0	988	100
Estar fora de casa ou longe do local onde tem os medicamentos (não planear)	754	76,3	29	2,9	196	19,8	9	0,9	988	100
Mudanças de rotina	857	86,7	21	2,2	106	10,7	4	0,4	988	100
Dificuldade em adaptar o tratamento ao seu modo de vida	915	92,6	1	0,1	69	7	3	0,3	988	100
Fortes crenças religiosas ou culturais sobre a saúde e os tratamentos	976	98,8	1	0,1	11	1,1	___	___	988	100
Por não querer tomar medicação/não gostar de tomar medicamentos	824	83,4	2	0,2	156	15,8	6	0,6	988	100
Por estar deprimido	968	98,0	___	___	20	2,0	___	___	988	100
Falta de apoio emocional	966	97,8	___	___	22	2,2	___	___	988	100
Falta de instrução/conhecimento	959	97,1	2	0,2	27	2,7	___	___	988	100
Medicamento esgotado	799	80,9	14	1,4	163	16,5	12	1,2	988	100
Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação	900	91,1	___	___	87	8,8	1	0,1	988	100
Não querer misturar medicamentos com bebidas alcoólicas/outras substâncias	968	98,0	___	___	18	1,8	2	0,2	988	100
Duvidar da eficácia do tratamento	919	93,0	1	0,1	67	6,8	1	0,1	988	100
Não gostar de pensar que está doente	947	95,9	1	0,1	39	3,9	1	0,1	988	100
Pensar que já não precisa de fazer o tratamento por se sentir melhor	747	75,6	7	0,7	228	23,1	6	0,6	988	100

Tabela 4.27: Prática da população quando há esquecimento ou adormecimento durante a toma dos medicamentos.

Se houve esquecimento/ter adormecido na toma da medicação o que costuma fazer, quando isso acontece	N.º de inquiridos	%
Compensar a dose em falta na seguinte toma/duplicar a dose seguinte após não ter tomado uma vez como devia	31	5
Tomar o medicamento logo que se lembre e depois à hora habitual	179	28,8
Ignorar a toma e depois tomar à hora habitual	412	66,2
Total	622	100

4.3.5 Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde

Metade dos inquiridos, isto é 44,3%, (666/1505) declarou ter dificuldade em marcar consultas e verificámos que os doentes com acesso mais facilitado aos serviços de saúde aderem melhor ao tratamento que os restantes ($p=0,000$).

A falta de médicos no SNS agrava o problema no atraso de marcação das consultas, 7,4% (111/1505) dos inquiridos afirmou não ter médico de família atribuído. No entanto, não existe uma associação estatisticamente significativa entre a falta de médicos e a adesão à terapêutica ($p=0,720$). A insuficiente distribuição dos medicamentos nas farmácias, também condiciona a adesão à terapêutica, 19,1 % (189/988) (Tabela 4.26) dos doentes admitiu já ter sido confrontado com esta situação. Esta é a consequência direta da falta de *stocks* de medicamentos nas farmácias que leva ao abandono do tratamento e ao atraso do seu início. Por sua vez, a comunicação entre o doente e os profissionais de saúde, determina a adesão à terapêutica em virtude da compreensão que os doentes podem adquirir sobre as indicações do tratamento. Quando questionados sobre este aspecto, a grande maioria dos inquiridos afirmou que o médico lhes deu indicações suficientes sobre como os medicamentos deveriam ser tomados (52,6%; 792/1505), bem como acerca da importância de os tomar corretamente (59,4%; 895/1505) (Tabela 4.28). Em contrapartida, mais de metade considerou que o médico não deu qualquer esclarecimento de como lidar com os eventuais efeitos secundários/reacção adversa da medicação (54,4%; 818/1505).

Tabela 4.28: Informação fornecida pelo médico sobre o tratamento.

Informação fornecida pelo médico sobre o tratamento	Não falou		Falou pouco		Falou o suficiente		Falou muito		NS /NR		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
A razão porque é importante tomar a medicação exatamente como planeado	352	23,4	108	7,2	719	47,8	176	11,6	150	10	1505	100
O plano detalhado da forma como deve tomar os medicamentos	473	31,4	90	6,0	647	43,0	145	9,6	150	10	1505	100
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários/reações adversas dos medicamentos a tomar	818	54,4	92	6,1	356	23,7	89	5,9	150	10	1505	100

No que diz respeito à comunicação entre médico e doente, a grande maioria dos doentes concorda que o médico os tratou atenciosamente; fez o diagnóstico correto, inspirou confiança; explicou de forma clara os objetivos dos exames e tratamentos prescritos; motivou-os a seguir o tratamento e revelou conhecimento sobre as consultas anteriores (Tabela 4.29). Contudo a satisfação revelou ser baixa (42%; 636/1505) quanto ao facto de o médico ter ou não levado em conta a opinião dos doentes em relação ao tratamento. Finalmente, as opiniões negativas prevalecem no que diz respeito ao fato de segundo os inquiridos, os médicos não terem tido em conta as suas dificuldades no seguimento do tratamento tal como foi prescrito 47,1% (711/1505), sendo que a maioria 70,3% (1058/1505) afirma que os médicos não lhes expuseram outras opções terapêuticas.

Tabela 4.29: Opinião do doente em relação à consulta médica.

Opinião do doente em relação à consulta médica	Discordo		Não concordo / Não concordo		Concordo		NS/NR		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Deu-lhe todo o tempo que necessitou para a consulta tratando-o atenciosamente	103	6,8	93	6,2	1287	85,5	22	1,5	1505	100
Respondeu a todas as questões que o preocupava	125	8,3	99	6,6	1259	83,7	22	1,5	1505	100
Explicou de forma clara os objetivos dos exames e tratamentos receitados	97	6,4	97	6,4	1173	77,9	22	1,5	1505	100
Colocou diversas opções de tratamento de forma a poder escolher a que melhor se adapta a si	912	60,6	146	9,7	425	28,2	22	1,5	1505	100
Ouviu as suas dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita	258	17,1	453	30,1	772	51,3	22	1,5	1505	100
Motivou-o para seguir o tratamento	240	15,9	335	22,3	908	60,4	22	1,5	1505	100
Fez o correto diagnóstico da sua doença	180	12,0	296	19,7	1007	669,9	22	1,5	1505	100
Teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento	393	26,1	243	16,1	847	56,2	22	1,5	1505	100
Inspirou total confiança	113	7,5	168	11,2	1202	79,8	22	1,5	1505	100
Tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores	147	9,8	147	9,8	1189	79	22	1,5	1505	100

A qualidade da relação entre o médico e o utente é fundamental na adesão à terapêutica, verificámos que níveis baixos de adesão à terapêutica estão associados a baixos níveis de confiança nos médicos ($p=0,000$). O tempo que o médico dispensa na consulta, também influencia a adesão à terapêutica ($p=0,000$), bem como a informação dispensada sobre os objetivos do tratamento durante a consulta ($p=0,000$), a forma como deve ser tomado ($p=0,000$) e a entrega de um plano terapêutico ($p=0,000$), levam a um sucesso terapêutico maior. Verificou-se que doentes apoiados e motivados pelo médico ($p=0,000$), um papel ativo no seu tratamento ($p=0,000$) tinham níveis superiores de adesão.

De forma a avaliar a qualidade de comunicação entre os profissionais de saúde e o doente, avaliou-se o grau de satisfação dos inquiridos em relação ao atendimento fornecido pelo profissional de farmácia no ato de dispensa dos medicamentos.

A grande maioria concorda que lhe é dispensado todo o tempo necessário para o atendimento e que o profissional de farmácia responde a todas as questões que o preocupam, bem como explica de uma forma clara a toma correta dos medicamentos e os cuidados a ter.

Contudo, o grau de satisfação diminuiu, quanto à motivação dada por este no seguimento do tratamento pelo doente (26,2%; 395/1475) (Tabela 4.30).

Tabela 4.30: Grau de satisfação dos inquiridos em relação ao atendimento nas farmácias comunitárias.

Atendimento nas farmácias comunitárias	Discordo totalmente		Não concordo/ Não discordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Dá-lhe todo o tempo necessário, tratando-o atenciosamente	13	0,9	26	1,7	1436	95,4	30	2	1505	100
Responde a todas as questões que o preocupam	36	2,4	106	7,0	1333	88,5	30	2	1505	100
Explica-lhe o plano detalhado de forma como deve tomar os medicamentos, os possíveis efeitos secundários/reações adversas e como lidar com eles	65	4,3	140	9,3	1270	84,4	30	2	1505	100
Motiva-o a seguir o tratamento	74	4,9	321	21,3	1080	71,8	30	2	1505	100

A fim de avaliar a interação entre o doente e o profissional de farmácia, questionou-se os indivíduos sobre a forma como a informação era prestada no ato de dispensa dos medicamentos. Cerca de 55,6% dos inquiridos (821/1475), declarou que lhes foi fornecida informação escrita e verbal, no entanto 38% (572/1475) afirmou receber apenas um tipo de informação (Figura 4. 8).

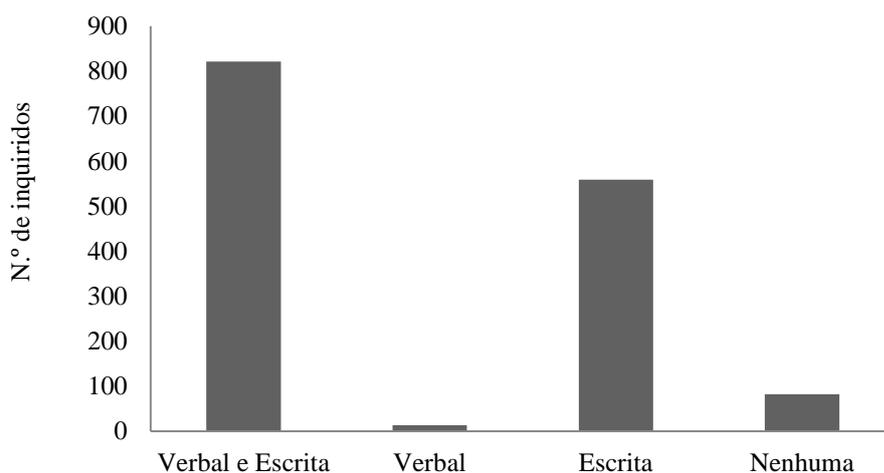


Figura 4.8: Informação prestada pelo profissional de farmácia no ato de dispensa do medicamento.

4.3.6 Medicamentos genéricos e a influência na adesão à terapêutica

Da população inquirida 52,1% (784/1505) (Tabela 4.31) afirmou optar pelo medicamento genérico, sendo o motivo principal o seu baixo custo (59,3%; 465/784) (Tabela 4.32). No entanto, apesar da relevância do aspeto económico, 18,9% dos inquiridos (148/784) acredita que o medicamento genérico é menos seguro e eficaz que o medicamento de marca.

Tabela 4.31: Opção de escolha entre o medicamento genérico e o medicamento de marca.

Opção de escolha	N.º de inquiridos	%
Medicamento de Marca	375	24,9
Medicamento Genérico	784	52,1
NR/NS	346	23,0
Total	1505	100

Ao questionar os indivíduos pelo motivo, pelo qual optavam pelo medicamento de marca, a desconfiança no medicamento genérico foi a segunda razão mais mencionada (31,3% 117/375), sendo a opinião do médico aquela que tem mais peso na tomada de decisão (34,1% 128/375).

Tabela 4.32: Motivos de opção pelo medicamento genérico.

Motivos de opção pelo medicamento genérico	Nº de inquiridos	%
Baixo custo	465	59,3
Experiência anterior positiva	18	2,3
Opinião do médico/profissional de farmácia	301	38,4
Total	784	100

Dos inquiridos portadores de doenças crónicas e subagudas que optam pelo medicamento genérico (733/784), 70,3% (515/733) referiram que ocorreu uma mudança da embalagem dos medicamentos genéricos no último semestre e que esta mudança ocorreu pelo menos uma a duas vezes (81,3%; 419/ 515). Os doentes que tiveram uma mudança no especto da embalagem 54,3% (280/515), indica que não consegue verificar que é o mesmo medicamento, e 39,8% (205/515) garante que confia no profissional de farmácia que dispensa o medicamento e lhes diz que se trata efetivamente do mesmo medicamento. Dos indivíduos que não têm nenhuma opinião profissional de que se trata do mesmo medicamento, 45,3% (34/75) assumiu não ter tomado o medicamento e ter ido à procura de ajuda profissional para

esclarecer as suas dúvidas enquanto 29,3 % (22/75) disse ter deixado de tomar o medicamento por o não conseguir identificar (Tabela 4.33).

Tabela 4.33: Situações referenciadas pelos doentes quando verificada que a embalagem do medicamento genérico era diferente.

Situação verificada quando a embalagem do medicamento genérico dispensada é diferente da que tem em casa	N.º de inquiridos	%
Não tomou e dirigiu-se ao profissional de farmácia/médico para esclarecer as suas dúvidas	34	45,3
Não tomou o medicamento, porque não o conhecia	22	29,3
Deixou de tomar o que tinha em casa e iniciou o novo	17	22,7
Tomou os dois em simultâneo	2	2,7
Total	75	100

5. DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal avaliar a prevalência e a natureza da falta de adesão à terapêutica, identificando quais os fatores que a causam ou agravam. É fundamental perceber a conduta dos indivíduos face à adesão à terapêutica, para a delineação de estratégias que visem melhorá-la a longo prazo.

O estudo realizado nesta dissertação foi de natureza descritivo quantitativo, proporcionando uma visão global da população inquirida, fornecendo uma fonte de informação imediata. Não foi possível encontrar um questionário previamente testado, tendo sido elaborado neste trabalho um fundamentado no estudo realizado por Silva e Cabral (2010), em questionários internacionais documentados na bibliografia (Morisky *et.al*, 1986; Kane *et.al*, 2007; Haidor, 2009) e em conhecimentos teórico-práticos.

Atendendo aos objetivos formulados para esta dissertação, considerou-se que um questionário constituído o menos possível por perguntas fechadas, apoiado maioritariamente numa análise qualitativa seria o mais apropriado. Contudo, não se pode esquecer as desvantagens inerentes a este facto: apesar de diminuir a preferência nas respostas socialmente mais valorizadas, a posterior análise dos dados recolhidos torna-se complexa.

No que se refere ao período de recolha da informação, considerou-se que este não influenciou as respostas obtidas. A metodologia de amostragem foi probabilística acidental, o que facilitou o trabalho e apresentou vantagens específicas para o estudo, nomeadamente em termos de tempo e custos. A aceitabilidade do estudo foi boa, apesar do tempo dispensado por cada indivíduo para o preenchimento do questionário ser aproximadamente 15 minutos, o que levou a desistências, dificultando a recolha de dados. Os aspetos éticos e princípios de ordem deontológica foram preservados, aceitando a decisão de os indivíduos não quererem participar no estudo ou de desistirem durante este.

Os resultados obtidos através do questionário correspondem a uma descrição da população residente em Trás-os-Montes e Alto Douro, pertencente aos distritos de Bragança e Vila Real com 16 ou mais anos de idade, sobre a adesão à terapêutica. Sublinhe-se que parte substancial dos dados observados neste estudo não dispõe de referências de comparação dentro da bibliografia consultada, dada a dificuldade de compreensão e de medição deste fenómeno. No entanto existe um estudo realizado em Portugal em 2010 por Silva e Cabral intitulado “Adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas”. Neste trabalho foram realizados 1400 inquéritos,

valor considerado até ao presente e com base na bibliografia consultada como o maior estudo sobre adesão à terapêutica feita em Portugal. A amostra selecionada era constituída por indivíduos com 16 ou mais anos de idade, de ambos os géneros, residentes em Portugal continental com uma sobre-representação dos indivíduos com 50 ou mais anos de idade.

Os resultados desta dissertação revelaram que na adesão à terapêutica em relação ao regime terapêutico prescrito, o incumprimento declarado foi de 65,6% ($p=0,000$). Em contrapartida verificou-se uma média de cumprimento nas outras formas de adesão à terapêutica superior a 50% (comparência às consultas, aviamento de receitas, realização de exames complementares de diagnóstico e adoção de estilos de vida saudáveis). Estes resultados são totalmente opostos aos obtidos por Silva e Cabral (2010) onde o cumprimento declarado foi de 88%. Esta diferença pode ser devida a vários fatores, de entre os quais se podem destacar os fatores sociodemográficos, pois a nossa população alvo pode ser em termos económicos e culturais menos favorecida que a população analisada por Silva e Cabral (2010), o qual realizou o seu estudo em Lisboa. Estes resultados estão no entanto, de acordo com o referido pelo NEPIE (2007), que a adesão à terapêutica nos EUA é de 50% e que 31% dos doentes não avia as receitas prescritas pelo médico, verificando-se portanto que, mais de metade da população não adere à terapêutica. Mais uma vez referimos que não dispomos de referências de comparação dentro da bibliografia consultada, sobre que condições foram realizadas estes estudos.

Atendendo às características da população em causa, é importante referir que a grande maioria que declarou níveis de adesão à terapêutica mais baixos, é portador de doença crónica ($p=0,000$), tem idade avançada ($p=0,001$) e usufrui de baixos rendimentos ($p=0,000$). Os doentes crónicos necessitam de tratamentos prolongados, onde a baixa adesão à terapêutica favorece a progressão da doença, o que por sua vez favorece o aumento de doenças concomitantes, redução das suas habilidades funcionais e da qualidade de vida. Os resultados verificados no nosso estudo estão de acordo com os já descritos por Gabarró (1999) e Jin *et al.* (2008), estes autores referem que quanto mais crónica for a doença menor é a adesão à terapêutica. De acordo com o nosso estudo os doentes aderem bem aos tratamentos profiláticos, talvez por terem perceção da importância da prevenção, ou atenuação da doença, uma vez que podem evitar a progressão desta impedindo a deterioração do seu estado de saúde, melhorando a sua qualidade de vida. Contudo, nos trabalhos realizados por Gabarró (1999) e Jin *et al.* (2008) os resultados são opostos. Relacionando a adesão à terapêutica com a existência de co-morbilidades associadas à doença base, os indivíduos portadores de cinco

ou mais doenças de tipologia diferente, são aqueles que menos aderiram ao tratamento ($p=0,000$), este resultado vai de encontro aos obtidos em outros estudos (Gabarró, 1999; OMS, 2003; Bugalho e Carneiro, 2004). Os doentes crónicos estão sujeitos a esquemas terapêuticos muito complexos, que associados à idade avançada da nossa população e à sua baixa escolaridade geram uma dificuldade na compreensão das recomendações fornecidas pelos profissionais de saúde, conduzindo ao comprometimento do sucesso terapêutico. Este comprometimento é mais acentuado em indivíduos que tomam cinco, ou mais, medicamentos por dia, dada a dificuldade na execução de tantos tratamentos e compreensão de todas as indicações fornecidas. Estes resultados estão de acordo com os mencionados por Cabral e Silva (2010), onde de acordo com estes autores a toma simultânea de vários medicamentos gera confusão nos doentes e conduz à sua toma incorreta da medicação.

Por outro lado, existe a utilização de medicamentos não sujeitos a receita médica, também é um comportamento associado à má adesão à terapêutica, verificando-se que a população com uma doença aguda foi a que mais recorreu à automedicação ($p=0,000$). Esta situação pode ser um indicador da consciencialização da população para o uso correto dos medicamentos, praticando uma automedicação responsável que se destina ao alívio e tratamento de sintomas passageiros e sem gravidade (doença agudas), são disso exemplo as constipações e os problemas digestivos passageiros, estes resultados são idênticos aos registados por Gabarró (1999). Neste trabalho houve inquiridos que não hesitaram em afirmar que tomam medicamentos de outras pessoas, praticando uma automedicação não responsável, dados que estão de acordo com os mencionados pelo NEPIE (2007). Esta prática deve ser evitada, porque pode originar interações medicamentosas, aumentando o risco de toxicidade e efeitos secundários (Cabral e Silva, 2010), verificando-se que as pessoas que mais recorreram à automedicação são aquelas que mais efeitos secundários ($p=0,000$) tiveram e que acabaram por desistir do tratamento por este motivo.

Os motivos indicados neste estudo pelos inquiridos para a falta de adesão à terapêutica são os mesmos referidos por outros investigadores a propósito do mesmo tema (OMS, 2003; Krueger *et al.*, 2005; NEPIE, 2007; Cabral e Silva, 2010). O motivo principal que leva os nossos inquiridos a não cumprirem o tratamento é o esquecimento (51,7%), admitindo que se esquecem de tomar os medicamentos com alguma frequência. O segundo motivo que leva ao não cumprimento do tratamento na íntegra são os efeitos secundários/reações adversas (41,5%). Os doentes com mais de 65 anos de idade ($p=0,000$) e polimedicados ($p=0,000$) são aqueles que mais abandonam o tratamento devido aos efeitos secundários/reações adversas.

Sabe-se que na população idosa, e com esquemas terapêuticos complexos a farmacocinética e farmacodinamia do medicamento estão condicionadas, neste grupo etário existe um aumento da sensibilidade aos medicamentos e conseqüente aumento de efeitos secundários/reações adversas (OMS, 2003; Turbeim, 2003). Ao verificar-se que o segundo motivo responsável pelo abandono do tratamento, por parte do doente, está associado à ocorrência de efeitos secundários/reações adversas, não se pode deixar de referir que mais de metade dos inquiridos (54,4 %) considerou que o médico não lhes deu qualquer esclarecimento de como lidar com estas situações. Estudos recentes revelam que um aconselhamento adequado pode reduzir a não adesão à terapêutica (Svarstad *et al.*, 2004). Os profissionais de saúde nem sempre têm uma comunicação eficiente com os doentes, e a maioria dos inquiridos em estudos sobre a adesão à terapêutica revelou que não recebeu informação sobre quanto tempo deve tomar a medicação, como lidar com os efeitos secundários/reações adversas, precauções a ter na toma e o tempo que demora a medicação a ter efeito (Krueger *et al.*, 2005; Svarstad *et al.*, 2004). Estes resultados estão mais uma vez de acordo com os obtidos no nosso estudo, ao verificarmos que o terceiro motivo mais referido pelos inquiridos para o incumprimento do regime terapêutico foi a paragem do tempo antes do recomendado (23,7%), sendo este outro indicador da falha de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes. Para além dos dois últimos motivos referidos, indicadores de falhas na comunicação, também avaliamos outros indicadores, nomeadamente o grau de satisfação do doente em relação às características da consulta médica. Quanto menos tempo é dedicado ao utente durante a consulta ($p=0,000$) e mais fraca é a informação prestada pelo médico sobre os tratamentos ($p=0,000$) pior é adesão à terapêutica; verificando-se ainda que doentes que tiveram um papel mais ativo no seu processo de saúde e que sentiram mais apoio ($p=0,000$) e confiança no médico ($p=0,000$) apresentaram níveis de adesão à terapêutica superiores.

Os profissionais de farmácia estão em contacto direto com os médicos e com os doentes, têm por isso um papel importante na promoção da terapêutica. A avaliação da interação entre doente e o profissional de farmácia foi analisada numa questão colocada no inquérito sobre como era fornecida a informação relativa aos medicamentos e à sua toma no ato da dispensa. Verificou-se que à maioria dos doentes foi fornecida informação verbal e escrita (55,6%), fator importante para melhorar a adesão à terapêutica (Svarstad *et al.*, 2004), pois à partida não são conhecidas as habilitações literárias dos doentes e uma deve complementar a outra.

Os sistemas de saúde são também responsáveis muitas vezes pela criação de barreiras na adesão à terapêutica, devido à baixa acessibilidade e disponibilidade para os tratamentos (Bugalho e Carneiro 2010; Brown e Bussel, 2011). De acordo com os nossos resultados verificou-se a existência de falhas nos serviços de saúde, nomeadamente no atraso de marcação de consultas (44,3%, declaram ter dificuldade em marcar consulta), na falta de médicos (7,4%) e ainda medicamentos esgotados (19,1%). Estas falhas tornam-se num fator de agravamento no seguimento do tratamento, demonstrando a desigualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, para além de demonstrar um sistema de saúde sobrecarregado (Brown e Bussel, 2011), onde a falta de tempo impossibilita a participação ativa do doente no seu processo de saúde e impede a compreensão da importância da adesão à terapêutica e das estratégias para a melhorar.

Numa perspetiva indireta de influência na adesão à terapêutica, encontra-se o mercado dos medicamentos genéricos. Este reflete um potencial de poupança para os utentes e para o estado. Mais de metade dos indivíduos que tomam medicamentos afirmaram optar pelo medicamento genérico, por terem baixo custo, dados que estão de acordo com os recolhidos pelo Infarmed (2014). No entanto apesar da relevância do aspeto económico, 18,9% coloca em causa a eficácia e segurança dos medicamentos genéricos. Estes resultados vêm ao encontro do que foi referido por Figueiras, *et al.* (2007), segundo o qual as crenças sobre a eficácia e segurança dos medicamentos genéricos condicionam a escolha deste; podendo estas influenciar a adesão à terapêutica. Um outro problema relacionado com o uso dos medicamentos genéricos está relacionado com as suas características, legalmente estas têm de ser diferentes às do respetivo medicamento de marca e entre as diferentes versões de medicamentos genéricos existentes (Figueiras, *et al.*, 2007). Este fato gera confusão aos doentes, e mais uma vez se verificou que 54,3% dos inquiridos não consegue comprovar na presença de duas embalagens diferentes que o princípio ativo é o mesmo, tratando-se do mesmo medicamento. Averiguou-se que os doentes deixam de tomar o medicamento por não o conhecerem e, ainda mais grave, por vezes tomam em simultâneo, medicamentos com o mesmo princípio ativo de laboratório diferentes. Assim, conseguiu-se compreender que os medicamentos genéricos originam confusão nos doentes, assume importância ainda maior se considerarmos os resultados obtidos de que a nossa população é idosa, tem as capacidades mentais diminuídas e possui um nível de escolaridade baixo. Por este motivo, na nossa opinião os medicamentos genéricos deviam ser considerados como mais um fator que influencia a adesão à terapêutica negativamente. Os medicamentos genéricos devem ser

incluídos nos fatores relacionados com a terapêutica prescrita, uma vez que se relacionam com as características da sua embalagem. Num país onde é necessário reduzir as despesas relacionadas com os custos dos medicamentos, é fundamental apostar nos medicamentos genéricos devido ao seu baixo custo. No entanto, é também importante esclarecer as pessoas sobre estes medicamentos, para que o uso dos mesmos não coloque em causa a adesão à terapêutica. A não adesão à terapêutica, independentemente da causa que esteja subjacente, tem implicações futuras internamentos, resultantes quer do não uso dos medicamentos quer por exemplo do uso incorreto dos medicamentos genéricos, aumentando assim as despesas relacionadas com a saúde no SNS.

6. CONCLUSÃO

Esta dissertação permitiu-nos de uma forma geral, através do recurso ao método indireto de aplicação de inquéritos por questionário compreender melhor a adesão à terapêutica na população transmontana e contribuir para a criação de estratégias que visem melhorá-la. Podemos afirmar que os objetivos inicialmente propostos foram alcançados com sucesso.

A concluir, verificou-se que dos 1505 inquiridos, 65,5% não adere à terapêutica prescrita pelo médico. As causas deste incumprimento devem-se a fatores anteriormente documentados pela OMS:

- ✓ Fatores sociais, económicos e demográficos: indivíduos com idade avançada e baixos rendimentos são aqueles que apresentam níveis de adesão à terapêutica mais baixa;
- ✓ Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde: verificou-se que o sucesso terapêutico está comprometido pelo SNS através do atraso de marcação de consultas, medicamentos esgotados, falta de médicos e dificuldades na comunicação entre profissionais de saúde e doentes;
- ✓ Fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades: os doentes crónicos, com cinco ou mais doenças, apresentam níveis de adesão à terapêutica inferior;
- ✓ Fatores relacionados com a terapêutica prescrita: o motivo mais referido pelos inquiridos foi a presença de reações adversas/efeitos secundários, seguido da complexidade do tratamento, indivíduos que tomam cinco ou mais medicamentos diariamente são aqueles que menos aderem ao tratamento, verificando-se que os medicamentos genéricos influenciam também a adesão à terapêutica;
- ✓ Fatores individuais relacionados com o doente: os fatores emocionais e cognitivos foram os mais referidos como condicionadores da adesão à terapêutica, nomeadamente o esquecimento.

A adesão à terapêutica é portanto um fenómeno multifactorial, tornando-se um problema que pode acarretar com consequências graves, se não forem utilizadas estratégias para eliminar ou reduzir as causas subjacentes desta, de modo a que a importância de cumprir corretamente o tratamento seja otimizado para todos os intervenientes (doente, profissionais de saúde e SNS).

A boa adesão à terapêutica resulta portanto de uma abordagem multidisciplinar, sendo necessário implementar um plano de ação que inclua os profissionais de saúde, os

acadêmicos, os investigadores, as organizações de saúde e as políticas do sector, no sentido de estabelecer estratégias para melhorar a adesão à terapêutica. Após administração os medicamentos ou os metabolitos resultantes da sua biotransformação são eliminados pelos doentes na urina e fezes, constituindo eventuais contaminantes ambientes que poderão ser reduzidos através da correta utilização do medicamento e de uma boa adesão à terapêutica. Atualmente existe necessidade de racionalização de custos e só com a utilização correta de medicamentos, há espaço para o desenvolvimento de novas moléculas e investigação.

7. PERSPETIVAS FUTURAS

A falta de adesão à terapêutica tem um impacto negativo em todos os aspetos da saúde, sendo emergente a adoção de estratégias que permitam melhorá-la. É necessário que os profissionais de saúde se preocupem em dialogar com os doentes, utilizando para isso uma linguagem clara, tratamento individualizado e personalizado para cada caso em particular, tendo sempre em consideração as suas capacidades cognitivas, crenças culturais e situação económica. O desenvolvimento de uma relação de empatia entre os profissionais de saúde e o doente é muito importante para o desenvolvimento de confiança permitindo o futuro sucesso terapêutico. É importante motivar e informar os doentes para a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais que lhes permitam lidar de forma eficaz com as necessidades da sua doença, bem como considerar sempre o apoio dos familiares e da comunidade em que estão inseridos.

Os cinco fatores que influenciam a adesão à terapêutica (fatores sociais, económicos e demográficos, os fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde; fatores relacionados com a doença base e co-morbilidades, os fatores relacionados com a terapêutica prescrita e os fatores individuais relativos ao doente) são de extrema importância. Existe uma relação de interdependência entre eles o que dificulta a avaliação e identificação da adesão à terapêutica. É correto afirmar que a abordagem e os motivos de não adesão ao tratamento devem ser analisados para cada doente individualmente.

Face ao exposto consideramos que para aumentar a adesão à terapêutica, por parte dos doentes, se devem implementar as seguintes estratégias:

1. Criação de instituições de voluntários com o apoio técnico específico de profissionais de saúde para acompanharem a medicação nos grupos de doentes mais vulneráveis.
2. Melhoria dos sistemas de comunicação e informação entre médico e doente.
3. Os profissionais de saúde devem avaliar continuamente a motivação e os fatores que podem influenciar negativamente a adesão ao tratamento.
4. Implementar um sistema que permita realizar o seguimento farmacoterapêutico do doente para garantir que os medicamentos prescritos são adequados ao doente. Este sistema deve ainda aconselhar o doente sobre a melhor forma de tomar os medicamentos, bem como apoiá-lo na identificação de reações adversas/ efeitos secundários que possam ocorrer.
5. Estabelecer campanhas de consciencialização (Anexo J) para sensibilizar a população sobre a importância da utilização correta dos medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atkins, L., Fallowfield, L. (2006). Intentional and non-intentional non-adherence to medication amongst breast cancer patients. *European Journal of Cancer* 42, 2271-2276.

Apifarma (2010). Posição: sobre a generalização da prescrição de medicamentos por Denominação Comum Internacional (DCI) e dispensa em ambulatório de medicamentos em dose unitária. Apifarma: Portugal.

Brown, M. e Bussel, J. (2011). Medication Adherence: Who Cares? *Mayo Foundation for Medical Education and Research* 86, 304-314.

Bugalho, A. e Carneiro, A. (2010). Intervenções para aumentar a adesão à terapêutica em Patologias Crónicas. 1ª edição. Centro de Estudos Baseados na Evidência: Lisboa, 9-30.

Cabral, M., Silva, P. (2010). Conclusões: a adesão à terapêutica em Portugal, atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Apifarma: Portugal, pp. 1-26.

Carmo, H., Ferreira, M. (2008). Metodologia da Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem. 2ª edição. Universidade Aberta: Lisboa, pp.139-176.

Diário da República. 2ª série -N.º 166-21 de Julho de 1997. Deliberação n.º 131/97 de 27 de Julho: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

Diário da República. 1ª serie- N.º 32- 14 de fevereiro de 2013. Republicação do Decreto – Lei n.º 176/2006 de 30 de Agosto.

Diário da República. 2ª Série-N.º 154- 10 de Agosto de 2007. Despacho n.º 17690/2007.

Diário da República. Decreto-Lei n.º 400/82 de 23 de Setembro: Código Penal.

Dias, A.M., Cunha, M. Santos, A. Neves, A. Pinto, A. Silva, A. Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão de literatura. *Millenium* 40, 201-219.

Erikson, E.H. (1980). Identity and the life cycle. 1ª edição. Norton: Nova York, pp.1-20.

Ernst, F., Grizzle, AJ. (2001). Drug-Related Morbidity and Mortality: Updating the cost-of-illness Model. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 41, 192-199.

Fenichel, A. (1999). The Relationship between health care clinicians: relation abilities and psychosocial orientation to patient care and patient adherence with medical treatment. Columbia University. Dissertação.

Figueiras, M., Marcelino, D., Cortes, M., Horne, R., Weinman, J. (2007). Crenças de senso comum sobre medicamentos genéricos vs. medicamentos de marca: um estudo piloto sobre diferenças de género. *Análise Psicológica* 3, 427-437.

- Gabarró, B.M. (1999). El cumplimiento terapêutico. *Pharmaceutical Care Espana* 25, 97-166.
- Haynes, R. (1981). *Compliance in Health Care*. 2ª edição. Baltimore: the Johns Hopkins University Press, pp.1-7.
- Hoekshead, J., Krousel-Wood, M.A. (2007). Techniques for Measuring Medications Adherence in Hypertensive Patients in Outpatient Settings: Advantages and Limitations. *Dis Mange Health Outcomes* 15, 109-118.
- Infarmed, I.P (2014). Mercado de Medicamentos Genéricos em Portugal. Gabinete de Estudos e Projetos. Governo de Portugal: Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.
- Infarmed, I.P (2013). *Prontuário Terapêutico*. Governo de Portugal: Ministério da Saúde. Lisboa. Portugal.
- Jeannie, K.L., Karen A.G, Allen J.T (2006). Effect of a Pharmacy care program on Medication Adherence and Persistence, Blood Pressure, and Low Density Lipoprotein Cholesterol. *American Medical Association* 296, 2563-2571.
- Jin, J., Sklar, G.E., Sen Oh, V. M., Li, S., C., (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and clinical risk management* 4, 269-286.
- Kane, J., Kissling, W., Lambert, T., Parellada, E. (2007). Adherence rating scales. Centres of Excellence for Relapse Prevention. Acedido em Outubro de 2013 em: http://cerp.excom21.net/data_pdf/3_Rating%20scales.pdf.
- Krueger, K.P., Berger, B., A., Felkey, B. (2005). Medication Adherence and Persistence: a comprehensive review. *Advances in Therapy* 22, 313-356.
- Le Hane, E. (2005). An examination of Intentional and unintentional aspects of medication non-adherence in patients diagnosed with hypertension. *Journal of Clinical Nursing* 16, 698-706.
- Le Hane, E., McCarthy, G. (2007). Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 44, 1468-1477.
- Leventhal, H.; Cameren, L. (1987). Behavioral theories and the problem of Compliance. Elsevier Scientific Publishers Ireland. *Patient Education and Counseling* 10, 117-138.
- Levine, A.M. (1988). Antiretroviral therapy: adherence. *Clin Care Options HIV online* 4, 1-10.
- Lingam, R., Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiate Scand* 105,164-172.
- Maia, C. (2008). Aderência à Terapêutica: aspetos práticos em medicina familiar. *Revista fatores de risco* 11, 42-45.

Margalho, R., Nazareth, C., Caetano, A.S., Oliveira, S. C., Meliço-Silvestre, A. A. (2009). Métodos de avaliação e observação clínica de adesão à TARv. Acedido em Novembro de 2013, em Portal dos Psicólogos: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0466.pdf>.

Maxine, X.P, Anthorry, S.D. (2007). Medication Adherence: predictive factors and enhancement strategies, specific community treatmts. *Psychiatry* 6, 357-361.

Mira, L., Costa, F., (2009). Adesão à Terapêutica: Conceito, avaliação e aplicabilidade. *Boletim do CIM*. Acedido em Novembro de 2013, em Ordem dos Farmacêuticos: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc6266.pdf.

Mitchell, A; Selmes, T. (2007). Why don't patients take their medicine? Reasons and Solutions in psychiatry. *Royal College of Phychiatrits Advances in Psychiatric Treatment* 13, 336-346.

Mona Haidor, M.D. (2009). Adherence Baseline and Follow up questionnaires. Center for AIDS. *Preventions Studies-CAPs*. University of California. San Francisco.

Morisky, D.E, Green, L.W, Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care* 24, 67-74.

Munro, S., Lewin, S., Swart, T., Volmink, J. (2007). A review of health behavior theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health* 7, 1-16.

NEPIE (2007). Enhancing Prescription Medice Adherence: A national Action Plan. *Educate Before you medicate*. USA, pp.5-19.

OMS (2003). Adherence to long-term therapies.1ªedição. Evidence for action. Suíça, 20-31.

Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *The New England Journal of Medicine* 353, 487-497.

Quiv R, Compenhout, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 4ª edição. Lisboa: Gravid, pp.188-207.

Raosoft, Inc. *Sample Size Calculator*. Acedido em Novembro de 2014, em Calculadora de amostragem: www.vsai.pt/amostragem.php.

Santos, M.B. (2006). *Esse consumo que nos consome: olhares sobre a sociedade de consumo actual*.1ª edição. Porto: Campo de Letras, pp.45-56.

Svarstad, B.L., Bultman, D.C., Mount, J.K. (2004). Patient Counseling provided in community pharmacies:effects of satge regulation, pharmacist age, and busyness. *Journal of the American Pharmacist Association* 44, 22-29.

Turnheim, K. (2003). When drug therapy gets old: pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Experimental Gerontology*. Elsevier 38, 843-853.

Unni, E.J (2008). Development of models to predict medication non-adherence based on a new typology. University of Iowa: Iowa Research online. Dissertação.

Vasco, M. (2007). A importância dos medicamentos genéricos. Cadernos de Economia. Ministério da Saúde 80, 52-58.

ANEXOS

Anexo A: Acordo estabelecido para permissão de realização do questionário na Farmácia Confiança de Bragança.

Acordo para a realização do estudo

Simone Lúcia Fernandes Moura, aluna do 2º ciclo de Biotecnologia para as Ciências da Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, a realizar uma dissertação de mestrado subordinada ao tema:

“ *Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana*”,

sob a orientação da professora doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira, vem solicitar a aplicação de inquéritos por questionário aos utentes da Farmácia Confiança de Bragança. Este terá a duração de um ano a partir da data que for estabelecido o acordo. A participação dos inquiridos será voluntária e os dados recolhidos serão confidenciais. O tratamento e divulgação dos resultados dos inquéritos apenas contemplará a análise global dos mesmos.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas ao diretor (a) técnico (a) e respetiva equipa de profissionais.

Bragança (localidade), 05/11/2013
Simone Lúcia F. Moura
(Nome da aluna)


(Assinatura da aluna)

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Declara ter compreendido os objetivos do estudo quando lhe foi proposto e explicado, tendo-lhe sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Foi-lhe dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Aceita a realização dos inquéritos aos utentes da farmácia;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a arquivar.

Bragança (localidade), 05/11/2013
Paula Alexandra Martins de Oliveira
[Diretor (a) Técnico (a)]


(Assinatura)

Anexo B: Acordo estabelecido para permissão de realização do questionário na Farmácia Mateus de Vila Real.

Acordo para a realização do estudo

Simone Lúcia Fernandes Moura, aluna do 2º ciclo de Biotecnologia para as Ciências da Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, a realizar uma dissertação de mestrado subordinada ao tema:

“ *Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana*”.

sob a orientação da professora doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira, vem solicitar a aplicação de inquéritos por questionário aos utentes da Farmácia Mateus de Vila Real. Este terá a duração de um ano a partir da data que for estabelecido o acordo. A participação dos inquiridos será voluntária e os dados recolhidos serão confidenciais. O tratamento e divulgação dos resultados dos inquéritos apenas contemplará a análise global dos mesmos.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas ao diretor (a) técnico (a) e respetiva equipa de profissionais.

Vila Real (localidade), 4/11/2013
Simone Lúcia Fernandes Moura (Nome da aluna) _____
(Assinatura da aluna)

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Declara ter compreendido os objetivos do estudo quando lhe foi proposto e explicado, tendo-lhe sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Foi-lhe dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Aceita a realização dos inquéritos aos utentes da farmácia;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a arquivar.

Vila Real (localidade), 4/11/2013
PEDRO NORONHA ANDRÉS [Diretor (a) Técnico (a)] PNO FARMÁCIA _____
(Assinatura)

Anexo C: Acordo estabelecido para permissão de realização do questionário na Farmácia Nova de Mogadouro.

Acordo para a realização do estudo

Simone Lúcia Fernandes Moura, aluna do 2º ciclo de Biotecnologia para as Ciências da Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, a realizar uma dissertação de mestrado subordinada ao tema:

“ *Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana*”.

sob a orientação da professora doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira, vem solicitar a aplicação de inquéritos por questionário aos utentes da Farmácia Nova de Mogadouro. Este terá a duração de um ano a partir da data que for estabelecido o acordo. A participação dos inquiridos será voluntária e os dados recolhidos serão confidenciais. O tratamento e divulgação dos resultados dos inquéritos apenas contemplará a análise global dos mesmos.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas ao diretor (a) técnico (a) e respetiva equipa de profissionais.

Mogadouro (localidade), 3/11/2013
Simone Lúcia Fernandes Moura
(Nome da aluna)

[Assinatura]
(Assinatura da aluna)

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Declara ter compreendido os objetivos do estudo quando lhe foi proposto e explicado, tendo-lhe sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Foi-lhe dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Aceita a realização dos inquéritos aos utentes da farmácia;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a arquivar.

Mogadouro (localidade), 3/11/2013
Ana Paul. Bruno Silva
[Diretor (a) Técnico (a)]

[Assinatura]
(Assinatura)

Anexo D: Acordo estabelecido para permissão da realização do questionário na Farmácia Tuna Ferreira de Sanguinhedo.

Acordo para a realização do estudo

Simone Lúcia Fernandes Moura, aluna do 2º ciclo de Biotecnologia para as Ciências da Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, a realizar uma dissertação de mestrado subordinada ao tema:

“ *Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana*”,

sob a orientação da professora doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira, vem solicitar a aplicação de inquéritos por questionário aos utentes da Farmácia Tuna Ferreira de Sanguinhedo. Este terá a duração de um ano a partir da data que for estabelecido o acordo. A participação dos inquiridos será voluntária e os dados recolhidos serão confidenciais. O tratamento e divulgação dos resultados dos inquéritos apenas contemplará a análise global dos mesmos.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas ao diretor (a) técnico (a) e respetiva equipa de profissionais.

Sanguinhedo (localidade), 08/11/2013
Simone Lúcia Fernandes Moura
(Nome da aluna)

[Assinatura]
(Assinatura da aluna)

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Declara ter compreendido os objetivos do estudo quando lhe foi proposto e explicado, tendo-lhe sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Foi-lhe dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Aceita a realização dos inquéritos aos utentes da farmácia;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a arquivar.

Sanguinhedo (localidade), 08/11/2013
Paula Alexandra Martins de Oliveira
[Diretor (a) Técnico (a)]

[Assinatura]
Farmácia Tuna Ferreira, Unipessoal, Lda.
Dir. Tec. da Farmácia: Dra. Maria Manuela Tavares Ferreira
Lugar da Canceira, Sanguinhedo, Mouçós
Tel. 259 928 206
(Assinatura)

Anexo E: Acordo estabelecido para permissão da realização do questionário na Farmácia Vaz de Vila Flor.

Acordo para a realização do estudo

Simone Lúcia Fernandes Moura, aluna do 2º ciclo de Biotecnologia para as Ciências da Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, a realizar uma dissertação de mestrado subordinada ao tema:

“ *Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana*”,

sob a orientação da professora doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira, vem solicitar a aplicação de inquéritos por questionário aos utentes da Farmácia Vaz de Vila Flor. Este terá a duração de um ano a partir da data que for estabelecido o acordo. A participação dos inquiridos será voluntária e os dados recolhidos serão confidenciais. O tratamento e divulgação dos resultados dos inquéritos apenas contemplará a análise global dos mesmos.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas ao diretor (a) técnico (a) e respetiva equipa de profissionais.

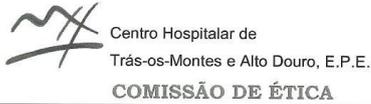
Vila Flor (localidade), 03/11/2013
Simone Lúcia Fernandes Moura
(Nome da aluna) Simone
(Assinatura da aluna)

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Declara ter compreendido os objetivos do estudo quando lhe foi proposto e explicado, tendo-lhe sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Foi-lhe dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Aceita a realização dos inquéritos aos utentes da farmácia;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a arquivar.

Vila Flor (localidade), 03/11/2013
Paulo Filipe Torreses Paulo
[Diretor (a) Técnico (a)] Paulo
(Assinatura)

Anexo F: Aprovação pela Comissão de Ética do CHTMAD.



Exm^o(^a) Senhor(a)
Simone Lúcia Fernandes Moura
Aluna Mestrado de Biotecnologia
UTAD
Vila Real

ASSUNTO: Projeto de Investigação

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 26/02/2014, o Conselho de Administração em 06/03/2014, autorizou o pedido de realização de projeto de investigação no âmbito da dissertação do mestrado com o título "Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana", no serviço Farmacêutico deste C. Hospitalar.

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 12 de Março de 2014

O Presidente do Conselho de Administração



Carlos José Cadavez (Dr.)
Presidente do Conselho
de Administração

/HV

CHTMAD

Anexo G: Aprovação pela Comissão de Ética da ULSNE.



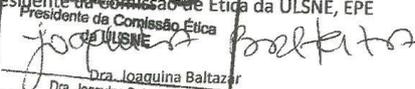
Exma. Sra.
Dra. Simone Lúcia Fernandes Moura

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
	16/12/2013	Pº. CE/AE – Nº. 47	07/02/2014

Assunto: Parecer da Comissão Ética
Reunião dia 05/02/2014

A Comissão de Ética da ULS Nordeste EPE, na sequência do pedido apresentado para aplicar inquéritos por questionários aos utentes do Centro de Saúde de Mogadouro e de Bragança, intitulado ao tema: "Identificação dos factores que influenciam a adesão terapêutica: a realidade transmontana", informa V. Ex.^a que nada tem a opor do ponto de vista ético.

Com os melhores cumprimentos,


A Presidente da Comissão de Ética da ULSNE, EPE
Presidente da Comissão Ética
de ULSNE
Dra. Joaquina Baltazar
Dra. Joaquina Baltazar

Anexo H: Aprovação da Comissão de Ética da UTAD.

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO

Comissão de Ética da UTAD



COMISSÃO DE ÉTICA DA UTAD

Parecer da Comissão de Ética N:	09/2014
Data:	07.05.2014
Assunto:	Doc 9CE/2014 Projecto de investigação: "Factores que influenciam a adesão à terapêutica - realidade transmontana".
Requerente:	Paula Oliveira

Considerando que estão salvaguardados os procedimentos legais e relativos ao bem-estar dos animais envolvidos na investigação e que se explicitam no ponto 5.5 os benefícios esperados para a saúde humana, a CE é de parecer favorável à realização do estudo.

Pela Comissão de Ética
A Presidente da Comissão

Maria da Conceição Azevedo

Anexo I: Acordo estabelecido para a realização do pré-teste ao questionário na Farmácia Nova de Macedo de Cavaleiros.

Acordo para a realização do estudo

Simone Lúcia Fernandes Moura, aluna do 2º ciclo de Biotecnologia para as Ciências da Saúde da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, a realizar uma dissertação de mestrado subordinada ao tema:

“ *Identificação dos fatores que influenciam a adesão à terapêutica: a realidade transmontana*”,

sob a orientação da professora doutora Paula Alexandra Martins de Oliveira, vem solicitar a aplicação de inquéritos por questionário aos utentes da Farmácia Nova de Macedo de Cavaleiros, para a realização do pré-teste ao questionário. A participação dos inquiridos será voluntária e os dados recolhidos serão confidenciais.

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação;
- Explicou o propósito deste trabalho;
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas ao diretor (a) técnico (a) e respetiva equipa de profissionais.

Macedo de Cavaleiros (localidade), 19/10/2013
Simone Lúcia Fernandes Moura
(Nome da aluna)

[Assinatura]
(Assinatura da aluna)

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Declara ter compreendido os objetivos do estudo quando lhe foi proposto e explicado, tendo-lhe sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta;
- Foi-lhe dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;
- Aceita a realização dos inquéritos aos utentes da farmácia;
- Recebeu uma cópia desta informação, para a arquivar.

Macedo de Cavaleiros (localidade), 19/10/13
[Assinatura]
[Diretor (a) Técnico (a)]

[Assinatura]
(Assinatura)

Anexo J: Folheto informativo para campanha de consciencialização.

Nota: Encontra-se na página seguinte.

Aderir à terapêutica é aumentar a sua segurança!

Existe um aumento dos riscos de mortalidade e de diminuição de saúde no caso dos doentes não aderirem às terapêuticas recomendadas, nomeadamente:

- ◆ Aumento das dependências;
- ◆ Recaídas mais intensas e frequentes;
- ◆ Risco de abstinência;
- ◆ Efeitos contrários ao terapêutico;
- ◆ Aparecimento de resistências aos antibióticos.



Uma boa adesão à terapêutica irá aumentar a sua qualidade de vida associada a uma redução de custos.

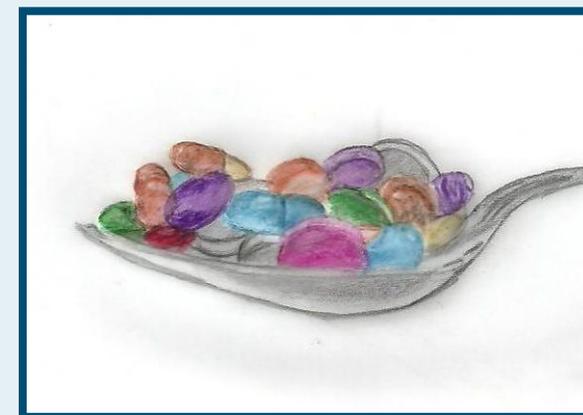
Em caso de dúvidas fale com o seu médico ou profissional de farmácia, em relação:

- ◆ Duração do seu tratamento;
- ◆ Insucesso na obtenção de benefícios terapêuticos ;
- ◆ Ausência imediata de melhoria clínica;
- ◆ Reações adversas/efeitos secundários.



Não tome por sua iniciativa uma decisão, fale com o seu médico ou profissional de farmácia. Seja responsável pela sua saúde!

Adesão à terapêutica



Pela sua saúde e pela de todos nós!

O que é a adesão à terapêutica?

A adesão à terapêutica é definida como:

“ o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma de medicação, ao cumprimento da dieta e alterações de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde”.

A adesão à terapêutica é um problema de etiologia multifactorial que se verifica em todas as situações em que existe auto-administração do tratamento. Esta pode ser influenciada por :

- ◆ Fatores sociais, económicos e culturais;
- ◆ Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde;
- ◆ Fatores relacionados com a doença base e co-morbilidades;
- ◆ Fatores relacionados com a terapêutica prescrita;
- ◆ Fatores individuais relativos ao doente.

(Organização mundial de saúde, 2003)

A não adesão à terapêutica é um problema mundial de grande magnitude.

A não adesão à terapêutica ocorre quando os doentes não tomam os seus medicamentos de forma correta, parcial ou totalmente; ou não seguem as indicações do médico em relação ao cumprimento da dieta e alterações de hábitos ou estilos de saúde.

Estima-se...

- ◆ 50% da população não toma corretamente os medicamentos;
- ◆ 49% da população esquece-se de tomar os medicamentos;
- ◆ 29% da população pára antes do recomendado e 24% toma dose inferior à prescrita;
- ◆ 12 a 20% dos doentes tomam medicamentos que foram receitados a outras pessoas.

Consequências de uma má adesão à terapêutica...

- ◆ A avaliação da morbilidade e mortalidade imputada à má adesão atinge valores desproporcionalmente elevados, com repercussões graves na saúde da população e na implicação de recursos económicos;
- ◆ A má adesão à terapêutica diminui os benefícios clínicos e confere prejuízos económicos;
- ◆ A má adesão à terapêutica possui efeitos adversos na qualidade dos cuidados médicos;
- ◆ A má adesão à terapêutica interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da medicação, promovendo a utilização de meios de diagnóstico e de tratamentos desnecessários.



A má adesão à terapêutica

custa ao SNS € 211,00 Milhões