



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**REGRESSO A CASA APÓS INTERNAMENTO
HOSPITALAR: DIFICULDADES SENTIDAS PELA
PESSOA IDOSA COM DOENÇA CARDÍACA NA
MANUTENÇÃO DA TERAPÊUTICA
MEDICAMENTOSA**

Ana Lúcia Dias Ildfonso Santos

MESTRADO EM GERONTOLOGIA SOCIAL

**FARO
2010**

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE

**REGRESSO A CASA APÓS INTERNAMENTO
HOSPITALAR: DIFICULDADES SENTIDAS PELA
PESSOA IDOSA COM DOENÇA CARDÍACA NA
MANUTENÇÃO DA TERAPÊUTICA
MEDICAMENTOSA**

Trabalho realizado para a obtenção do grau de mestre em
Gerontologia Social, orientado pela:
Professora Doutora Helena Maria Guerreiro José

Ana Lúcia Dias Ildefonso Santos

FARO

2010

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Helena José, por ter aceite orientar este trabalho e me ter dado o privilégio, de dar os seus os contributos e a sua cooperação em todas as etapas percorridas.

De seguida quero agradecer ao meu marido o facto de ter preenchido junto dos meus filhos, o vazio das minhas ausências e também aos meus filhos a compreensão pelas horas que lhes roubei, da minha companhia.

À minha mãe, doente cardíaca que, por motivo de abandono terapêutico partiu, numa altura em que eu não tinha conhecimentos para a poder ajudar. A sua vida foi certamente, o pilar no qual assentou o meu interesse sobre esta temática.

Ao meu pai e a todas as pessoas idosas a quem presto cuidados, que me mostraram que este mestrado era a luz que fazia sentido à minha vida.

Muito obrigado a todos.

“(…) Só um caminho com sentido - que faça sentido para a vida de alguém - obterá a adesão e a participação da pessoa, que o prestador de cuidados pretende acompanhar”

(Hesbeen, 2001, p.25)

RESUMO

O facto de acontecerem re-internamentos de pessoas idosas com doença cardíaca, por má adesão ou abandono da medicação, levou-nos a levantar a seguinte questão: *Será que a pessoa idosa com doença cardíaca, tem dificuldade em manter, na sua residência, a medicação que lhe é prescrita no momento do regresso a casa e após internamento hospitalar?*

Para tentar penetrar no mundo conceptual dos sujeitos, impôs-se um estudo indutivo de natureza qualitativa e descritiva, dado que se pretende enfatizar a descrição, para ajudar a compreender a situação em análise.

Os dados foram recolhidos através de entrevista. Recolher dados, pode servir como estratégia organizativa, com o objectivo de modificar as práticas existentes e, a partir do conhecimento e consciencialização dos obstáculos, estabelecer algumas acções de educação no sentido de ajudar a pessoa idosa, com doença cardíaca, a aderir à terapêutica medicamentos.

A análise dos dados foi uma análise indutiva, partindo do verbatim das entrevistas. Pode dizer-se que os dados se organizaram em torno de cinco categorias principais, os quais confluíram para um tema central, denominado Condicionantes para a Adesão/ Não Adesão das Pessoas Idosas à Medicação, situações que respondem à questão de partida.

Conclui-se que existem problemas de adesão terapêutica, no regresso a casa da pessoa idosa, com doença cardíaca, e que esteve internada. Isto deve-se, essencialmente, a falta de conhecimento, défice de apoio familiar ou complexidade do regime terapêutico sendo, por isso, necessário implementar um plano de intervenção adequado a cada pessoa.

Palavras chave:

Pessoas idosas, doença cardíaca, aderência à medicação, intervenção, informação.

ABSTRACT

Every day re-admissions of elderly people at hospitals with coronary disease by poor compliance or abandonment of medication led us to place the following question: Does an elderly person with coronary disease has difficulty taking, at his residence, the medication he is prescribed at the time of homecoming and after hospitalization?

To try to enter the conceptual world of our subjects, there is the need to set an inductive study, both qualitative and descriptive, because we want to emphasize the description and to help understand the situation at study.

Data was collected through interviews. Collecting Data can serve as organizational strategy in order to modify existing practices and by the knowledge and awareness of the obstacles, establish some measures of education in helping the elderly person with coronary disease to adhere to drug therapy.

Data analysis was an inductive analysis, starting from the interviews verbatim. It can be said that the data was organized in five major categories, which converge to a central theme called conditioning for compliance / noncompliance of Elderly people on medication, which answer the initial question.

We conclude that there are problems of compliance in the returning home of elderly people with coronary disease who were hospitalized. This is mainly due to the lack of knowledge, lack of family support or the complexity of the drug therapy, being therefore necessary to implement a plan of intervention specific for each case.

Key words:

Elderly people, coronary disease, compliance to medication, intervention, information

INDICE

1- INTRODUÇÃO.....	8
I PARTE	14
2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	15
2.1 - A DOENÇA CARDIOVASCULAR.....	15
2.2 - A ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR.....	17
2.3 - FACTORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO À TERAPÊUTICA NAS PESSOAS IDOSAS	22
2.4 - INTERVENÇÕES QUE PROMOVEM A ADERÊNCIA À TERAPÊUTICA	28
II PARTE.....	42
3 - PERCURSO METODOLOGICO	43
3.1 -PROBLEMATIZAÇÃO	43
3.2 - OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO.....	45
3.3 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	45
3.4 - TIPO DE ESTUDO	46
3.5 - PARTICIPANTES	48
3.6 - RECOLHA DE DADOS	49
3.7 - PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	52
3.8 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	55
3.9 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO	57
III PARTE	58
4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	59
4.1 – FUNDAMENTOS DA NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA	61
5 - CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES	91
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

INDICE DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 – Características dos participantes.....	49
FIGURA 1- Organigrama das categorias, resultantes da análise indutiva	60

1 – INTRODUÇÃO

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004), tem como propósitos basilares, a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a maximização da capacidade funcional dos idosos; a prevenção das doenças; a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente a sua função na sociedade.

No supracitado programa é referido que, devido aos progressos conseguidos ao nível das ciências da saúde, houve um aumento da esperança média de vida, de 30 anos, no decurso do século XX, e que apesar deste aumento da longevidade a realidade portuguesa ainda fica aquém dos padrões europeus.

O aumento da longevidade da população apresenta-se como um fenómeno observado em todos os países e que se deve sobretudo a dois factores essenciais; o aumento da esperança de vida (devido aos avanços da medicina e consequente diminuição das taxas de mortalidade na infância e idade adulto) e a redução da taxa de natalidade (Pimentel, 2001).

Para a mesma autora (2001), o envelhecimento é definido como um conjunto de processos, que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento, e está relacionado com o percurso de cada pessoa, no seu continuum de vida. Não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial que afecta todos os seres vivos a nível biológico, psicológico e social. Trata-se de um fenómeno inevitável, inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e diferenciação e que está associado a um conjunto de modificações sociais, repercutindo-se no contexto familiar e social.

Para que o envelhecimento não seja um problema, mas uma fase natural do ciclo de vida, é necessário uma acção integrada, ao nível da mudança de comportamentos e

atitudes, da população em geral e da formação dos profissionais de saúde, assim como uma adequação dos serviços de saúde às novas realidades sociais e familiares (Ministério da Saúde, 2004).

É, pois, desejável que estes contribuam para que as pessoas de idade avançada tenham oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o mais tempo possível, uma vez que muitas das situações de fragilidade e incapacidade, habituais nos idosos, estão frequentemente relacionadas com situações susceptíveis de prevenção (Ministério da Saúde, 2004).

Para que o envelhecimento aconteça com mais qualidade, a World Health Organization (WHO, 2002) refere ser fundamental que os decisores políticos se debrucem sobre algumas questões que se tornam de grande pertinência na actualidade: Como ajudar as pessoas a permanecer independentes e activas durante o processo de envelhecimento? Como reforçar a promoção da saúde e as políticas de prevenção, com o intuito de melhorar a qualidade de vida na terceira idade? Que assistência dar às pessoas que envelhecem, para que elas se mantenham no seu meio e o mais independentes possível? Como reconhecer e apoiar o importante papel dos cuidadores informais?

Reforçando esta ideia Henriques (2006), refere que “ é conveniente fazer uma análise da realidade actual e propor algumas mudanças de modo a que o envelhecimento da população, que actualmente já é uma realidade, aconteça com mais qualidade”, (p.4), sendo esta última, nas pessoas idosas, largamente influenciada pela capacidade em manter autonomia e independência.

A realidade mostra-nos que, apesar dos avanços na área da saúde, com o passar do tempo, as pessoas tendem a ter mais doença, algumas atingindo um carácter de cronicidade, situações que, muitas vezes, condicionam a saúde, a autonomia, a independência e a qualidade de vida da pessoa idosa. Grande parte das doenças crónicas, estão relacionadas com estilos de vida adoptados pelos indivíduos, no continuum da sua vida e que se vão repercutir na velhice. A informação sobre as doenças crónicas mais prevalentes e o modo de as controlar, é indispensável à capacitação das pessoas idosas para lidarem com a sua evolução, e para prevenir o aparecimento das suas complicações (Ministério da Saúde, 2004).

De entre as doenças crónicas, surge a doença coronária isquémica. Esta é um acontecimento, na maioria das vezes inesperado e adverso, com repercussões na qualidade de vida da pessoa, sendo necessário que esta adira ao tratamento medicamentoso prescrito, para que consiga minimizar os efeitos nefastos da doença e evitar complicações, sobretudo a morte precoce.

Os enfermeiros têm aqui um papel relevante, através do conhecimento da pessoa, das suas necessidades e dificuldades, com vista à promoção de estratégias de adaptação, que possibilitem a motivação da pessoa para a adopção de comportamentos alternativos, baseados em estilos de vida mais saudáveis, nomeadamente a adesão ao processo medicamentoso, de modo a limitar a evolução do processo patológico e suas complicações (Pinto, 2005).

As doenças cardiovasculares são referidas, pelo Ministério da Saúde (2003), como um dos maiores problemas de saúde pública, por causarem consequências nefastas para a pessoa, para a sociedade e para o próprio sistema de saúde. Assim, quanto melhor for a adesão ao tratamento prescrito, maiores são as possibilidades da pessoa viver melhor e de diminuir a taxa de morbilidade, o que beneficia a pessoa e consequentemente o sistema de saúde.

Cumprir todo o esquema medicamentoso proposto e muitas vezes imposto pelos profissionais de saúde nem sempre é fácil e, segundo Cluss e Epstein (1985), as dificuldades sentidas resultam, não raras vezes, numa deficiente adesão à medicação com o conseqüente agravamento do estado de saúde. Muitos dos ganhos em saúde, nas últimas décadas, são devidos ao uso racional de medicamentos (Henriques, 2006), no entanto, um dos principais problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono, ou o incorrecto cumprimento dos tratamentos prescritos (Delgado & Lima, 2001).

Ter acesso fácil ao médico e à medicação, não é equivalente a ter melhores condições de saúde. A prática da automedicação, ou uma baixa adesão terapêutica, podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros que, consequentemente, elevam os custos aos serviços de saúde.

O cumprimento do esquema terapêutico após o surgimento da doença evita o agravamento e a progressão desta, sendo que segundo a WHO (2003), as consequências da má adesão comprometem severamente a eficácia do tratamento, agravam o estado de saúde da pessoa e, conseqüentemente, elevam os custos nas despesas de saúde.

Reforçando esta ideia Cluss e Epstein (1985), referem que a baixa adesão pode resultar no agravamento da sintomatologia e progressão da doença, no aumento de consultas de urgência, no aumento de prescrições desnecessárias de fármacos mais potentes e/ ou mesmo mais tóxicos e no fracasso do tratamento levando, conseqüentemente, ao aumento da morbidade, hospitalizações e/ou despesas desnecessárias, o que representa uma utilização ineficaz do sistema de saúde.

A WHO (2002), estima que a adesão aos tratamentos a médio e a longo prazo, nos países desenvolvidos, seja aproximadamente os 50% e refere que tão fraca adesão compromete seriamente a eficácia dos tratamentos, tendo implicações dramáticas para a qualidade de vida das pessoas idosas e as consequências económicas para o sistema de saúde.

O impacto negativo que a fraca adesão terapêutica tem tido sobre o sistema de saúde, tem levado a que, actualmente, este problema esteja a ser alvo de atenção por parte da comunidade científica, profissionais de saúde, políticos e dirigentes, tendo em vista a melhoria da qualidade dos cuidados.

Nos últimos 50 anos, têm sido segundo a WHO (2003), prestados cuidados de saúde segundo modelos inadequados para enfrentar as necessidades da população. A má adesão ao tratamento, nas doenças crónicas, é um problema mundial de magnitude impressionante e que tende a aumentar à medida que o número de doenças crónicas cresce, sendo inegável que muitos doentes têm dificuldades em seguir as recomendações terapêuticas. É, por isso, necessário aumentar a eficácia das intervenções em saúde com a finalidade de melhorar a aderência aos tratamentos prescritos (WHO, 2003).

Neste sentido Bugalho e Carneiro (2004) referem que, “ o problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz”(p. 9).

Neste contexto a WHO (2003), refere que apesar das evidências, continua a haver tendência para atribuir-se, como causa deste problema, os factores relacionados com o doente quando, muitas vezes, eles estão relacionados com negligência dos prestadores de cuidados e do próprio sistema de saúde.

Existe uma multiplicidade de factores que interferem com a adesão ao regime terapêutico e não há nenhuma estratégia de intervenção ou pacote de estratégias que se tenha mostrado eficaz em todos os doentes, pelo que é importante avaliar com precisão, não apenas a adesão, mas também os factores que a influenciam, tendo em atenção cada pessoa em particular e formar os profissionais de saúde para avaliar o risco de não adesão, aperfeiçoando as suas intervenções, com vista à optimização da aderência terapêutica (WHO, 2003).

Percebendo a importância que assume o problema da não adesão ao tratamento prescrito, é propósito deste estudo conhecer as dificuldades sentidas pelas pessoas idosas com doença cardíaca no cumprimento da medicação que lhes é prescrita no momento da alta hospitalar, pois pensamos que este é um dos primeiros passos para compreender os problemas/ factores que levam estas pessoas a não aderir à medicação, sabendo nós que esta tem graves repercussões na qualidade de vida da pessoa.

O envelhecimento populacional é um bem precioso e um dos maiores trunfos da humanidade, mas também um dos maiores desafios (WHO, 2003). Porque, “Conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem que ser um objectivo individual de vida e uma responsabilidade colectiva para com as pessoas idosas” (Ministério da Saúde, 2004).

Parte-se para este trabalho tendo presente esta premissa e a necessidade de compreensão das dificuldades, apresentadas pela pessoa idosa com doença cardíaca, na adesão ao regime medicamentoso prescrito quando do seu regresso a casa, após o internamento hospitalar. O relatório foi estruturado em três partes; na primeira é feita

uma abordagem teórica, na qual se pretende compreender a problemática da adesão terapêutica, segundo alguns teóricos (e.g. Maanen et al., 2009; Mann, 2009; Antonelli, et al., 2008; Loon, 2008; Ross, 2008; Steven et al., 2008; Clolowski & Cantwell, 2007; & Murray et al., 2007). Na segunda parte desenvolve-se a abordagem metodológica e na terceira procede-se à análise dos dados recolhidos por entrevistas realizadas a pessoas com doença cardíaca, após o seu regresso a casa, depois do internamento hospitalar.

I PARTE

2 - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1 - A DOENÇA CARDIOVASCULAR

As doenças cardiovasculares são responsáveis por cerca de 40% das mortes prematuras em Portugal (Ministério da Saúde, 2003). Estudos recentes demonstraram que, actualmente, há uma tendência decrescente da mortalidade associada a estas patologias. Este facto deve-se, em grande parte, à melhoria das condições sanitárias, socio-económicas e aos avanços na terapêutica, os quais permitem que a pessoa sobreviva a eventos cardiovasculares agudos. No entanto se, por um lado se prolonga a vida, por outro, proporciona-se um terreno mais fértil para o surgimento de outras doenças (Prior, Antunes, Baía, Pereira & Lopes, 1999).

As doenças cardiovasculares estão segundo Cuppari (2002), subdivididas em acidentes vasculares cerebrais (AVC) e em doenças coronárias, sendo o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) a mais comum destas últimas. Este autor (2002), refere que o EAM surge devido a uma limitação do fluxo coronário, resultado do processo aterosclerótico, com formação de placas que causam o estreitamento do lúmen das coronárias. Quando surge uma fissura ou um processo ulcerativo sobre uma placa aterosclerótica complexa e irregular, a exposição de colagénio e fragmentos de tecido conjuntivo da região sub-endotelial, no momento da lesão, promove mais adesão e agregação plaquetária com activação da cascata de coagulação, a qual vai resultar na formação do trombo sobre uma placa aterosclerótica, que vai levar à redução do fluxo sanguíneo ou mesmo à necrose do músculo cardíaco (Cuppari, 2002).

O Enfarte Agudo do Miocárdio é uma doença multifactorial sendo, os seus factores de risco, idênticos aos das doenças cardiovasculares em geral. Carrageta (2005), refere que se entende por factor de risco uma característica inata ou adquirida, de um indivíduo, que o predispõe à probabilidade de sofrer ou vir a falecer de determinada doença ou condição.

A gravidade da doença depende da localização, da severidade do estreitamento aterosclerótico das coronárias, do tamanho do leito vascular, perfundido pelo vaso estreitado, do desenvolvimento da circulação colateral e da presença de factores teciduais capazes de modificar o processo necrótico (Cuppari, 2002).

Para compensar a perda de células miocárdicas, mecanismos hemodinâmicos e neuro-humorais são activados, visando aumentar a força contráctil do miocárdio não lesado, indo desta forma preservar a função cardíaca, o que nem sempre é possível. Hoje, a insuficiência cardíaca, é vista como uma síndrome, que tem como principal causa a miocardiopatia isquémica. Ela resulta da incapacidade dos ventrículos em bombear as quantidades adequadas de sangue, para manter as necessidades periféricas do organismo e pode ter uma progressão mais ou menos lenta, permanecendo compensada por muitos anos. Actualmente é vista como uma doença da circulação e não apenas do coração (Cuppari, 2002).

A insuficiência cardíaca é frequentemente acompanhada por retenção hídrica traduzida por sinais de congestão venocapilar pulmonar e /ou congestão venosa sistémica. A dispneia, os edemas periféricos e o cansaço fácil são os sinais e sintomas mais frequentes, podendo evoluir até à dispneia em repouso e ortopneia ou, mesmo, o edema agudo do pulmão. A tosse é outro sintoma, que embora não sendo específico desta situação, está associado ao quadro clínico da insuficiência cardíaca. Outros sinais e sintomas podem surgir, tais como, alterações da memória (por isquémia cerebral) e do sono, insuficiência vascular periférica, cianose e oligúria (Cuppari, 2002).

A limitação da tolerância aos esforços habituais tem sido, segundo o mesmo autor (2002), utilizada para estratificar a gravidade da insuficiência cardíaca, importante para a adequação terapêutica. A abordagem terapêutica é multidisciplinar e inclui modificações no estilo de vida, dieta, fármacos diversos e em alguns casos necessidade de intervenção cirúrgica.

Tenha a pessoa idosa sofrido um Enfarte Agudo do Miocárdio ou já tenha desenvolvido insuficiência cardíaca, a adesão terapêutica é fundamental, dado que o grande objectivo do tratamento, para além de visar o alívio dos sintomas e melhorar a

capacidade funcional e a qualidade de vida, visa igualmente, evitar a progressão da doença e reduzir a mortalidade (Cuppari, 2002).

2.2 - A ADESÃO TERAPÊUTICA NA PESSOA IDOSA COM DOENÇA CARDIOVASCULAR

A adesão à terapêutica nas pessoas idosas, tem vindo a ocupar um lugar cada vez mais importante nas preocupações destas pessoas e famílias, bem como, dos enfermeiros e de outros técnicos de saúde, já que todos começam a tomar consciência das repercussões da não adesão, em termos pessoais, sociais e económicos (Henriques, 2006). Segundo esta autora (2006), a não adesão é de causa multifactorial e afecta cerca de 50% dos idosos dos países mais desenvolvidos, contribuindo significativamente para o aumento das hospitalizações, internamentos em lares, diminuição da qualidade de vida e, conseqüentemente, aumento da morbilidade e mortalidade nos idosos.

Segundo Henriques (2006), “muitos dos ganhos em saúde nas últimas décadas são, devido ao uso racional de medicamentos, salientam-se as vacinas (que previnem as doenças infecto-contagiosas no idoso, como a gripe e a pneumonia), os antibióticos (que apresentam níveis de eficácia elevados no controlo da pneumonia no idoso), os medicamentos que controlam a hipertensão arterial (e que previnem o acidente vascular cerebral e o enfarte do miocárdio) e evitam muitas mortes prematuras” (p. 11).

Apesar dos reconhecidos benefícios, parece haver um uso indiscriminado e excessivo de medicamentos que pode expor as pessoas, principalmente idosas, a efeitos colaterais desnecessários e interacções medicamentosas potencialmente perigosas. De acordo com a WHO, (1998) a automedicação é o uso de medicamentos sem prévia indicação médica. No sentido de prevenir incidentes com medicação é referido, no Despacho nº 17 690 de 10 de Agosto de 2007, constante no Diário da Republica - 2ª serie nº 154, que apesar da automedicação ser uma prática integrante do sistema de saúde, deve ser limitada ao tratamento de sintomas ligeiros e sem gravidade, sendo noutras situações totalmente desaconselhada.

Autores como Almeida, Versiani, Dias, Novaes, e Trindade (2007), referem que, nos países desenvolvidos, as pessoas com mais de 60 anos consomem aproximadamente 50% dos fármacos prescritos e são responsáveis por 60% dos custos com medicamentos. Reforçando esta ideia Berger (1995), refere que existe uma grande proporção de idosos a recorrer a numerosos medicamentos, sem que estes respondam verdadeiramente, a uma necessidade ou sejam realmente eficazes.

Na literatura consultada não existe consenso sobre o conceito “adesão” pelo que grande parte dos autores recorrem, frequentemente, à forma como esta é definida pela WHO (2003), “a medida pela qual os comportamentos da pessoa – tomando medicação, seguindo uma dieta e/ou alterando estilos de vida, corresponde com as recomendações do médico, ou outro profissional de saúde”, uma definição que enfatiza que a pessoa concorde com as recomendações dos prestadores de cuidado, e que segundo Lehane e McCarthy (2009), é adequadamente flexível para ter em conta as opiniões e atitudes dos doentes, a dinâmica ideológica das interacções enfermeiro - doente e as responsabilidades morais e práticas da profissão de enfermagem perante um doente que toma medicamentos.

A definição de adesão, proposta pelo projecto de aderência da WHO, põe em evidência o facto de a adesão ser diferente do mero cumprimento de um tratamento. Ela centra-se principalmente na participação activa do doente nos cuidados de saúde. A participação activa, implica que os doentes adiram ao plano de tratamento porque compreendem e partilham a necessidade de tomar rigorosamente os medicamentos, conforme a prescrição, conhecem o impacto das tomas correctas dos medicamentos, na evolução da sua doença na qualidade da própria vida, aceitam as mudanças a fazer nos hábitos de vida e são activos nos cuidados da própria saúde.

Em concordância, Porta apud Car citado em Reiners (2005), diz que, a adesão “é fruto da compreensão da própria situação de saúde e qualidade da integração médico-doente, que mensura a adaptabilidade das intervenções a factores subjectivos, históricos e ambientais” (p. 25). Do mesmo modo utiliza o termo não adesão ao regime terapêutico, definindo-o como atitudes e comportamentos do doente que não condizem com o conjunto de medidas terapêuticas prescritas para controlo da doença (medidas farmacológicas e não farmacológicas).

Outros termos são utilizados para definir adesão, tais como cumprimento (*compliance*), persistência, concordância, mas segundo o National Council on Patient Information and Education (NCPIE, 2007), estes termos reflectem visões diferentes sobre o relacionamento entre o doente e o prestador de cuidados. Deve, assim, haver uma uniformização dos conceitos, para que seja cumprido o objectivo: melhorar a auto-administração dos medicamentos e promover melhores resultados em saúde.

A adesão e *compliance* são, segundo Lehane e McCarthy (2009), termos idênticos, pois ambos se referem ao grau em que o comportamento da pessoa, em relação à toma da medicação e ao cumprimento da dieta e alteração dos hábitos de vida, coincide com as instruções dadas pelo profissional. Os mesmos autores (2009), referem que o conceito de concordância, inicialmente definido como “o acordo alcançado após negociações, entre o doente e o profissional de saúde, respeitando este, as crenças e os desejos do doente, para determinar a forma como os medicamentos são tomados”, está actualmente a ser substituído pelo termo cumprimento (*compliance*), embora este implique que os doentes tenham que ter os conhecimentos necessários para estarem preparados para uma parceria, com os profissionais, e que, para tal, é necessária uma boa comunicação entre doente e profissionais de saúde.

Em consonância, Cramer (2008) refere que, o cumprimento da medicação (*compliance*) é sinónimo de aderência à medicação, e diz respeito ao grau ou extensão de conformidade com as recomendações sobre o tratamento, no dia-a-dia, tais como: tempo, dosagem e frequência, fazendo referência a outra terminologia: a persistência. Nesta é, segundo este autor (2008), feita uma avaliação retrospectiva com base no acto de continuar o tratamento, em termos de duração. É um termo que ainda, segundo o mesmo autor (2008), operacionaliza o tempo entre recargas, o número de recargas e a renovação da prescrição médica ou seja, o número de doses dispensadas em função do período de dispensa o que é, muitas vezes, denominado o “índice de posse do medicamento”

Muitos especialistas que estudam os comportamentos da pessoa tomando medicamentos, preferem segundo Lehane e McCarthy (2009), a utilização do termo adesão, uma vez que este incorpora as dimensões essenciais dos termos concordância e cumprimento (*compliance*). Este último, não deve ser adoptado, porque segundo os

autores, parece ter uma natureza paternalista, pelo que a sua utilização limita o verdadeiro potencial e autonomia da participação do doente, enquanto o termo persistência se refere ao acto de continuar o tratamento em termos de duração.

A adesão à terapêutica é reconhecida como um dos principais desafios que os profissionais de saúde enfrentam nos cuidados de saúde, existindo consenso entre os autores consultados (eg. Maanen et al., 2009; Mann, 2009; Antonelli, et al., 2008; Loon, 2008; Ross, 2008; Steven et al., 2008; Clolowski & Cantwell, 2007; & Murray et al., 2007;) quando referem que a farmacoterapia é fundamental para a gestão da doença e sintomas e que, uma inadequada adesão à terapêutica, pode contribuir para um aumento da morbidade e mortalidade, e elevando significativamente os custos da saúde, sendo, actualmente, considerada uma grave questão de saúde pública.

As razões que levam o doente a não aderir à medicação são várias e complexas. Segundo Ho, Bryson e Rumsfeld (2009), elas podem ser intencionais e não intencionais. O abandono intencional é, segundo estes autores (2009), um processo activo pelo qual o doente decide afastar-se do regime terapêutico. Este pode ser um processo de decisão racional, na qual o indivíduo pesa os riscos e os benefícios do tratamento contra os efeitos adversos. O abandono não intencional é um processo passivo, no qual pode haver apenas descuido ou esquecimento do esquema terapêutico.

A WHO (2003), categorizou 5 potenciais razões para a não adesão à terapêutica: o doente (ex: deterioração física, ou cognitiva), a sua condição (ex: existência de doença assintomática, ou de um quadro depressivo associado), o esquema terapêutico complexo, as condições sócio-económicas (ex: baixa escolaridade, suporte social inexistente, altos custos da medicação), e as relacionadas com os factores associados ao sistema de saúde (ex: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, défices na continuidade de cuidados, comunicação pobre ou défice na relação com os profissionais de saúde). É necessário, segundo a WHO (2003), estar desperto e ser conhecedor destas potenciais razões, para poder actuar eficazmente.

Os métodos para avaliar a adesão à medicação são diversos. Segundo Ho et al. (2009), os métodos directos incluem a observação directa ou a medição dos marcadores biológicos no sangue. Apesar de, segundo os autores (2009), serem métodos robustos,

não são práticos para o uso clínico, sendo o último deles pouco fiável, pela possibilidade de se obterem resultados inconclusivos, dadas as variações possíveis do metabolismo.

Os métodos indirectos, para avaliar a adesão à medicação, incluem questionários, auto-relatos, contagem de comprimidos, taxa de recargas da prescrição, observação dos doseadores electrónicos, avaliação de marcadores fisiológicos e avaliação clínica do doente, sendo os mais utilizados os auto-relatos, a contagem de comprimidos, e as recargas da farmácia (Ho et al., 2009).

Relativamente aos auto-relatos, eles podem ser associados a questionários, já que, e de acordo com Ho et al. (2009), os auto-relatos por si só podem ser tendenciosos e por conveniência social o doente dê uma perspectiva optimista. A escala de Morisky é segundo os mesmos autores (2009), uma das mais usadas para medir a adesão, sendo que esta medição pode ser complementada, pelas avaliações dos marcadores fisiológicos, tais como, as avaliações do colesterol LDL e níveis de pressão arterial, considerando-se que reduções acima dos 80% são bons indicadores de um nível ideal de adesão à medicação (Ho et al., 2009).

Estes mesmos autores (2009) referem, ainda, que as contagens de comprimidos, com doseadores electrónicos, são frequentemente utilizadas em ensaios e estudos randomizados para avaliar a adesão à medicação. Relativamente à taxa de recargas da prescrição, Ho et al. (2009) relatam que são métodos baseados nos dados da farmácia, os quais se definem em função da proporção do número de doses dispensadas, relativamente ao período de dispensa, implicando este método, que o doente compre a medicação sempre na mesma farmácia.

Na pesquisa efectuada, constata-se a concordância dos autores quanto ao facto da má adesão aos tratamentos agravar o estado de saúde dos idosos, sendo necessário identificar os problemas de uma forma personalizada e ajudar com intervenções dirigidas e eficazes, para melhorar a aderência à medicação prescrita, ajudando-os a superar as possíveis barreiras a ela existentes (Maanen et al., 2009; Mann, 2009; Antonelli, et al., 2008; Loon, 2008; Ross, 2008; Steven et al., 2008; Clolowski & Cantwell, 2007; Murray et al., 2007;).

E tal como nos referem Jackevicius, Li e Tu (2008), a prevenção secundária do Enfarte Agudo do Miocárdio é conseguida, essencialmente, a partir dos benefícios da medicação, pelo que é de extrema importância a adesão à terapêutica. Para estes autores (2008), existem dois tipos de não adesão: a não adesão primária, a que ocorre no início do tratamento, quando o doente recebe a receita, mas não compra a medicação, sendo esta a forma mais grave de abandono terapêutico, e a não adesão secundária, quando o doente inicia o tratamento, mas por várias razões, não acompanha as instruções dadas pelo profissional de saúde. Esta última, a mais estudada, é responsável pelo aumento da mortalidade, das hospitalizações e dos custos elevados na saúde.

2.3 - FACTORES QUE INTERFEREM NA ADESÃO À TERAPÊUTICA NAS PESSOAS IDOSAS

A adesão ao tratamento é um processo dinâmico, influenciado por vários factores simultaneamente, que requer um acompanhamento cuidadoso, com intervenções específicas em termos individuais, em que a família, os doentes e a comunidade em geral, têm um papel importantíssimo. Esta requer uma abordagem multidisciplinar com intervenções concertadas de todos os intervenientes no processo de cuidar (Henriques, 2006).

Em concordância com o anterior exposto, Almeida et al. (2007), referem-nos que a adesão ao tratamento é, influenciada por múltiplos factores, não existindo um único tipo de intervenção, que tenha demonstrado efectividade, para aumentar a adesão em todos os doentes. Assim, as intervenções devem ser definidas a partir de singularidades e orientações individuais, planeando e implementando estratégias adequadas a cada pessoa idosa, contemplando a singularidade de cada situação.

Segundo Almeida et al. (2007), um grande número de doentes deixa o consultório médico sem ter a compreensão exacta de como proceder para seguir o tratamento, ou porque a situação não lhes foi claramente explicada ou quando o foi, o doente não entendeu a terminologia usada pelo prescriptor. Estes autores referem, ainda, que existem correlações significativas entre o conhecimento do regime terapêutico e a

adesão. Doentes com mais conhecimento, sobre a medicação prescrita, bem como sobre os comportamentos requeridos para o seguimento do tratamento, parecem aderir melhor, comparativamente com os que têm menos informação.

Para Lewin citado em Almeida et al. (2007), o comportamento de um indivíduo é influenciado pelas suas crenças e expectativas sendo, a percepção da situação, um forte elemento de motivação para o comportamento. Assim, para realizar um comportamento de saúde e aderir a um regime de saúde preventivo ou reabilitativo, a pessoa necessitaria sentir-se ameaçada pela doença e sentir que tem poder para vencer a situação, sendo que a tomada de decisão se baseia nas suas expectativas.

O Modelo de Crenças de Saúde, (Ribeiro, 1998), afirma que:

“a disposição para implementar comportamentos de saúde é determinada pela percepção que o indivíduo tem da probabilidade de ter uma doença, e pela percepção que tem da gravidade das consequências de adoecer. Perante determinada ameaça, o indivíduo avalia a sua acção em termos dos benefícios potenciais, que ela pode trazer na redução da ameaça, pesando as barreiras existentes à aplicação dos comportamentos, e seus custos, sendo assim necessário existir um sinal, um estímulo desencadeador, que leve o indivíduo a actuar, que elicite o comportamento adequado” (p. 146).

De igual modo, Gatto citado em Netto (1997), refere que quando o idoso não consegue adaptar-se ao envelhecimento, entra em crise. Alguns factores que precipitam a crise são perda da beleza física ou da saúde, reforma, ameaças à segurança financeira, viuvez, perda de amigos e/ou familiares e preconceitos. Este autor refere que estes factores desencadeantes, podem causar alterações graduais na situação clínica da pessoa idosa, e influenciar a não adesão à medicação. Da mesma forma, a perda da saúde, ou uma mudança no seu estado, pode ter como resposta comum a negação, sendo esta é um mecanismo de defesa que protege a pessoa frente a aspectos dolorosos e perturbadores da realidade. Ao negar que está doente, não faz qualquer terapêutica, por considerar desnecessária.

A baixa adesão à medicação prescrita é, segundo a WHO (2003), a razão primária da redução do benefício clínico, levando a complicações médicas e psicossociais e reduzindo a qualidade de vida nos idosos. Ela é um problema comum em todas as idades, mas como os idosos utilizam mais medicações que os jovens e como a não

adesão aumenta, em proporção com o número de medicações utilizadas, é nos idosos que ela se torna mais relevante (Duthie & Katz, 2002).

Para Henriques (2006) “a não adesão não é só um problema porque se traduz em resultado negativo de saúde, mas porque também constitui um custo acrescido para os doentes e para as organizações de saúde” (p.14). Os idosos, muitas vezes, não tomam a medicação porque apresentam limitações funcionais que lhes limitam a capacidade de abrir embalagens, bem como, cometem erros por dificuldade de visão, ou de compreensão das instruções fornecidas pelos profissionais de saúde, sendo que as falhas de memória são uma das causas principais para não tomar a medicação. A baixa adesão poderá estar, igualmente, associada à polimedicação, receio de efeitos adversos, crença que a medicação tem poucos benefícios, incapacidade física para auto-administrar os medicamentos, limitações económicas e diminuição intencional da dose prescrita.

Associado ao baixo poder aquisitivo dos doentes está, segundo Almeida et al. (2007), o baixo *status* socioeconómico, a pobreza, o analfabetismo, o baixo nível de escolaridade, o desemprego e a condição de vida instável, que pode dificultar, também, a compreensão de prescrições orais e escritas e consequentemente a adesão.

Para Renovato e Dantas (2005), a adesão ao tratamento depende das características do doente, da doença e do regime terapêutico. O comportamento de saúde é determinado pela percepção do doente sobre a sua susceptibilidade à doença, a gravidade da mesma, os benefícios do tratamento e as barreiras ao tratamento. Cada pessoa percebe os acontecimentos reais, descrevendo-os, de um modo particular, prestando atenção a detalhes diferentes.

Frequentemente, médicos e doentes, discordam quanto à responsabilidade pelo insucesso do tratamento: os primeiros alegam falta de cumprimento do regime terapêutico e os últimos creditam a responsabilidade aos profissionais de saúde, por interagirem com ele de forma inadequada, como por exemplo, fornecendo somente breves informações ou usando vocabulário de difícil compreensão (Oigman, 2001).

Apesar de evidências em contrário, continua a existir a tendência para se centrar os factores de má adesão no doente, quando este precisa é ser ajudado, e não culpabilizado, pelo que a gestão do regime terapêutico deverá ser uma actividade que justifica intervenções específicas de enfermagem, para promover a saúde destas pessoas (WHO, 2003).

Melhorar a adesão requer um processo contínuo e dinâmico, cujas intervenções devem ser adaptadas à situação de doença e às características do doente, acreditando que este deve ser um parceiro activo do profissional de saúde, no seu próprio cuidado, e que uma boa comunicação é imperativa para uma prática eficaz.

O tratamento das pessoas idosas torna-se, por vezes, complicado devido a vários factores que são únicos para este grupo etário. Para Duthie e Katz (2002), neste grupo etário as múltiplas condições de co-morbilidade, variações genéticas e efeitos fisiológicos do envelhecimento, podem interagir umas com as outras e alterar a disposição da droga no idoso. Existem poucas informações sobre os efeitos da idade e a sua relação na resposta à droga em pessoas idosas, por défice de estudos de pesquisa clínica, no entanto é sabido que pessoas idosas, com idades semelhantes, experimentam resultados diferentes perante a mesma dosagem de medicamento, dependendo esta, do estado nutricional, das funções renal e hepática do doente (Duthie & Katz, 2002).

Para Berger (1995)

“as interacções medicamentosas produzem-se quando as propriedades de um medicamento são modificadas pela administração de um outro medicamento ou de outros produtos. As pessoas idosas que consomem muitos medicamentos, não se expõem apenas aos efeitos indesejáveis de cada um deles, mas também aos efeitos provocados pela combinação de dois ou vários produtos. Assim a acção farmacológica pode ser suprimida (quando dois medicamentos com efeitos farmacológicos opostos entram em interacção), ou potenciada (quando dois medicamentos com efeitos farmacológicos semelhantes entram em interacção” (p.452).

O uso concomitante de vários medicamentos, enquanto estratégia terapêutica, associado à multiplicidade de diagnósticos contribui, segundo Secoli (2001), para ampliar o fenómeno das interacções medicamentosas.

Para Ballone (2002), as doenças ou complicações iatrogénicas, são as que decorrem da intervenção do médico e de outros profissionais de saúde e da qual e resultam consequências prejudiciais para a saúde do doente.

Segundo o mesmo autor (2002), uma das razões para maior incidência de iatrogenia, são as modificações farmacocinéticas e farmacodinâmicas das drogas, determinadas pelo processo de envelhecimento, associadas à multiplicidade de diagnósticos e ao uso de medicamentos cada vez mais agressivos e sofisticados.

É comum, também, o idoso apresentar-se em diferentes consultas médicas, com múltiplas queixas, e o médico prescrever diversos medicamentos. A não adopção de um esquema terapêutico racional, aumenta a probabilidade de incidência de reacções adversas, decorrentes da possibilidade de interacção entre eles. Berger (1995) designa de “efeito adverso toda a reacção prejudicial (sintoma novo ou não habitual) não intencional, que se segue ao emprego de medicamentos prescritos ou registados, com uma finalidade terapêutica, sendo este, duas a sete vezes mais elevados nas pessoas com mais de 65 anos” (p. 449). Relativamente à definição de reacção adversa a WHO (2002), acrescenta que “é toda a resposta lesiva, e não desejada, que se apresenta nas doses habitualmente utilizadas na espécie humana para o tratamento, a profilaxia e o diagnóstico da doença”.

Segundo Duthie e Katz (2002), a incidência de reacções adversas a drogas aumenta cerca de 10% em pessoas com 40-50 anos de idade, para 25% em pessoas com mais de 80 anos. Algumas drogas comumente prescritas na pessoa idosa, podem constituir uma ameaça à vida ou originar reacções adversas incapacitantes. É o exemplo de algumas drogas cardiovasculares e psicotrópicas que são utilizadas com o princípio do benefício, mas que por existirem alterações desconhecidas relacionadas com a idade, como uma diminuição da função renal, que diminui a excreção e prolonga a sua acção, mantendo-se no organismo por um período de tempo mais prolongado, facto que predispõe a pessoa ao acontecimento de uma reacção adversa (Duthie & Katz, 2002).

Estas pessoas são particularmente sensíveis a um grupo de medicamentos, que possuem efeitos anticolinérgicos. Estes efeitos, conforme descrito em Beers (2004), são causados por fármacos que bloqueiam a acção da acetilcolina, um

neurotransmissor, que ajuda a comunicação entre as células nervosas e entre estas e os músculos. Embora segundo o autor, a maioria das substâncias não seja projectada para bloquear a acetilcolina, este efeito surge como um efeito colateral, ao qual as pessoas idosas são particularmente sensíveis, porque com o passar dos anos a quantidade e a capacidade orgânica de utilização da acetilcolina no organismo decresce significativamente.

As reacções adversas aos medicamentos podem passar despercebidas ou simular os sintomas de outras doenças (Duthie & Katz, 2002). Estes autores referem que, geralmente, outra droga é prescrita para tratar estes sintomas, aumentando ainda mais a possibilidade de acontecer outra reacção adversa aos medicamentos. Esta situação poderá tornar-se mais complicada, se o doente visita vários médicos que prescrevem drogas independentemente uns dos outros. As drogas poderão interagir, causando efeitos nefastos e potencialmente perigosos. Para Duthie e Katz (2002), este é o motivo porque muitos estudos falham e que apenas se conhece que a, polimedicação se correlaciona fortemente com a incidência de reacções adversas às drogas, devido à co-morbilidade múltipla associada a esta faixa etária.

Para tratar as diversas situações de co-morbilidade, que comumente surgem durante o processo de envelhecimento são, por vezes, necessárias prescrições complexas e difíceis de seguir. Este facto é frequentemente agravado pelo declínio cognitivo, que se apresenta, para Werlang, Argimon e Stein (2008), como o motivo pelo qual estas pessoas são fortes candidatos à não adesão terapêutica.

A diminuição das capacidades cognitivas está descrita em Werlang et al. (2008), como a origem de muitos erros terapêuticos, por enganos nas doses, nos horários, troca de medicamentos, esquecimentos e posterior toma do mesmo medicamento passado pouco tempo. Reforçando o referido anteriormente, estes autores (2008), são da opinião que a não adesão ao regime terapêutico, pode ocorrer de forma intencional ou não, e consideram que quando está relacionada com limitações físicas, aspectos financeiros e cognitivos deve ser considerada não intencional. Entre os aspectos cognitivos encontram-se as dificuldades de compreensão e recordação das orientações recebidas relativamente aos horários de administração dos medicamentos (Werlang et al., 2008).

Outra das capacidades cognitivas, que torna igualmente os idosos especialmente vulneráveis aos erros terapêuticos é o défice visual. Este, como nos refere Henriques (2006), está na origem de uma deficiente utilização dos medicamentos, devido à impossibilidade da leitura das instruções, à dificuldade no reconhecimento do medicamento, principalmente quando são do mesmo laboratório e têm embalagens semelhantes.

As dificuldades financeiras são outro aspecto não intencional referido em Werlang et al. (2008). Os valores de pensão de reforma, que muitas pessoas recebem através da Segurança Social levam, por vezes, a que estes apresentem dificuldades económicas. É com aquele recurso financeiro que mantêm a sua sobrevivência e a da sua família e atendem às suas necessidades de saúde, sendo esta situação muito delicada e que pode conduzir a que não consigam frequentar consultas de especialidade e/ou manter as terapêuticas recomendadas (Almeida et al., 2007).

A prevenção e a promoção da saúde, bem como o bem-estar da população em geral, e dos idosos em particular é/ deve ser uma responsabilidade de cada um de nós e da sociedade em geral. Têm contudo os enfermeiros um papel privilegiado nestas vertentes, intervindo junto das pessoas informando-as e encorajando-as a adoptar as soluções que lhes sejam mais adequadas e permitam manter o maior bem-estar possível.

2.4 - INTERVENÇÕES QUE PROMOVEM A ADERÊNCIA À TERAPÊUTICA

Apesar dos muitos estudos na área da adesão terapêutica nas últimas décadas, não se têm verificado grandes alterações nas taxas de adesão, continuando um número significativo de pessoas a não obter o máximo benefício dos tratamentos médicos (Dulmen, Sluijs, Dijk, Ridder, Heerdink & Bensing, 2007). Segundo estes autores, as taxas de adesão em pessoas com doença crónica, tendem a diminuir drasticamente após os primeiros seis meses de tratamento e mesmo as intervenções aparentemente eficazes parecem ter efeitos modestos.

Estes autores referem que as intervenções de aderência são categorizadas de acordo com as principais teorias subjacentes: a teoria comportamental, a educacional, a afectiva e/ou uma combinação destas. Na perspectiva destas teorias o comportamento humano depende de estímulos ou sinais que estimulem respostas certas e as recompensas que reforcem o comportamento (Dulmen, et al., 2007).

Segundo estes autores (2007), os lembretes são um dos meios de intervenção facilitadores da aderência mais baratos que podem ser utilizados com ajuda das modernas tecnologias e parecem funcionar como pistas, incentivos ou estímulos recompensantes, levando a uma aprendizagem gradual desse comportamento, cuja manutenção desejada pode ocorrer por mecanismo automático após sucessivas repetições. No entanto na revisão sistemática da literatura feita Dulmen, et al. (2007) citam que nos estudos consultados estas medidas isoladamente não têm uma relevância significativa. Para melhorar a adesão terapêutica, são mais eficazes combinações das várias componentes.

Relativamente às intervenções educativas, elas são definidas como qualquer intervenção com a intenção de melhorar a capacidade da pessoa para gerir a sua doença. Para que estas sejam eficazes devem ser adaptadas às necessidades da pessoa e à sua situação, dando especial atenção à qualidade da relação e da comunicação entre o prestador de cuidados e a pessoa doente. (Dulmen, et al., 2007)

Neste estudo (2007) é citado que, a componente afectiva deve estar implícita nos modelos de comunicação. Estes enfatizam uma relação de confiança e afectiva, na qual o doente seja informado adequadamente. Segundo os autores (2007), ter a informação adequada não implica apenas que a pessoa compreenda e retenha a mensagem, mas que sejam criadas as condições adicionais e condições motivacionais eficazes para promover uma mudança de atitudes na pessoa, Ihe sejam sugeridas formas de incluir novos comportamentos na sua rotina diária, que esta aceite a informação sobre o regime terapêutico, assim como, também compreenda os benefícios dos comportamentos de adesão.

Para influenciar as motivações e atitudes dos doentes são também necessários outros factores externos à própria mensagem, como sejam a componente afectiva entre

terapeuta e doente, a simpatia, a empatia, o interesse, a preocupação. Em intervenções educacionais os modelos cognitivos dão uma perspectiva teórica subjacente, assumindo que o comportamento é determinado pela percepção da ameaça para a saúde e dos benefícios trazidos pelos comportamentos para a sua própria saúde e enfatizando a percepção dos doentes e suas crenças como factores motivadores para o comportamento. (Dulmen et al., 2007).

Os atributos para que a adesão terapêutica seja bem sucedida incluem bons conhecimentos em saúde, dados por uma fonte de informação credível e presença de rede social de apoio (Cohen, 2009). A educação para este autor é a grande prioridade para que a pessoa possa fazer as suas decisões de forma informada. Se a pessoa encontra um significado positivo no seu plano de saúde e nos pontos de vista do seu provedor de cuidados, é mais provável que opte por mudar comportamentos e sustente a mudança por longos períodos. Sem estas condições dificilmente podemos ter pessoas motivadas que consigam alterar os seus comportamentos e obter resultados desejáveis a longo prazo (Cohen, 2009).

Este autor (2009), refere que são múltiplas as teorias e modelos, baseados em estudos anteriormente realizados, que abordam directrizes nas quais se baseia a mudança, no entanto nenhum destes inclui todos os aspectos dos comportamentos de saúde, mas em todos é evocado que é necessário educar a pessoa e que a atitude do prestador de cuidados influencia a alteração de comportamentos, condição essencial para se efectuar a mudança.

A maioria das pessoas não estão prontas a abraçar a mudança imediata, devendo esta ser trabalhada, através de estágios de mudança, para que a pessoa vá incorporando gradualmente as metas fixadas, elogiando as realizações, avaliando os obstáculos, propondo soluções, aceitando o doente como uma pessoa de valor, com sentimentos de respeito e compreensão, métodos estes, considerados de excelência para promover a aderência (Cohen, 2009).

Neste contexto, foi criado um grupo de trabalho no Reino Unido que, segundo Krigsman, Fuchs e Nilsson (2008), elaborou um projecto no qual se sensibilizavam médicos, enfermeiros e farmacêuticos para as razões que conduziam a uma baixa

adesão terapêutica, em pessoas que tinham que tomar medicamentos por longos períodos de tempo, e se mostrava quais as atitudes perante o doente que poderiam levar a uma melhor aderência.

Segundo Krigsman et al. (2008), este projecto identificava que, para tal, é necessário ter em mente três grandes objectivos: ver o doente como um parceiro que compartilha a responsabilidade e participa activamente no seu regime terapêutico; quando lhe são prescritos medicamentos, deve identificar-se a experiência da pessoa, a sua atitude para com a doença e tratamento e verificar se esta compreendeu qual a utilidade do medicamento que vai utilizar e o porquê da prescrição; o terceiro objectivo realça também a necessidade de cada grupo profissional de saúde (médicos, enfermeiros e farmacêuticos) actuarem em parceria, na qual todos colaboram com competência para melhorar a participação activa da pessoa no seu tratamento. Estes autores (2008), alegam que uma melhor adesão só pode ser alcançada quando estes três objectivos são aplicados em cada doente.

Os doentes que receberam aconselhamento sobre a medicação, documentado na “nota de alta”, seguem mais facilmente a recomendação médica e são menos propensos a desenvolver insuficiência cardíaca, tal como os que são seguidos pelo cardiologista são mais propensos a comprar os seus medicamentos (Jackevicius et al. 2008). Segundo estes autores (2008), as causas pelas quais muitos doentes não compram a medicação relacionam-se com a complexidade do regime terapêutico e a dificuldade em segui-lo, bem como, por desconhecerem a importância da medicação e não terem a percepção da sua necessidade. As conclusões deste estudo referem que os doentes que não compram a medicação que consta na receita médica, no prazo de 120 dias, têm uma probabilidade de morte de 80%, enquanto que, os que compram apenas alguns medicamentos, a probabilidade diminuía para 44%.

A maioria das pessoas tem dificuldade em compreender os riscos da doença cardiovascular, por isso é importante que, ao nível dos cuidados de saúde primários seja feita uma avaliação do risco e, quando este é detectado, seja comunicado à pessoa para que esta possa tomar decisões. Para tal, algumas vezes há necessidade de entrevistas adaptadas à condição de cada pessoa, nas quais são dados conselhos sobre

estilos de vida saudáveis, e a pessoa é motivada para efectuar mudança nos seus comportamentos (Loon, Steenkiste, Ronda, Wensing, Stoffers, Elwyn, Grol, & Weijden, 2008).

Para melhorar a adesão ao tratamento são necessárias intervenções eficazes e grande componente educacional e comportamental, já que esta parece ser influenciada pelas crenças em saúde, tais como a percepção do risco, percepção dos benefícios e inconvenientes e estimulação de comportamentos de auto-eficácia e, partindo destas, cada indivíduo deve escolher entre as várias opções para reduzir esse risco (Loon et al., 2008). Segundo estes autores (2008), o facto da pessoa se sentir informada, com competência para esclarecer as suas dúvidas e estar envolvida no processo de tomada de decisão, pode ajudar a concordar com algumas estratégias e reduzir o risco de doença cardiovascular.

O papel do profissional de saúde, seja médico ou enfermeiro, deve ser o de um educador, envolvendo a pessoa num diálogo sobre o processo de acção para que a pessoa decida o que considera mais adequado para melhorar o seu bem-estar e qualidade de vida, auxiliando-a na sua tomada de decisão (Loon et al., 2008). Segundo estes autores (2008), o processo de tomada de decisão começa na primeira consulta, quando a pessoa define com o profissional a agenda para as que se seguirão, oferecendo várias alternativas. Dependendo de pessoa para pessoa, poderá ser necessário algumas consultas extra para acompanhar e apoiar a mudança, fazendo uma avaliação periódica dos ganhos em saúde, através da análise dos valores da tensão arterial, do índice de massa corporal ou dos valores de colesterol sérico.

A componente educacional é referida por outros autores como sendo fundamental, pois o facto da pessoa se sentir informada, com competência para esclarecer as suas dúvidas e envolvida no processo de decisão, pode ajudar a pessoa a decidir o que é mais adequado para melhorar o seu bem estar e qualidade de vida, prevenindo possíveis exacerbações da doença. (Maanen et al., 2009; Mann 2009; Antonelli et al., 2008; Loon et al., 2008; Ross, 2008; Steven et al., 2008; Cholowski & Cantwell 2007; Murray et al., 2007)

A família pode desempenhar um apoio efectivo, incentivando o doente à realização de actividades promotoras do auto-cuidado. Reforçar as relações sociais é um dos caminhos para o maximizar sendo crucial para melhorar a situação clínica nestas pessoas (Steven et al., 2008; Cholowski & Cantwell, 2007; Murray et al., 2007).

O facto da pessoa ter suporte social vai influenciar a adesão ao tratamento e beneficia todo o processo de auto-cuidado, levando a melhores comportamentos de saúde, sendo que os doentes (59,5%), relataram que os seus cônjuges ou parceiros estiveram envolvidos no processo de cuidados, muito mais frequentemente que os filhos ou os amigos (Steven, Riegel, Pawlowski, Coyne, & Samaha, 2008).

Segundo estes autores (2008), ser casado ou viver em união de facto, aumenta a probabilidade de haver mais disponibilidade e envolvimento do outro, nos diferentes cuidados médicos, podendo a família desempenhar um apoio efectivo, incentivando à realização de actividades promotoras do auto-cuidado, pela utilização de táticas positivas, como por exemplo elogiar uma mudança bem sucedida, o que conduz a uma desejável mudança nos comportamentos de saúde. Os resultados deste estudo revelam que 65% dos doentes refere não ter cumprido a medicação no último mês e que o reforço das relações sociais é um dos caminhos para maximizar o auto-cuidado, sendo este crucial para melhorar os comportamentos das pessoas idosas com insuficiência cardíaca.

O motivo pelo qual está a aumentar a prevalência dos doentes com insuficiência cardíaca deve-se, essencialmente, a dois importantes factores: o envelhecimento da população e o prolongar do tempo que as pessoas permanecem com hipertensão arterial de onde resulta uma disfunção ventricular esquerda e ainda, à eficácia dos procedimentos intensivos, que faz com que haja mais sobreviventes após um Enfarte Agudo do Miocárdio, situações estas que têm importantes repercussões socioeconómicas e implicam a necessidade de encontrar estratégias que possam minimiza-los (Antonicelli, Testarmata; Spazzafumo, Gagliardi, Bilo, Valentini, Olivieri, & Parati, 2008).

Uma das estratégias encontradas por Antonicelli et al. (2008), foi estudar os efeitos da telemonitorização, em doentes idosos com insuficiência cardíaca, sobre a adesão ao

tratamento, a qualidade de vida, a taxa de hospitalização e a taxa de mortalidade. Neste contexto, foi seleccionada uma amostra randomizada de 57 idosos, com Insuficiência cardíaca, 29 pertencentes ao grupo controle e 28 ao grupo de intervenção, ambos seguidos pela mesma equipa de cardiologia.

Aos primeiros, foi efectuado o ensino inicial sobre a importância da adesão à terapêutica e de como manter um estilo de vida adequado, tendo estes, uma consulta de vigilância, em ambulatório, de 4 em 4 meses, como realizada usualmente. No grupo de intervenção, doentes e familiares cuidadores eram submetidos a medidas educativas durante o internamento. Após a alta havia um contacto semanal com os doentes para colher informações sobre adesão terapêutica, peso corporal, valores tensionais, frequência cardíaca, débito urinário nas últimas 24 h e envio de ECG por telemedicina. Com base nestes parâmetros era efectuado acerto terapêutico pelo médico especialista.

Os autores (2008), verificaram que, no grupo de intervenção, 91% das pessoas aderiam à medicação conforme prescrição, enquanto a taxa de adesão, no grupo de controlo era de 46%, sendo que a taxa de re-internamento foi inferior no grupo de intervenção (apenas existiram 9 re-internamentos, contrariamente aos 26 no grupo controle), bem como a taxa de mortalidade também foi menor (3 no grupo de intervenção e 5 no grupo de controle).

No final do estudo estes autores (2008) referem que os doentes, no grupo de intervenção, apresentavam melhor pontuação para a qualidade de vida, relataram uma melhor percepção de saúde, tinham valores mais reduzidos de colesterol sérico, sabiam detectar precocemente a ocorrência de possíveis efeitos colaterais que exigem mudanças imediatas no tratamento administrado e comunicá-las, o que demonstra o efeito benéfico da intervenção com os idosos com insuficiência cardíaca.

Autores consultados consideram pertinente realizar consultas de *follow-up* com regularidade, onde deve ser avaliado o risco da não adesão terapêutica (Maanen et al., 2009; Mann, 2009; Antonelli et al., 2008; Loon et al., 2008; Ross, 2008; Steven et al., 2008; Murray et al., 2007). A frequência do *follow-up* e as visitas de acompanhamento regulares, são indicadores importantes para a continuidade dos cuidados. Segundo Mann (2009), um estudo com mais de 19 mil participantes demonstrou que, os que

tinham seguimento nos primeiros três meses, apresentavam 45% mais hipóteses de aderir ao tratamento.

Os medicamentos cardiovasculares têm como missão, preservar a função cardíaca, melhorar a qualidade de vida e prevenir o risco de exacerbações da doença, pelo que devem ser administrados conforme prescrição (Murray et al, 2007). Estes autores (2007), acreditam que a intervenção do farmacêutico pode melhorar a adesão à terapêutica, quando feita com regularidade. Partindo desta premissa realizaram um ensaio clínico randomizado, durante um período de 12 meses, no qual inseriram 314 doentes, com insuficiência cardíaca, dos quais, 122 doentes pertenciam a um grupo sujeito a intervenção e 192 ao grupo controle, aos quais eram prestados os cuidados usuais de saúde.

Como resultado deste estudo a adesão foi superior, no grupo de intervenção, com uma diferença de 10,9 %, sendo 67,9% para o grupo dos cuidados usuais e 78,8% para o grupo de intervenção. Este último grupo tinha igualmente menos 19,4% idas ao departamento de emergência e menos internamentos, o que diminuiu significativamente os custos em saúde. Segundo os autores (2007), a satisfação e qualidade de vida avaliada nas entrevistas, também foram superiores neste grupo.

Entender porque é que a adesão é um problema para o idoso, permite encontrar estratégias em que, por vezes, a simples utilização de ferramentas educacionais ou comportamentais, podem ajudar a superar cada obstáculo (Mann, 2009). Consciencializar os profissionais de saúde para estas questões pode levá-los a uma comunicação mais eficaz, sobre esta problemática, com o doente e programar outras secções de aconselhamento ou entrevistas motivacionais, para que este consiga superar essas barreiras.

Estima-se que a baixa adesão à terapêutica cardiovascular, nos Estados Unidos, seja responsável por um gasto anual de 100 biliões de dólares e contribua para 10% de todas as admissões hospitalares (Mann, 2009). A baixa adesão à medicação é um cenário clínico comum, que retrata um problema endémico, pelo que é importante a utilização de instrumentos de medida que permitam diagnosticar problemas de

aderência que uma vez identificados, permitam actuar de forma personalizada (Mann, 2009).

A polifarmácia apresenta-se, ainda segundo este autor (2009), como um contributo altamente prevalente nos problemas da aderência pelo que, reduzir a complexidade dos regimes terapêuticos, com a introdução de fármacos com mais do que um princípio activo pode reduzir o número de tomas de medicamentos e incrementar a adesão. Com este objectivo podem, também, ser criadas embalagens análogas às utilizadas nos anticoncepcionais orais, para ajudar a superar a confusão e o esquecimento comuns neste grupo etário, assim como a utilização de caixas doseadoras ou lembretes para quem tem problemas de memória ou dificuldades no manuseamento de embalagens.

A complexidade dos regimes terapêuticos leva a que muitos idosos sofram reacções adversas, que podem ser evitáveis, com a simplificação do regime terapêutico (Maanen et al., 2009; Mann, 2009; Antonelli et al., 2008; Loon et al., 2008; Ross, 2008; Cholowski & Cantwell 2007; Murray et al., 2007). A complexidade dos regimes terapêuticos, combinado com o declínio da idade, à qual se associam o declínio funcional e cognitivo e a perda de suporte social, fazem com que algumas pessoas idosas, com insuficiência cardíaca, tenham dificuldades em cumprir com a sua medicação (Cholowski & Cantwell 2007).

Na tentativa de simplificar o regime terapêutico, Maanen et al. (2009), desenvolveu o método de optimização da prescrição (POM) cujo objectivo é melhorar a prescrição médica, tendo em consideração as dificuldades conhecidas da polifarmácia nos idosos. É um estudo baseado em seis questões, às quais os clínicos deveriam responder antes de iniciar a prescrição médica aos doentes. Com ele pretendia-se que os clínicos gerais, ao prescreverem terapêutica a idosos, tivessem em atenção os problemas da adesão e os potenciais efeitos adversos dos medicamentos, nesta faixa etária.

No estudo foi escolhido um grupo de 45 clínicos gerais que estavam a frequentar uma pós graduação em geriatria médica e, a cada um deles, após formação sobre o método, foram atribuídos dois doentes, aos quais teriam que otimizar a prescrição. Posteriormente esta foi analisada e discutida, por um grupo de peritos especializados, em farmacologia clínica, os quais concluíram que a POM melhora significativamente

os resultados, pois reduz a incidência da polifarmácia, melhora a adesão do doente à terapêutica, e reduz as interações medicamentosas prejudiciais ao doente, levando a menos internamentos hospitalares devido a processos fármaco-terapêuticos inadequados, quando comparados com igual número de doentes aos quais não foi aplicado este método. Tal facto foi considerado benéfico, pelos peritos, uma vez que os resultados, para os doentes, melhoraram em 32%, sendo as decisões clínicas potencialmente menos prejudiciais (Maanen et al., 2009).

No estudo de Cholowski e Cantwell (2007), a crença na eficácia da medicação e a afinidade da pessoa, com os objectivos e os benefícios da medicação, estiveram relacionados com uma incidência reduzida de descuido, assim como as crenças sobre obstáculos e a falta de benefício da medicação foram associados a uma maior probabilidade de desleixo. A partir do conhecimento destes resultados é sugerido, pelos autores, que os enfermeiros tenham em atenção esta conjuntura e sejam agentes facilitadores de mudança, optando por estratégias educativas, de modo a que as pessoas idosas, com insuficiência cardíaca, possam controlar comportamentos, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida.

Neste contexto, Cholowski e Cantwell (2007), mencionam, ainda, que Brandura (1997), considera existirem três condições essenciais para o sucesso da reabilitação cardíaca: Adopção de estratégias positivas e adequadas de auto-eficácia que fomentem a vontade individual e que proporcionem uma sensação positiva; presença de objectivos positivos e alcançáveis e presença de rede social de apoio como facilitador da mudança. Neste contexto a auto-eficácia foi definida como um juízo subjectivo no qual o próprio se sente com capacidade para superar uma tarefa particularmente desafiadora. Ainda segundo Brandura (1997), as três condições essenciais para a mudança acontecem, porque o aumento da auto-eficácia aumenta a probabilidade de desempenho, de determinada tarefa, com sucesso sendo, assim, considerado um importante preditor não só da adesão à medicação mas, também, de toda a recuperação.

Quando o ensino é iniciado, ainda com a pessoa no hospital, Baroletti e Dell' Orfano (2010) defendem que ela tem mais probabilidades de se tornar aderente ao tratamento, pois tem maior percepção da importância dos medicamentos e tem mais diálogo quer

com médicos quer com enfermeiros sobre os medicamentos, incluindo o colocar de questões sobre os seus possíveis efeitos adversos. São, pois, úteis a aplicação de estratégias motivacionais, adaptadas às necessidades da pessoa e a sua informação bem como dos familiares, sobre a possibilidade de utilização de lembretes como uma das soluções possíveis para promover a aderência ao tratamento.

Estudando uma população de 318 idosos com média etária de 75 anos, Ross (2008), percebeu que, se o idoso fosse capaz de escutar e responder, semanalmente, a um sistema automatizado de chamada telefónica, melhorava significativamente os valores da tensão arterial e obtinha, do centro, os ajustes terapêuticos necessários. Partindo do estudo de Osterberg e Blaschke onde se afirmava que, o esquecimento e a falta de informação, eram responsáveis por 39% das razões pelas quais os doentes não aderiam à medicação, foi estudar de que modo é que um sistema de comunicação, automatizado, poderia fornecer apoio, com fins terapêuticos, aos idosos mais fragilizados.

Pela análise efectuada, às respostas obtidas pelo sistema, Ross (2008), considerou que o resultado mais importante do seu estudo revelava que 54% dos doentes tinham controlado a hipertensão e que este sistema tinha um custo-eficácia 95% inferior, quando comparado com o utilizado nos cuidados usuais. Desta forma, entende a automatização da comunicação como um método com um investimento relativamente baixo, que pode ser usado em grupos de risco, por permitir lembrar a aderência à medicação e conseqüentemente trazer melhorias consideráveis aos resultados clínicos.

Uma das dificuldades mais comuns, à adesão terapêutica nas pessoas idosas, relaciona-se com o problema de memória. Heneghan, Glasziou e Perera (2008), referem que a utilização de embalagens doseadoras (dosett), nas quais é colocada a medicação semanalmente, com espaços reservados a cada toma e a cada dia da semana é uma estratégia que tem mostrado resultados eficazes. A preparação semanal da medicação pode ser feita pelo enfermeiro, pelo farmacêutico, pelo próprio doente ou por um dos membros da rede social de apoio, desde que para tal lhes seja efectuado ensino.

Este método, segundo estes autores (2008), torna-se ainda mais eficaz quando existe a supervisão de um familiar, ou um dos membros da rede social de apoio, para prevenir

qualquer dificuldade existente na adesão terapêutica. Associado a este método é usual, o ajuste das tomas de medicação, aos horários das refeições, sendo esta, a estratégia adequada para prevenir os esquecimentos frequentes das pessoas idosas (Heneghan et al., 2008).

Neste contexto, Berger (1995), enumera algumas intervenções gerais que deverão orientar os profissionais para a promoção de hábitos de vida saudáveis. Assim, os profissionais de saúde que trabalham com pessoas idosas devem:

- ◆ elaborar intervenções baseadas não apenas numa abordagem médica, mas também numa abordagem biopsicosocial;
- ◆ verificar com regularidade posologia, doses, horários e tomar nota dos que parecem supérfluos, questionando posteriormente o médico sobre a sua necessidade;
- ◆ incentivar os médicos a seguir normas de prescrição rigorosas, tendo em atenção a idade da pessoa;
- ◆ organizar programas de informação com grupos da terceira idade para promover hábitos de saúde adequados, educando-os sobre o uso de medicamentos;
- ◆ executar programas de informação individualizados para que a pessoa idosa esteja atenta aos efeitos esperados e efeitos secundários dos medicamentos que está a utilizar e verificar se esta foi compreendida;
- ◆ falar pausadamente e exprimir-se com clareza, tendo em conta os défices sensoriais da pessoa;
- ◆ utilizar todos os meios à disposição para que a pessoa idosa compreenda os objectivos terapêuticos e todos os aspectos ligados ao consumo de medicamentos;
- ◆ alertar os maus hábitos de consumo de medicamentos, não como forma de crítica negativa, mas para prevenir situações futuras naquele ou noutro grupo familiar;
- ◆ ajudar as pessoas idosas a prosseguir o tratamento, fazendo um plano terapêutico por escrito, onde constem informações e explicações precisas relacionadas com a medicação que necessita fazer;

- ◆ por à disposição dos idosos, caixas doseadoras de medicamentos, ou outros objectos que se considerem úteis, para facilitar o cumprimento do plano terapêutico instituído;
- ◆ se possível fazer a preparação semanal da medicação, ou orientar um familiar, alertando-o para o risco decorrente de erros terapêuticos;
- ◆ conhecer a medicação que está a ser administrada e saber os resultados esperados;
- ◆ observar a resposta do doente ao tratamento e atender aos possíveis efeitos adversos;
 - alteração da percepção sensorial, relacionada com visão turva secundária à toma de anticolinérgicos;
 - fezes escuras, relacionada com ingestão de anticoagulantes,
 - obstipação, relacionada com ingestão de ferro ou de consumo excessivo de analgésicos;
 - tonturas, relacionadas com tomas de diuréticos ou salicilatos;
 - alterações da imagem corporal, relacionada com a utilização de antidepressivos;
 - risco de queda, relacionado com sedação excessiva secundária à toma de estatinas;
 - intolerância à actividade física, consecutiva à fraqueza relacionada com o consumo de anti-hipertensores;
 - limpeza ineficaz das vias respiratórias relacionada com a diminuição do reflexo da tosse, associada ao uso de narcóticos;
- ◆ elaborar modelos de colaboração entre os diversos intervenientes, favorecendo uma melhor coordenação dos serviços, a fim de assegurar a verificação e a supervisão do consumo de medicamentos;
- ◆ reforçar ensinamentos sempre que se julgue pertinente.

Assim, Haynes, Ackloo, Sahota, McDoanld e Yao (2008), referem que alguns estudos demonstraram que as intervenções para promover a adesão à terapêutica a longo prazo, são complexas e trabalhosas, porque a maioria das pessoas idosas, não seguem a medicação conforme prescrita. Estes defendem que, existem muitos factores que podem contribuir para a não adesão à terapêutica nestas pessoas, pelo que intervenções

simples, que incorporem medidas eficazes com a finalidade de ajudar as pessoas idosas ao cumprimento da medicação, exibem melhores resultados, quando comparadas com estratégias complexas.

Segundo os mesmos autores (2008), outros estudos demonstram que, o aumento da adesão terapêutica passa pela utilização de estratégias simples e eficazes adaptadas a cada pessoa em particular, tais como, um *follow-up* regular, no qual as pessoas idosas sejam incentivadas para a importância da adesão plena, mostrando os riscos e benefícios dos medicamentos, seja simplificado o regime terapêutico e sejam dadas instruções escritas.

II PARTE

3 - PERCURSO METODOLÓGICO

3.1- PROBLEMATIZAÇÃO

Justificar a questão de investigação é, para Fortin (2009), explicar porque se quer estudar esta situação, porque ela é importante para nós, porque se procura obter uma resposta e o que é que ela nos vai trazer.

Assim, o principal motivo que levou a estudar o problema da adesão à medicação, na doença cardíaca, foi o facto de ocorrerem no Serviço de Cardiologia do Hospital de Faro EPE, re-internamentos, de pessoas idosas nesta situação, que apresentam má adesão à medicação ou a abandonam quando regressam a casa e que, por este facto, entram em insuficiência cardíaca ou têm novo enfarte, situações estas, causadoras de morte ou deficiente qualidade de vida e, ainda, do aumento dos custos em saúde.

Para que possam ser implementadas estratégias, que permitam ajudar a pessoa idosa com doença cardíaca, no seu processo de adesão medicamentosa, problema este, que se nos afigura de grande relevância social, é necessário obter uma visão émic, para compreender os significados desta conduta, na perspectiva dos intervenientes, e assim compreender as suas dificuldades na gestão da medicação.

É referido em Quivy e Campenhout (1998) que, para muitos defensores da abordagem compreensiva, “a explicação de um fenómeno social encontra-se essencialmente no significado que os indivíduos dão aos seus actos. Este deve ser procurado na consciência das pessoas e que para descobrir é necessário saber as suas opiniões e procurar os princípios e os valores que orientam os seus comportamentos” (p. 100). Estes, segundo o mesmo autor (1998), são produto da acção humana, algo que faz sentido para os actores sociais, sentido este que, é preciso desocultar para poder explicar, não sendo suficiente procurar causas.

Ajudar as pessoas a criar as condições que lhes permitam controlar e melhorar a sua saúde e a dos grupos em que se inserem, controlar as perdas sofridas com a idade e aproveitar ao máximo as suas capacidades, prevenindo ou retardando a doença crónica e as incapacidades, é uma estratégia importante. Porque a saúde da população não é exclusivamente da responsabilidade dos serviços de saúde, mas também dos indivíduos, é-lhes dada formação/ informação para que estes possam adoptar estilos de vida saudáveis que promovam a saúde e bem-estar, podendo, assim, envelhecer com autonomia e qualidade.

Este é um dos objectivos do Serviço de Cardiologia, desde longa data, através dos programas de educação que incentivam o doente à correcção de factores de risco para a doença coronária, proporcionados a todos os doentes, com Enfarte Agudo do Miocárdio. Além destes, em Janeiro de 2008, foi implementada a 1ª fase da Reabilitação Cardíaca, com o objectivo de informar e sensibilizar os doentes, para a importância da alteração de hábitos de vida prejudiciais à saúde. O facto é que, apesar da implementação destas estratégias, continuam a surgir, neste serviço, reinternamentos por não adesão/ ou má adesão à medicação prescrita, para o regresso a casa.

No contexto da prática profissional, uma das preocupações dos enfermeiros deve ser identificar os problemas e a partir do conhecimento e consciencialização destes, planear as acções, juntamente com a pessoa, tendo como objectivo primordial encontrar uma solução para determinada situação.

Apesar de algumas estratégias já implementadas, observa-se que, parte das pessoas reinternadas no Serviço de Cardiologia do Hospital de Faro, EPE, o são por abandono terapêutico.

Pode então perguntar-se:

Será que a pessoa idosa com doença cardíaca tem dificuldade em manter, na sua residência, a medicação que lhe é prescrita no momento do regresso a casa e após internamento hospitalar?

Para obter um conhecimento mais profundo do problema e poder intervir, é necessário realizar o diagnóstico da situação. Assim, e tendo em conta o anteriormente exposto, procurou-se compreender as dificuldades que estas pessoas apresentam para, posteriormente, delinear as intervenções de enfermagem que possibilitem intervir com elas, no sentido de incrementar a adesão à medicação e assim obter ganhos em saúde.

3.2- OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

Para este estudo definiram-se os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

- ▶ Contribuir para a produção de conhecimento, sobre a adesão à medicação, das pessoas idosas com doença cardíaca.

Objectivos específicos:

- ▶ Compreender quais as dificuldades que a pessoa idosa com doença cardíaca apresenta no cumprir da medicação que lhe é prescrita no seu regresso a casa, após internamento hospitalar;
- ▶ Pensar as estratégias a desenvolver com esta pessoa, no sentido de aumentar a adesão à medicação.

3.3 - QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Os resultados de investigação apoiam-se nas questões de investigação, já que se apresentam como enunciados interrogativos precisos, enquadrados e escritos no presente, englobando a população estudada. Emergem directamente do objectivo e individualizam os ângulos a estudar. A maneira de classificar e aplicar as questões, estabelece os processos que irão ser empregues para auferir uma resposta (Fortin, 2009).

Na abordagem qualitativa as questões de investigação usadas nos estudos exploratórios e descritivos, são mais gerais, em vez de tratar de relações entre as variáveis, como acontece na abordagem quantitativa.

Porque o presente estudo se enquadra num estudo exploratório descritivo de natureza qualitativa, e confirmando o anteriormente exposto, eis que surge como questão central deste estudo:

Será que a pessoa idosa com doença cardíaca, tem dificuldade em manter, na sua residência, a medicação que lhe é prescrita no momento do regresso a casa, após internamento hospitalar?

Para explicitar esta questão, formulam-se outras questões secundárias que terão como objectivo ajudar a responder à questão central do estudo.

- ◆ A informação referente à gestão da medicação que é fornecida às pessoas idosas com doença cardíaca, durante o internamento é apreendida e compreendida?
- ◆ São as pessoas idosas elucidadas dos riscos que correm quando abandonam a medicação?
- ◆ Que causas estão na base da não adesão / abandono da medicação?

A procura de respostas para estas questões visa contribuir para que, de facto, as pessoas idosas, com doença cardíaca, consigam manter, na residência, a medicação que lhe é prescrita quando regressam a casa, após internamento hospitalar.

3.4- TIPO DE ESTUDO

Tentar penetrar no mundo conceptual dos sujeitos, com o objectivo de compreender como e qual o significado que constroem para os acontecimentos das suas vidas quotidianas é, segundo Streubert e Carpenter (2002), um método valioso para o estudo de fenómenos relevantes para a prática de enfermagem, sendo importante a descrição da experiência vivida no quotidiano da pessoa, tal como ela se apresenta.

Do mundo conhecido e das experiências intersubjectivas obtêm-se sinais e indicações para interpretar a diversidade dos símbolos. A partir daí é possível interpretar os processos e estruturas sociais em curso.

Trata-se assim, de um estudo indutivo, de natureza qualitativa e descritiva, dado que se pretende enfatizar a descrição (Bogdan & Biklen, 1994). Recorre-se, de facto, a um

modelo de investigação qualitativo-descritivo para ajudar a compreender melhor as situações em análise. Assim, a opção estratégica da presente investigação assentará, num contínuo metodológico que facilitará o processo de análise de dados e sua interpretação (Miles & Huberman, 1994).

Perante o exposto, este estudo insere-se no Paradigma Construtivista, uma vez que ele visa a reconstrução de construções previamente construídas, segundo o qual a resposta à questão metodológica se assume como interpretação baseada em vivências dos sujeitos (Denzin & Lincoln, 1994).

Recolher dados, a bem de determinada causa social e analisá-los, pode servir como estratégia organizativa, com o objectivo de modificar as práticas existentes, ajudando a promover mudanças de comportamentos e promovendo a recuperação das pessoas que adoecem, maximizando a capacidade funcional dos idosos para que exerçam de forma independente a sua função na sociedade.

Assim, surge o propósito de compreender as dificuldades que as pessoas idosas enfrentam para cumprirem o esquema medicamentoso que lhes é prescrito no momento do regresso a casa. Através da análise dos dados, poder-se-ão compreender as principais problemáticas que conduzem à não adesão, ou até mesmo ao abandono, bem como perceber como vivenciam as pessoas idosas, com doença cardíaca, esta situação concreta.

Perante o exposto, impõe-se um estudo descritivo com uma metodologia qualitativa. Descritivo porque se pretende descrever a forma como os doentes vivenciam a situação de má adesão, ou até mesmo ao abandono terapêutico, analisando as suas experiências e interpretações partindo das suas descrições.

O método qualitativo de pesquisa, oferece a possibilidade de alcançar as respostas para questões particulares. Neste contexto Benjumea (1999) diz-nos que os estudos qualitativos contribuem para a melhoria da qualidade do trabalho.

3.5- PARTICIPANTES

Os participantes no estudo foram seleccionados de uma forma intencional, uma vez que pretendemos recolher uma informação rica e pormenorizada. Segundo Polit e Hungler (1995) “o pesquisador pode seleccionar intencionalmente a mais ampla variedade possível de respondentes (...) ou particularmente conhecedores das questões que estão sendo estudadas” (p.148).

Assim e para seleccionar os participantes estabeleceram-se os seguintes critérios:

- * Serem pessoas com doença cardíaca, de idade superior a 60 anos, uma vez que este estudo faz parte do plano curricular do Mestrado em Gerontologia Social. A WHO (2002) refere que as pessoas idosas devem ser normalmente referenciadas a grupos de idades específicos, dependendo de factores culturais e individuais, mas no entanto, usa como idade padrão os 60 ou mais anos para referenciar este grupo etário.
- * Terem tido um internamento no Serviço de Cardiologia entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2008, altura em que, por observação directa, parece ter existido um número considerável de pessoas idosas com doença cardíaca;
- * Ter, posteriormente, um segundo internamento, por motivo de abandono ou má adesão à medicação, no mesmo período de tempo, dado que esta é a razão que levou à realização do estudo;
- * Estar consciente, orientado para que se expresse com coerência sobre o tema em estudo;
- * Não sofrer de hipoacúsia ou disartria, o que dificultaria a comunicação oral e consequentemente a recolha dos dados;
- * Aceitar participar no estudo e estar consciente de que pode abandoná-lo quando quiser;

* Aceitar a gravação áudio da entrevista, dado que isso possibilita o fiel registo do verbalizado;

* Ter contacto telefónico, para facilitar a marcação da entrevista e remarcação, se houver necessidade de voltar a recolher os dados;

* Não depender de outrem para tomar a medicação, já que nesse caso a decisão de não aderir ou de a abandonar pode ser de causa extrínseca à própria pessoa.

Foram assim seleccionados 7 indivíduos, 5 do sexo masculino e 2 do sexo feminino, com idades compreendidas entre 63 e 80 anos, com situações profissionais diversas, sendo o estado civil, 4 casados, e 3 viúvos, tendo dois a 3ª classe e os restantes cinco a 4ª classe.

Quadro - 1 - Características dos participantes

ENTREVISTA	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	SITUAÇÃO PROFISSIONAL
Nº 1 - (E1)	F	76	Viúva	3ª Classe	Doméstica
Nº 2 - (E2)	F	65	Casado	4ª Classe	Empregada de café
Nº 3 - (E3)	M	78	Casado	3ª Classe	Reformado
Nº 4 - (E4)	M	80	Viúvo	4ª Classe	Reformado
Nº 5 - (E5)	M	64	Viúvo	4ª Classe	Reformado
Nº 6 - (E6)	M	78	Casado	4ª Classe	Reformado
Nº 7- (E7)	M	63	Casado	4ª Classe	Empreiteiro de construção civil

3.6 - RECOLHA DE DADOS

A técnica utilizada para a recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada. Como referem Bogdan e Biklen, (1994), “a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver

intuitivamente uma ideia obre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (p. 134).

Para estes autores (1994), a entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente entre duas pessoas, com o objectivo de recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como o sujeito interpreta determinado aspecto. Assim, o investigador encoraja a pessoa a falar sobre uma área de interesse e explora-a aprofundadamente.

As entrevistas tiveram recurso à gravação em áudio, como forma de obter fielmente as falas, de facilitar a obtenção de pormenores e a interpretação dos dados obtidos. Segundo Ghiglione e Matalon (1992), “o tema pode igualmente ser escrito ou gravado, seja porque procuramos que não haja qualquer enviesamento induzido pelo entrevistador” (p.104).

Também para estes autores (1992), a entrevista será fundamentalmente uma conversa, na qual se exercita a arte de formular perguntas e escutar respostas. Esta ferramenta metodológica permite que o entrevistador e entrevistado se envolvam, produzindo um ambiente característico, a partir do qual se criam certos significados, que apenas podem expressar-se e compreender-se neste contexto de interacção mútua.

Tendo em conta os objectivos definidos para este estudo elaborou-se um guião de entrevista com questões abertas e procurou-se que os sujeitos se expressassem livremente, utilizando o seu próprio vocabulário, fornecendo pormenores sobre as dificuldades e vivências, perante a situação de abandono ou má adesão à medicação.

GUIÃO DE ENTREVISTA

1- Quando esteve internado(a) no Serviço de Cardiologia, foi informado sobre a sua doença? O que lhe disseram? Quem informou?

2 - Foi informado sobre os efeitos dos medicamentos que estava a tomar, e quando os deveria tomar?

3 - Foi informado do risco que corria se não tomasse a medicação conforme recomendado?

4 - Quando acabaram os medicamentos que vinham na receita, que trouxe do Hospital, o que fez?

5 – Tem tido dificuldades, desde que saiu do hospital, para conseguir manter as tomas dos medicamentos?

6 - Como ultrapassou essas dificuldades?

O guião foi analisado por elementos do Grupo de Investigação em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, da UAlg, do qual fazem parte professoras deste estabelecimento de ensino com grau académico de doutor e mestre, estas últimas, em processo de doutoramento. Para verificar a compreensibilidade das questões colocadas realizou-se uma entrevista, para a qual foi seleccionada uma pessoa, em idênticas condições às dos participantes no estudo, ou seja, que obedecia aos critérios pré-estabelecidos. A sua realização não revelou necessidade de alterações nas questões a formular.

Contactaram-se os participantes, por via telefónica e, nesse momento, foi desde logo explicado o tema, os objectivos do estudo, o motivo de ter sido uma das pessoas escolhida e foi solicitado a autorização para a realização de uma entrevista que teria a duração previsível de uma hora, e na qual se garantia o anonimato e a confidencialidade acerca do que fosse conversado. Após a aceitação foi deixado que o participante escolhesse data, hora e local para a realização da entrevista.

Todos os participantes, foram entrevistados já no domicílio, altura em que estavam a vivenciar as suas dificuldades e as entrevistas realizaram-se entre 15 de Março e 31 de Julho do ano de 2010.

As entrevistas tiveram uma duração média de 31 minutos e foram gravadas com a autorização expressa dos participantes. As mesmas decorreram em ambiente calmo,

onde a pessoa estava a sós com o entrevistador e pode falar livremente do tema e sobre as questões que lhe foram sendo colocadas.

3.7 - PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento e interpretação dos dados obtidos foi feito mediante a análise de conteúdo que, de acordo com Ghiglione e Matalon (1992), é a técnica mais apropriada para o tratamento do verbatim de uma entrevista, por oferecer a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos com complexidade, como sejam sentimentos. Estes autores (1992), referem que “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas utilizadas para o tratamento de materiais linguísticos” (p.197).

Assim, e dada a natureza qualitativa deste estudo, após a realização da entrevista, precedeu-se a sua transcrição na íntegra. Bardin (1995), chama “corpus ao conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos” (p.97).

Esta designação é igualmente referida em Ghiglione e Matalon (1992), quando dizem que, “o investigador, numa das etapas do seu trabalho vê-se confrontado com um corpus constituído pelo discurso de um certo número de pessoas, todas entrevistadas segundo a mesma técnica” (p. 205) e que “uma análise de conteúdo não tem sentido se não foi orientada com o objectivo de procurar saber o que existe num texto, e que não tem outra resposta senão o próprio texto” (p.206).

Ao transcrever as entrevistas houve o cuidado de assinalar os silêncios e as pausas que aparecem no decurso das mesmas. A estes atribuiu-se o código “...”

Posteriormente, cada entrevista foi lida e relida para obter uma ideia do todo e para facilitar a sua compreensão. Segundo Bardin (1995) esta é a primeira actividade, para estabelecer contacto com os documentos a analisar.

Para tratar a informação recolhida recorreremos à análise de conteúdo, porque segundo alguns autores consultados (Bogdan & Biklen, 1994; Chiglione & Matalon, 1992; Watson, 1985; Bardin, 1995), é a forma de tratar metodicamente as informações.

Embora existam semelhanças entre os vários autores, Bardin (1995), neste contexto, diz-nos que “a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça ... é uma busca de outras realidades através das mensagens”(p. 44).

Assim, começou por sublinhar-se as frases que continham afirmações acerca do tema em estudo, colocando em evidência algumas características correspondentes à situação que queríamos compreender. Posteriormente isolou-se, em cada discurso, o que interessava tendo em conta o objectivo do estudo, sendo excluído do texto o que se afastava deste. A estes segmentos de texto que não interessavam para o estudo atribuiu-se o código “(...)”. Para clarificar algum aspecto na frase, existiu a necessidade de colocar algumas palavras entre parênteses rectos “[]”

A cada frase que interessava chamou-se unidade de significação, por estar conforme o sujeito a expressou e corresponder à sua vivência específica desta situação. Estas foram numeradas sequencialmente, de acordo com o surgimento no texto.

Para, posteriormente, no conjunto saber a que entrevista aquela unidade de significação correspondia, atribuiu-se o código “E”, ao qual se associou o número da entrevista, ficando assim, por exemplo (E1, quando nos referíamos à entrevista nº 1; E2 quando nos referíamos à entrevista nº 2; E3, quando nos referíamos à entrevista nº 3...). Esta codificação facilitou-nos a identificação da frase no seu conjunto no decorrer deste estudo e exemplifica-se como E1, 1; E1, 2....

Para Bardin (1995) “ tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação efectuada segundo regras precisas dos dados brutos do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão, susceptível de esclarecer o analista acerca das características do texto” (p.103).

A este respeito Veiga (1994) refere que as unidades de significação são descrições do sujeito, acerca da sua experiência do fenómeno em estudo. Assim, cada unidade de significação a codificar, corresponde a um segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, tendo em vista a categorização.

Depois de isolados todos os conteúdos sublinhados (unidades de significação), tal como foram expressos pelos sujeitos, questionou-se cada unidade de significação por forma a dar sentido a cada uma delas, e atribuiu-se um significado, tentando não perder a essência da afirmação. Cada um destes significados atribuídos foi codificado com a letra “S”, tendo sido adicionado ao código existente passando desta forma a (E1, S1; E1, S2; E1, S3;...). Esta etapa não foi tarefa fácil, porque muitas vezes teve que recorrer-se a várias leituras do texto integral para perceber o significado que os sujeitos estavam a transmitir. Estes significados foram a base do texto construído na análise dos dados.

Como refere Bardin (1995) “fazer uma análise temática, consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (p. 104).

Uma vez atribuídos os significados foram codificados, de acordo com o que tinham em comum, atribuindo a cada um deles uma letra (por exemplo ao défice de conhecimento, atribuímos a letra A, à sintomatologia atribuímos a letra B, etc.). Recorrendo aos meios informáticos pedimos a sua ordenação (utilizando a ferramenta ordenar da aplicação informática do “Word”), ficando os significados agrupados. Foi a partir destes grupos de significados que foram nascendo as sub-categorias, as categorias e posteriormente o tema.

Segundo Bardin (1995) “a categorização é uma operação de classificação de elementos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo o género, com critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico” (p. 117).

Tivemos a preocupação, não de saber se os achados são susceptíveis de generalização, mas sim a de analisar os dados de forma indutiva e, eventualmente, tentar perceber que outros contextos e sujeitos, se podem rever neles.

Foram efectuadas 7 entrevistas, por termos considerado que foi atingida a saturação dos dados. Glaser e Strauss (1967), conceituaram saturação teórica como sendo a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa. Dir-se-á, portanto, que o processo de colheita de dados se satura, quando há a percepção de que os dados novos a serem colhidos nada acrescentam de novo a uma ou várias categorias.

No que concerne à validação da análise dos dados, Ghiglione e Matalon (1992), referem que “todo o problema consistirá, portanto, em tornar clara as categorias e as unidades de registo, definindo-as rigorosamente” (p. 217). Por este motivo todo o processo foi acompanhado pelo grupo de investigação referido anteriormente, que apreciaram a análise e, após o confronto das várias apreciações, chegou-se a um consenso, o qual permitiu considerar a fidedignidade da análise.

Esta situação, ajudou a que não fosse sentida necessidade de validar com os participantes o seu verbatim, dado que não houve necessidade de qualquer esclarecimento adicional.

A não verificação da análise pelos sujeitos, deveu-se ao facto de não se conseguir aceder a todos eles de novo. Assim, e para que existisse uniformidade de procedimentos, optou-se pelo descrito no anterior parágrafo.

3.8 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Antes de dar início ao estudo, foi formalizado um pedido de autorização por escrito, ao Conselho de Administração do Hospital de Faro EPE, cuja resposta autorizada foi obtida a 8/10/09 após o parecer do Enfermeiro Chefe, do Director de Serviço e da Comissão de Ética do referido Hospital (anexo 1).

Após a autorização, e não esquecendo os princípios éticos implícitos em qualquer investigação, que envolva seres humanos, sendo esta, de certo modo uma intromissão nas suas vidas, procurou-se não ser mais intrusivos que o necessário. Nesta linha de pensamento Polit e Hungler (1995), dizem-nos que “ os pesquisadores devem assegurar que a sua pesquisa não será mais intrusiva do que o necessário e que a privacidade do participante seja mantida ao longo do estudo” (p. 300).

Quando contactámos os participantes, por via telefónica, informámos sobre o tema, objectivos do estudo e necessidade de realização da entrevista, bem como da necessidade de gravação áudio. Foi, ainda, garantido o anonimato e confidencialidade. Antes de dar início à recolha de dados essa informação foi reforçada referindo, de novo a liberdade de em qualquer momento, poder recusar-se a participar, se assim o entendesse e sem que daí adviessem quaisquer consequências.

Para este efeito, foi criado um impresso facultado aos sujeitos no início da entrevista, no qual estavam explicitados os diferentes aspectos éticos. Após leitura atenta o participante assinava este documento (anexo 2). Este foi aplicado a três participantes. Os outros, por se tratar de pessoas mais idosas e dois deles não lerem fluentemente, percebeu-se como mais facilitador, que o investigador explicasse o conteúdo, do documento e que o consentimento verbal ficasse gravado no início da entrevista.

Para garantir o anonimato explicou-se que os dados eram codificados e que à sua entrevista era atribuída uma letra, apenas conhecida pela investigadora, de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade. Assim, ao fazer a transcrição nunca foi usado o nome dos participantes, mesmo que ele tenha sido citado durante o discurso, preservando assim a sua privacidade e confidencialidade. Bogdan e Biklen (1994), referem que “as identidades dos sujeitos devem ser protegidas, para que a informação que o investigador recolhe não possa causar-lhes qualquer tipo de transtorno ou prejuízo” (p. 77).

3.9 - LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Ao delinear um estudo desta natureza e no seu decurso, foram várias as limitações com que surgiram. Algumas, inerentes ao próprio investigador e outras relacionadas com contingências externas e que não estavam anteriormente previstas. Assim, no decurso deste estudo deparamo-nos com as seguintes situações:

Antes de realizar o contacto telefónico, era verificada a situação da pessoa, nos registos informáticos da admissão de doentes do hospital. Ao fazer esta análise constatou-se que três dos possíveis participantes, já haviam falecido;

Duas das pessoas contactadas telefonicamente e que reuniam os critérios de inclusão foram, segundo o familiar que atendeu o telefone, institucionalizadas e dado esta situação, a administração da medicação estava a cargo de outrem. Por este facto optou-se por não incluir estas pessoas no estudo;

Dois dos possíveis participantes, nunca atenderam o telefone, apesar dos vários contactos efectuados;

Uma das pessoas contactadas telefonicamente, e que cuja entrevista ficou marcada para o dia seguinte, aquando a comparência do investigador no local combinado, recusou a entrevista, por receio de poder ser manipulada por alguém estranho;

Para além destas situações pontuais, foram excluídos os doentes que não falavam português, por dificuldades de comunicação com o entrevistador e quatro das pessoas contactadas telefonicamente referiram não querer participar no estudo, uma delas apesar de telefonicamente ter aceite, não abriu a porta. Posteriormente, por telefone, referiu não ter disponibilidade.

Para além destas situações, que podem eventualmente ter diminuído a possibilidade de recolher outros dados, podemos ponderar igualmente o facto das pessoas poderem não serem sinceros ou omitirem dados com receio de represálias, ou outros motivos.

III PARTE

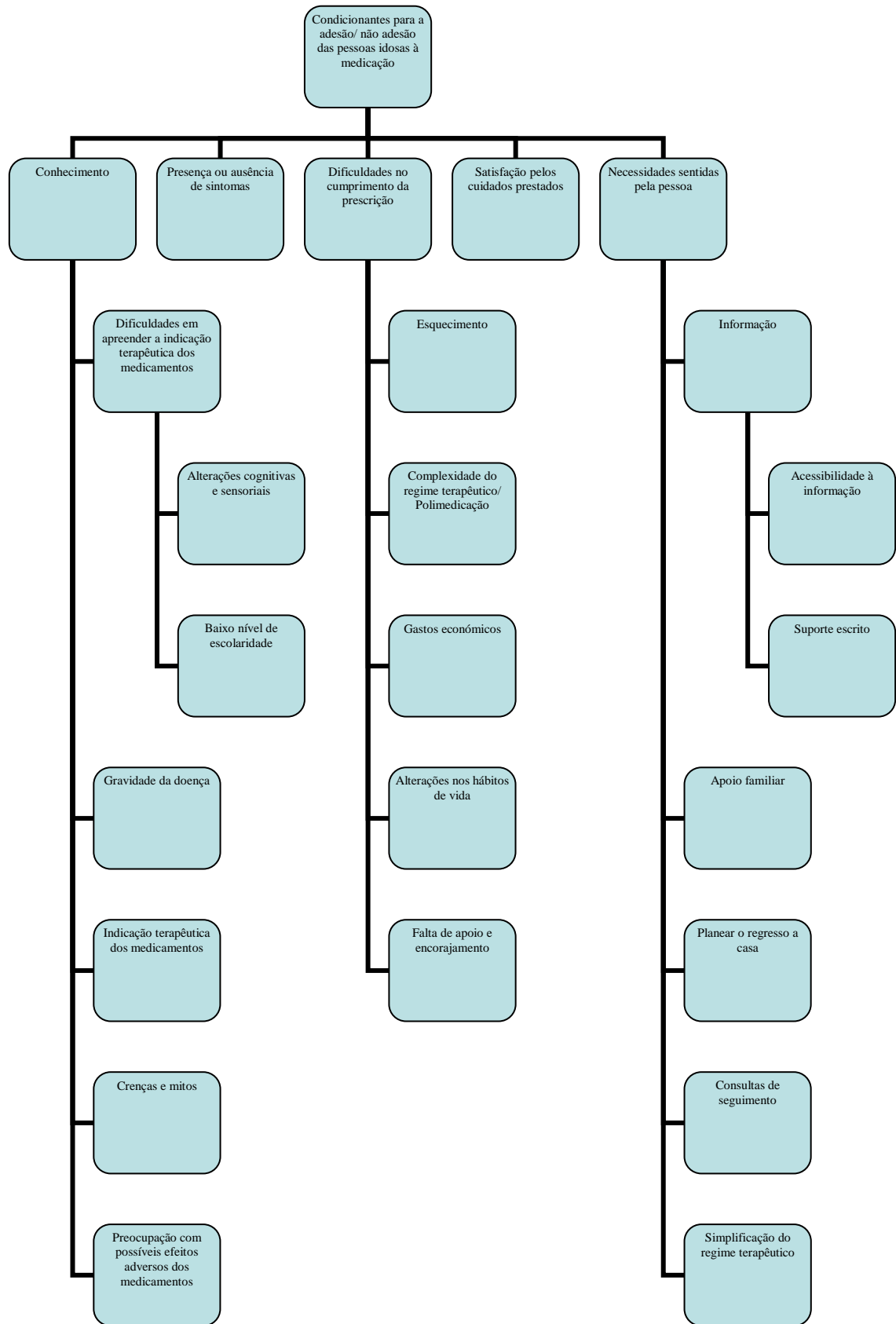
4 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Como referido anteriormente, são muitos os estudos que têm demonstrado a importância da adesão ao tratamento nas pessoas idosas, após o aparecimento da doença cardíaca, para que se previnam complicações futuras, a vários níveis e se melhore a qualidade de vida destas pessoas. É igualmente referido, que existem uma multiplicidade de factores que levam a que as pessoas idosas, tenham dificuldades em manter o seu regime terapêutico.

Para compreender se a pessoa idosa, com doença cardíaca, tem dificuldade em manter, na sua residência a medicação que lhe é prescrita quando regressa a casa, após internamento hospitalar, efectuou-se a análise dos dados. Esta, foi uma análise indutiva, ou seja, que partiu do verbatim das entrevistas, todas elas correspondendo a uma interpretação das unidades de significação, tal como foram expressas pelos sujeitos e construída através da junção dos significados encontrados, dando desta forma origem a quatro sub sub categorias, quinze sub categorias e cinco categorias. Estas, por sua vez, confluem num tema central ao qual foi denominado “Condicionantes para a Adesão/ Não Adesão das pessoas idosas à medicação”.

Passo então a expor a análise efectuada, iniciando por apresentar o organograma que clarifica a exposição, e que permite ter uma ideia global desta análise. (Fig. 1)

Figura 1 – Organigrama das categorias, resultantes da análise indutiva



4.1 – FUNDAMENTOS DA NÃO ADESÃO MEDICAMENTOSA

CATEGORIA- CONHECIMENTO

A primeira categoria a ser analisada, foi construída a partir da junção dos significados encontrados. A ela foi denominada “conhecimento” e é constituída por duas sub sub categorias, designadas “ alterações cognitivas e sensoriais” e “baixo nível de escolaridade” e cinco sub categorias, denominadas “dificuldade em apreender a indicação terapêutica dos medicamentos”, “gravidade da doença”, “indicação terapêutica dos medicamentos”, “ crenças e mitos” e “preocupação com possíveis efeitos adversos”.

De modo a que a pessoa adira à terapêutica prescrita, são necessárias intervenções de natureza educativa, para que esta aumente o seu conhecimento. Dulmen et al. (2007), refere que, as intervenções educativas são definidas como, qualquer intervenção com a intenção de melhorar a capacidade da pessoa para gerir a sua doença e que estas, para serem eficazes, devem ser adaptadas às necessidades da pessoa e da situação.

O conhecimento é, assim, um factor importante na adesão ao regime terapêutico. Se forem dadas explicações à pessoa, sobre a sua doença e sobre o tratamento a efectuar, esta torna-se mais aderente (Wu, Moser, Lennie, & Burkhart, 2008).

SUB CATEGORIA – DIFICULDADE EM APREENDER A INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DOS MEDICAMENTOS

Já foi referido anteriormente que Almeida et al. (2007) é da opinião que grande número das pessoas chega às suas residências sem ter a compreensão exacta de como proceder para seguir o tratamento, ou porque a situação não lhes foi claramente explicada, ou porque foi explicada, e a pessoa não entendeu a terminologia científica utilizada pelo prescritor. “ *Quando eu lá fui da outra vez que o médico me disse que era para tomar sempre os medicamentos, é que eu percebi. Eu não deixei porque quis, não sabia, pronto. Se eu tivesse percebido* ” (...). (E6, 10) “*Aquilo [o re-internamento] só aconteceu da primeira vez, porque eu não percebi que tinha que fazer aquilo [a*

medicação] *sempre*". (E6, 22) "(...) *eu lá cuidado com a minha saúde tenho, mesmo com a alimentação que me mandam, cá em casa não há problemas*". (E6, 23)

Os enfermeiros devem adoptar uma postura que demonstre disponibilidade, para responder a qualquer questão que possa surgir, transmitindo a informação com uma linguagem simples, clara e compreensível, adequada à situação específica, sem o recurso ao uso de termos médicos ou frases demasiadamente rebuscadas, permitindo à pessoa que verbalize as suas preocupações e ajudando-a a encontrar estratégias, para lidar com a nova situação, fazendo com que esta sinta que o seu esforço é essencial para o sucesso do tratamento (Phaneuf, 2005).

SUB SUB CATEGORIA – ALTERAÇÕES DAS FUNÇÕES COGNITIVAS E SENSORIAIS

A perda sensorial auditiva associada com a idade, é comum nas pessoas idosas e pode ter um início insidioso por volta dos 60 anos, existindo pessoas idosas que têm dificuldade em ouvir, sem no entanto se aperceberem da presença deste sintoma (Rosalino, 2005). Segundo esta autora (2005), efectuou-se um estudo nos Estados Unidos, no qual foi observada uma correlação significativa entre o tabagismo, o consumo de álcool e a perda auditiva, sendo notório nestas pessoas, a diminuição do relacionamento social, bem como o prejuízo no auto cuidado e nas actividades diárias, devido a falhas na comunicação. "*(...) às vezes falam e não os entendo, não lhes digo nada porque tenho vergonha, não é? Mas há coisas, que a maior parte das vezes (...) coisas que eles para lá dizem que eu não percebo. Empregam para lá umas palavras que eu não ouço, não as percebo (...) tenho vergonha e como ouço mal e depois tenho vergonha de dizer, (...) Quando eu tenho alta vem o enfermeiro, (...) a falar comigo. Disse para lá uma serie de coisas que eu já nem sei, como já lhe disse, metade nem percebo*". (E5, 16) "*Há tempos até disse a um oh, fale um pouco mais alto, ouço mal*". (E5,17)

A comunicação é um processo no qual ocorre a emissão, recepção e a compreensão da mensagem. Ela envolve relações interpessoais e é frequente existirem dificuldades quando esta, apesar de enviada, não é correctamente descodificada (Silva, Cassiani, Miasso & Opitz, 2007).

SUB SUB CATEGORIA- BAIXO NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Para Murray, Morrow, Weiner, Clark, Tu, Deer, Brater e Weinberger (2004), os problemas de compreensão, associados um baixo nível de escolaridade, contribuem para uma baixa adesão à terapêutica, em adultos mais velhos.

“ Eu sei ler, mas (...) ler estes nomes, assim técnicos dos médicos, dos medicamentos é mais difícil, porque eu não fiz nem a 4ª classe”. (E1,10) “ (...) Isto faz muita confusão à minha cabeça, faz-me confusão porque, (...), nunca ninguém me disse para o que é que era, não é, e depois eu vou ler os folhetos que vem aí, mas não percebo nada do que lá diz, (...)”. (E1, 26) “(...) A cabeça já não é a mesma coisa, que quando era novo, (...) eu também não sei ler lá muito bem, sei ler mal,” . (E5,39)

É importante que a pessoa idosa, não se sinta inferiorizada, devido aos seus fracos conhecimentos, e seja motivada a fazer perguntas e a estruturar a informação recolhida, de modo a poder utilizá-la em seu benefício, mediante as suas escolhas. Para tal, é necessário evitar a utilização de termos técnicos e criar uma atmosfera de aprendizagem, na qual a pessoa se sinta respeitada, reconhecida como adulta que é, aproveitando ao máximo as suas capacidades e tornando-a mais confiantes no seu desempenho.

SUB CATEGORIA- GRAVIDADE DA DOENÇA

A forma como a pessoa percebe o que lhe sucedeu, a gravidade que atribui à sua doença, interfere na adesão ao tratamento. Assim se a pessoa tiver a percepção que a sua doença é grave, na qual a vida se pode encontrar ameaçada, a pessoa adere mais facilmente ao regime terapêutico, comparativamente com quem apresenta problemas de saúde menos graves (Leite & Vasconcelos, 2003). Assim, as pessoas informadas acerca da gravidade da doença, têm melhor adesão. *“ Pois não percebia a gravidade da doença e tanto que cheguei à altura que cheguei agora, quando fui operada. Eu andava com uma falta de ar, uma grande falta de ar e não sabia do que era” . (E2,5)*

SUB CATEGORIA- INDICAÇÃO TERAPÊUTICA DOS MEDICAMENTOS

Devido aos seus conhecimentos, os enfermeiros são para Phaneuf (2005), encarados como elementos de referência na área dos cuidados de saúde. Têm, estes e deste modo, a responsabilidade de informar adequadamente as pessoas às quais prestam cuidados.

“ Não, não isso não me disseram nada. Só me receitaram aquilo que está ali e não me disseram mais nada e eu estive lá uma semana internada e davam-me comprimidos lá mas não sei para que eram (...) Não a recebi [a informação] (...) de me dizer a senhora tem isto ou tem aquilo e este medicamento é para este fim e aquele é para aquele, não, não me disseram nada”. (E1, 2) “(...) não havia quase ninguém a falar. Chegavam lá davam-lhe o medicamento, ou qualquer coisa iam-se embora, davam de costas, iam-se embora, nunca ninguém ficava e falava isto é para isto, isto é o outro, nada, nada, nada. A gente toma é como o outro que diz, toma por tomar, nem sei o que é que vai fazer (...) Nunca, nunca. Ninguém me explicava essas coisas. A gente tomava por tomar.” (E2, 13)

Neste contexto Poirier, Turbide; Bourdages, Sauvageau e Houle (2006). mencionam que as intervenções educacionais são centrais na prática dos cuidados de enfermagem. De facto, o principal objectivo do processo de aprendizagem concretiza-se no providenciar de informações cruciais à pessoa sobre a natureza da doença e do seu tratamento, com vista a capacitá-la para lidar com a situação de doença e enfatizar os benefícios do tratamento, prevenindo desta forma o aparecimento de complicações.

SUB CATEGORIA – CRENÇAS E MITOS

Conhecimentos insuficientes, em relação à doença e seu tratamento, podem estar na base de crenças que a pessoa possui e que interfiram na adesão ao tratamento, pelo que as intervenções na área das crenças de saúde, são maioritariamente educativas. Devem, desta forma, os profissionais, antes de iniciar uma intervenção desta natureza, perceber quais as crenças que a pessoa possui, que possam interferir na adesão ao tratamento, preservando, contudo, os seus valores culturais (Poirier et al. (2006).

Em concordância com este pensamento, Almeida et al. (2007), assumem que o comportamento de um indivíduo é influenciado pelas suas crenças e expectativas, sendo a percepção que ele faz da situação, um forte elemento de motivação para o seu comportamento. Assim, a pessoa adere ao regime, se o alívio for percebido como positivo e for superior às dificuldades encontradas, para obter a cura.

As crenças da pessoa, baseiam-se no conceito que ela tem sobre a sua condição de saúde e na informação que tem sobre o seu tratamento (Kripalani, Yao & Haynes, 2007). Daqui, a importância das intervenções dos prestadores de cuidados, intervenções formativas, que para serem eficazes, os mesmos autores (2007), defendem que devem serem realizadas ao longo de várias secções, devem passar pela simplificação do regime terapêutico, bem como pelo acompanhamento da pessoa em consultas de seguimento.

Num sistema de saúde, que tende a haver uma relação de dependência dos doentes em relação os profissionais, que diagnosticam e prescrevem tratamentos, deve haver igualmente, por parte dos que prescrevem, a certeza que a probabilidade da prescrição não ser seguida é diminuta (Ribeiro, 1998).

Para este autor (1998), é importante que se compreendam as teorias de adesão, pois há aspectos básicos que orientam cada uma delas, que estão na base das crenças que as pessoas desenvolvem sobre o seu conceito de saúde, são eles:

- 1- “ Modelo Biomédico – a pessoa é vista como um recipiente e executadora de regimes que devem ser aceites e obedecidos;
- 2- Comportamento operante e teoria da aprendizagem social – este modelo dá atenção aos aspectos que desencadeiam o comportamento, as recompensas que reforçam o comportamento, à formação gradual, ou padrão do comportamento e à sua automatização após repetição suficiente;
- 3- Abordagem comunicacional – tal como no modelo biomédico, a perspectiva comunicacional vê a pessoa como uma noviça que procura o conselho do especialista e o tratamento clínico;
- 4- Teoria da crença racional - este modelo assume que todo o comportamento humano é, determinado por um processo de pensamento lógico e objectivo: em

função de informação apropriada acerca dos riscos, benefícios e consequências dos vários comportamentos, as pessoas modificarão as suas acções de modo a preservar a sua saúde. A não adesão resultaria de conhecimento insuficiente sobre os benefícios ou desvantagens de se envolver, ou não, nos comportamentos prescritos;

- 5- Teoria dos sistemas - estes modelos tendem a ver a pessoa como alguém que se envolve e que resolve activamente os seus problemas. O seu comportamento reflecte a tentativa de anular ou de reduzir a diferença percebida entre o estado actual e o objectivo final, ou estado ideal”. (Ribeiro, 1998, p.295).

Em todas as teorias acima descritas, a informação é de crucial importância, sem ela, que podemos esperar das pessoas idosas? Estes aspectos são reforçados nas falas dos participantes “ *Não, não ninguém me disse nada*”. (E1,1) “ *Não, não isso não me disseram nada. Só me receitaram aquilo que está ali e não me disseram mais nada e eu estive lá uma semana internada e davam-me comprimidos lá, mas não sei para que eram (...) Não a recebi [a informação] (...) de me dizer a senhora tem isto ou tem aquilo e este medicamento é para este fim e aquele é para aquele, não, não me disseram nada*”. (E1,2) “ *também nunca ninguém me disse nada. Passavam os medicamentos, vai para casa, vá-se embora e logo toma, só que eu não os tomava. Pois o problema foi esse. (...) Não, nunca me deram assim nenhuma informação*”. (E2,3)

No entanto existem outros motivos. Acredita-se que os efeitos benéficos dos medicamentos são relativos, porque, se não fossem, não havia nem tantas doenças, nem tantos doentes. “ *(...) cada vez há mais medicamentos e cada vez há mais doentes, acha que os medicamentos curam alguém? (...) isto é uma ilusão. As farmácias estão sempre cheias e cada vez há mais doentes. As pessoas andam sempre de roda da farmácia, eu nunca vi tanta gente de roda da farmácia, mas cada vez estão mais doentes, cada vez há mais doenças*”. (E5, 47)

A crença de que “o organismo se habitua à medicação”, não reagindo do mesmo modo, quando existe uma verdadeira necessidade da medicação, está patente no discurso dos participantes. “ *Penso isso. [que os medicamentos fazem bem a uma coisa e fazem mal a outra] (...) eu sei alguns, alguns são bastante agressivos, especialmente os*

antibióticos, normalmente são muito agressivos e também sei que no caso dos antibióticos se houver muita continuidade à uma tendência de habituação, que o organismo se habitua e que quer reagir e quando tem necessidade deles, quer reagir e não consegue, (...) tento dentro do possível não me habituar muito aos medicamentos, se eu tiver muita necessidade e esse medicamento eu não o tomar com frequência, ou de uma gripe ou de uma coisa qualquer, então ele normalmente faz efeito e se habitualmente tomar aquele medicamento, ou antibiótico, ou uma coisa do género tem uma tendência quando passa a ser muito, a não a reagir da mesma maneira como quando uma pessoa toma pouco”. (E7,32)

Acredita-se também, que, os medicamentos hospitalares, são mais eficientes para a doença, sendo a medicação injectável, mais eficaz que a medicação por via oral. “ (...) depois lá também os tratamentos são diferentes daqui, porque aqui, aqui é com comprimidos. Lá não é com comprimidos que tratam a gente, é com injeções. Eu parece que com as injeções me sinto melhor”. (E5, 27) “ (...) diferente, porque não tenho que ser eu a ter aquela preocupação, não tenho que me lembrar, são eles que se lembram por mim, (...) não tenho que me lembrar de nada. Eles vem ao pé de mim, olhe agora tem que tomar isto, olhe agora vai levar a injeção (...) esqueço-me tenho que ter aquela preocupação, (...) lá faço aqueles tratamentos porque (...), são eles a ter a responsabilidade”. (E5, 13)

“Deixei-me porque eu inchava, por exemplo, os pés inchavam e eu andava sempre com falta de ar e tomava medicamentos e achei que os medicamentos me estavam a engordar e que não me estavam a fazer nada, e por isso deixei os medicamentos da mão. (...) Não, não cumpria, eu deixei de tomar mesmo”. (E2, 2) Na realidade, e como já referido, a falta de conhecimento relativamente à doença, conduz ao abandono da medicação, porque não se crê que os medicamentos tenham efeito terapêutico “ (...) o meu problema é o seguinte: eu não tenho dificuldades, o que eu vejo é que não melhora nada (...), tomo medicamentos três e quatro meses seguidos e não estou melhor. (...). Não noto essas melhoras. (...) quero respirar e (...) tenho uma coisa aqui dentro (...) dos pulmões que não me deixa”. (E5, 1)

Acredita-se também que nem sempre os comprimidos curam as pessoas “(...) Mais tratamentos que eu já tenho feito? Olhe a minha mulher, se ela tomava comprimidos,

eram mais de 20 ou coisa assim todos os dias e o que é que lhe aconteceu? Quando chegou a hora dela, lá se foi. Não foi dos comprimidos que a curaram. Se calhar até ... com tanto comprimido, bem, não lhe deve ter feito”. (E5, 5)

SUB CATEGORIA - PREOCUPAÇÃO COM POSSÍVEIS EFEITOS ADVERSOS

Um dos factores particularmente relevantes nas pessoas idosas, é a preocupação com os possíveis efeitos adversos dos medicamentos (Mann, 2009). São estas pessoas que, num estudo realizado por este autor, abandonaram a terapêutica no prazo de seis meses.

O receio de possíveis efeitos adversos dos medicamentos noutros órgãos, condiciona, de facto, a toma da medicação “(...) há uma tendência para quando se utiliza demasiados medicamentos,(...) ou prejudica o fígado ou prejudica rins, ou há sempre alguma coisa que normalmente os medicamentos tem uma tendência(...) a fazer mal a determinadas coisas, especialmente a rins ou a fígado, (...). E quase todos os medicamentos avisam que tem uma tendência a fazer a... a prejudicar alguma coisa nesse sentido, quando são tomados com muita insistência”. (E7, 32) E por outro lado crê-se que todos os medicamentos têm efeitos secundários “Sim. (...) [receio dos efeitos secundários dos medicamentos] Por isso é que eu às vezes tenho... Tentar não me habituar muito”.(E7, 33) “Isto dos medicamentos é tudo um engano, sabia? Fazem bem a uma coisa, fazem mal a duas ou três, eu sei lá”.(E5,6)

Para estas pessoas, Mann (2009), alerta que, mais do que reforçar os efeitos benéficos do tratamento, é importante tranquilizar as suas preocupações, pelo que as intervenções de natureza educativa são de extrema importância.

CATEGORIA - PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE SINTOMAS

A segunda categoria a ser analisada, foi construída a partir da junção dos significados encontrados. A ela foi denominada “presença ou ausência de sintomas”, e neste contexto Poirier et al. (2006), referem que, se a doença se encontra numa fase assintomática, ou a pessoa tem dificuldade em definir os sintomas e as complicações

pela não adesão ao tratamento, a pessoa tende para uma reduzida adesão às recomendações dos profissionais de saúde.

“(...) sentia-me bem, sentia-me perfeitamente bem, tão perfeitamente bem que (...) pensa-se que não se tem necessidade dos medicamentos, por isso é que foi o que foi, foram esquecendo, hoje um, amanhã outro e vai sempre esquecendo”. (E7,9) No entanto, “(...) há um que se não o tomar, se não o tomar faz logo azia no dia seguinte e então dou voltas na cama à noite, até com a água parece que dá voltas. Esse, não posso esquecer. (...) o (...) outro que eu referi à bocadinha que precisava para o estômago, esse lembra-me todos os dias que tenho que tomar”. (E 7, 20) “ (...) os outros, que não doem nada, esqueço logo (...) acho que há uma tendência como não dói (...) esquece (...) os medicamentos há uma tendência a esquecer quando não há dor e não havendo dor, não lembra que é necessário tomar, (...) os outros não lembra...esqueceu (...) não dói por isso tem uma tendência a passar, a esquecer.” (E7, 19) “ Um esquecimento fictício, não é? Há um dia que se bebe um copo de vinho ao almoço e serve de desculpa para não tomar, depois à noite é porque se bebe uma cerveja e é desculpa para não tomar essas coisas. E depois há um dia de parodia e também se esqueceu, não há... também não se tem vagar. Depois fica em casa [a medicação] não se leva para o sítio, e tudo isso leva a esquecer muita vez. Que é um esquecimento entre aspas, porque não se esquece, às vezes faz-se é que se esquece”. (E7, 10)

Contrariamente, e mesmo em tratamentos de longa duração, se a pessoa sabe que deve manter rigorosamente a prescrição médica, porque se não a cumprir pode ter sintomas severos, tende a cumprir o tratamento. Neste contexto Wu et al. (2008) referem que, o aumento da adesão pode estar relacionado com a severidade dos sintomas, mesmo quando os tratamentos são de longa duração. *“ Fui informado, se você não tomar isto pode de repente... o coração é que sofre (...) Pode tapar, pois e eu tenho duas, tenho duas entupidas”. (E3,14) “ Tomo sete ou oito de manhã e à noite tomo outros sete ou oito e ao meio-dia tomo a aspirina” . (E3,24)“(...) Não, não [não tem descuidos com a medicação] (...) E eu tenho cumprido. O que é, é a tensão, às vezes descontrola mais, não sei”. (E3,3).*

CATEGORIA- DIFICULDADES NO CUMPRIMENTO DA PRESCRIÇÃO

As dificuldades no cumprimento da prescrição são, nestas pessoas, devidas ao: esquecimento, à complexidade do regime terapêutico/ polimedicação, aos gastos económicos com a medicação, às possíveis alterações nos hábitos de vida e à falta de apoio e encorajamento. Passamos então a expor, cada destas sub categorias.

SUB CATEGORIA- ESQUECIMENTO

No estudo realizado por Werlang, et al. (2008), é referido que as pessoas idosas, são fortes candidatos à não adesão à prescrição médica, e relatam que quando a não adesão está relacionada com aspectos cognitivos, tais como dificuldades de compreensão e recordação das orientações recebidas, relativamente aos horários da medicação, é considerada não intencional.

Neste contexto, Einstein, McDaniel, Thomas, Mayfield, e Hilary (2005), referem que, as questões relativas ao acto de recordar, se dividem em dois tipos: a memória retrospectiva, usada quando a pessoa relembra informações aprendidas no passado e a memória prospectiva, quando a pessoa tem que se lembrar de executar uma acção a desenvolver no futuro.

Estes autores (2005), nos seus estudos, observaram que as pessoas idosas apresentam dificuldades no desempenho de tarefas de memória prospectiva, o que sugere que a memória para tarefas que são desempenhadas no futuro, é menos automática e requer maior empenho, do que as tarefas de memória retrospectiva.

Assim, para tomar um medicamento correctamente, a pessoa tem que recordar as instruções e tem que executar a acção o que, muitas vezes, devido ao declínio cognitivo, muitos idosos não conseguem. Esta situação deve-se, aos défices na memória prospectiva, que por sua vez são resultado de uma débil função da memória retrospectiva, memória esta que auxilia igualmente a compreensão e a retenção da informação (Einstein et al., 2005). “ (...) o problema era que muitas vezes me esquecia. Olhe os do jejum raramente me lembrava, quando me sentava a tomar o pequeno-almoço e depois já de ter começado a comer, muitas vezes pensava - Ai os

outros [os do jejum] (...) mas depois tinha tantos para tomar ao pequeno almoço que já não tomava os outros (...) ao lanche... era raro o dia que me lembrava". (E4, 4)

Ainda de acordo com Einstein et al. (2005), as estratégias de memória podem, ainda, ser classificadas em internas e externas, sendo que as internas, envolvem actividades mentais, que têm como objectivo criar estratégias para a recuperação da memória. Neste contexto, associam o horário da medicação com actividades rotineiras, como sejam as refeições. As externas, e mais utilizadas pelas pessoas idosas, estão relacionadas com manipulações do ambiente e neste âmbito fazem anotações, deixam bilhetes em locais visíveis, ou utilizam caixas doseadoras para acondicionar os medicamentos, reforçadas com informação escrita como estratégia. Independentemente da utilização de uma ou de outra, o facto de as utilizarem, mostra a existência de motivação para a acção (Einstein et al., 2005). *"Não, não. (não há esquecimentos) Tomo sempre de manhã o que é para tomar. Eu tenho o papel. Agora tenho este lá ao pé. Este como é novo eu ponho ali junto aos remédios e vou olhando, o que é e o que não é"* (E3, 4). *"Mas é como lhe digo (...) Se tiver tudo escrito nas caixas, eu não tenho dificuldades nenhuma"*. (E1, 22)

A influência do número de tomas de medicamentos pode, igualmente, levar a incorrecções na toma da medicação. Einstein et al. (2005), demonstraram que um medicamento prescrito, três ou quatro vezes ao dia, pode levar a erros de repetição ou de omissão, de forma não intencional. Os de repetição, acontecem quando a pessoa idosa toma duas doses seguidas do seu medicamento, os de omissão, acontecem quando se esquece, suprimindo desta forma uma dose. Com muitas pessoas idosas acontece, também, segundo os mesmos autores (2005), a confusão em relação ao facto da acção ter ou não ter sido executada, motivo pelo qual, estas pessoas, preferem a utilização de estratégias externas. *"(...) mas sabe (...), aquilo eram medicamentos para tomar em jejum, medicamentos para tomar ao pequeno almoço, alguns oito, medicamentos para tomar ao almoço, alguns 5, ao lanche, ao jantar também eram seis ou sete, e ainda tinha que tomar antes de me deitar. (...) Pois era ao todo eram alguns trinta comprimidos por dia"*. (E4,3) *"(...) e ao deitar... quantas vezes já deitado me lembrava e voltava a levantar-me. O pior é que às vezes ficava na dúvida e já nem sabia se tinha tomado ou não, (...) voltava para a cama e no outro dia logo se via."* (E4, 6)

Muitas pessoas idosas, têm dificuldade em aceitar as limitações inerentes ao processo de envelhecimento e rejeitam o auxílio dos outros para os lembrar de tomar a medicação, no entanto, contradizem-se quando confirmam que, frequentemente, não se lembram do tomar algum medicamento (Werlang, et al. 2008). “ *A medicação (...) Tomo sempre aquilo que eles me mandam*”. (E1,4) “ *(...) da medicação não me esqueço (...) Às vezes a minha nora vem saber como é que eu estou, e lancho, como tenho que tomar aquele comprimido pró lanche, esse é que eu me esquece, mas depois lembro-me (...) ela já me tem dito, não se esqueceu de nada? E eu acho que não. Mas eu não a vi tirar o comprimido. Ah é verdade e depois então lá tomo o comprimido. Mas houve já uma vez ou duas que eu não tomei (...)*” (E1 ,17)

Num estudo realizado por estes autores (2008), é referido que as pessoas idosas são fortes candidatos à não adesão, à prescrição médica, motivo pelo qual é importante que os profissionais de saúde, os motivem para a utilização de estratégias de memória externas, dado que as estratégias de memória interna são mais susceptíveis de falhas.

Existem determinadas estratégias, que podem ser utilizadas na promoção da adesão medicamentosa, tais como a utilização de caixas para acondicionamento diário dos comprimidos, anotações, calendários, selecção previa dos medicamentos que devem ser tomados diariamente, embalagens com calendário, uso de despertador, servindo estas estratégias de memória como um mecanismo compensatório para o esquecimento dos medicamentos (Werlang et al., 2008). “ *A minha filha passou-me a por esses [os do lanche] junto ao almoço, senão ainda era pior*”. (E4, 15)

A utilização de uma caixa doseadora, surge como estratégia bastante facilitadora. “ *(...) eu dessa vez saí de lá muito abananado, não dava mesmo conta do recado e a minha filha comprou umas caixas para preparar os medicamentos*”. (E4,18) “ *(...) dá para uma semana. Ela todos os sábados mete lá os comprimidos conforme aquele papel que o médico fez*”. (E4, 19,) aumentando a eficácia quando associada ao apoio dado pelo plano escrito, “ *Pois é aquele quadro que está ali. Ela fez outra fotocópia e está por cima da mesa da cozinha para eu saber o que estou tomando*” (E 4, 20) “ *Assim a coisa torna-se mais fácil, mesmo para ela meter os medicamentos na caixa*”. (E4, 21) “ *Não, não. [não há esquecimentos] Tomo sempre de manhã o que é para tomar. Eu tenho o papel. Agora tenho este [plano escrito] lá ao pé*”. (E3,4)

SUB CATEGORIA - COMPLEXIDADE DO REGIME TERAPEUTICO/
POLIMEDICAÇÃO

Para Poirier et al. (2006), a adesão ao regime terapêutico é influenciada positivamente, quando o tratamento é menos complexo, dado que a redução do número de fármacos a tomar diariamente, diminui o risco das pessoas cometerem erros.

A polimedicação é, segundo Maanen et al. (2009), um problema muito comum nas pessoas idosas, devido à multiplicidade de patologias, mas que, por vezes, se torna necessária, para evitar efeitos adversos. *“(...) mas sabe (...), aquilo eram medicamentos para tomar em jejum, medicamentos para tomar ao pequeno almoço, alguns oito, medicamentos para tomar ao almoço, alguns 5, ao lanche, eu sei lá eram tantos e ao jantar também eram seis ou sete, e ainda tinha que tomar antes de me deitar (...) Pois era ao todo eram alguns trinta comprimidos por dia.” (E4, 3)* As pessoas polimedicadas têm duas vezes mais probabilidades de re-internamento hospitalar, dado que o risco de eventos adversos aumenta, exponencialmente, com o número de medicamentos tomados (Maanen et al., 2009). Tal é afirmado pelos participantes do estudo, e relativo a um dos seus re-internamentos *“Eles [os médicos] disseram-me que eu (...) não andava a fazer os medicamentos, bem mas eu acho que estava a fazer conforme eles me mandavam. Só se às vezes me enganava, não sei, é possível. Eu cheguei a pensar que andava a fazer alguma coisa mal, mas conscientemente não me apercebi. Eu achava que sim, que tomava tudo certo mas pode haver enganar, não sei”.* (E4,17)

“ Só me atrapalhava aqueles que eu tenho ali que não tinha nome nenhum, não é, agora estando escrito nas caixas não me atrapalha (...). Tomo o que é para tomar em jejum. (...) Estes amarelos aqui só tomo um quarto ao pequeno-almoço e há ai uns que tomo ao lanche e um ao pequeno-almoço e uma caixa cor-de-rosa, uma ao pequeno-almoço e outra ao lanche (...) depois tomo o pequeno almoço a seguir, depois tomo no fim do pequeno-almoço a aspirina, (...) ao almoço não tenho nenhum para tomar, depois tenho então ao jantar”. (E1, 5)

Em pessoas idosas, a complexidade dos regimes terapêuticos, associado ao potencial declínio cognitivo e à perda potencial de apoio social, pode tornar-se um problema grave para alguns indivíduos, contribuindo para que estes não obtenham o pleno benefício do tratamento (Cholowski & Cantwell , 2007).

O facto de a pessoa idosa recorrer a diferentes médicos é, para Patterson, Hugles, Kerse, e Cardwell (2009), um dos motivos pelo qual muitas vezes acontecem prescrições inapropriadas. *“Só o que foi é esta confusão aqui. Era daqui e passou para aqui, agora. Uma pessoa a olhar para isto... eh há medicamentos, que isto faz a mesma coisa do outro. É pois é mais confusa, por acaso, porque todas as vezes que eu lá vou, (...) ao hospital, (...) você tirou-me os remédios, fui ao hospital, os remédios os mesmos que eu estava, tiraram uns, puseram outros”*. (E3, 31) *“E depois (...) [o médico assistente disse], você está a tomar aqui remédios que é a mesma coisa, fazem efeito por duas vezes, para quê? Olhe Sr. Dr. Não sei. O Dr. na outra vez tirou-me, fui ao hospital, passaram outra vez outra coisa (...) quando você for ao hospital, que for para lá internado, leve o papel ou leve as caixas, que é para ver se eles vêm e controlam com as caixas”* (E3, 35)

Neste contexto, Maanen et al. (2009), defendem que é importante que os clínicos adiram ao método de optimização da terapêutica, já descrito anteriormente, pois este é especialmente útil quando há necessidade de alterar a terapêutica nas pessoas idosas.

Constatou-se pela análise do verbatim das entrevistas, que algumas pessoas idosas, com baixo nível de escolaridade, se sentiam confundidas, pelo facto de lhes ser alterado a embalagem do medicamento, porque lhes são prescritos medicamentos com o mesmo principio activo (os usualmente denominados genéricos), ou ainda porque lhes é alterada a prescrição. *“(...) ainda há pouco tempo tinha aqui por causa de uns remédios, aqui estava um nome e ali na caixa estava outro (...) porque está aqui um por exemplo, (...) o Lopressor e lá na caixa tem por baixo (...) Tem o meprolol.”* [metoprolol] (E3, 6) *“(...) mas é uma baralhação com tanta caixa, (...), a baralhação é a mesma e depois ainda tem outra coisa, são os nomes que não são os mesmos. (...) E depois aparecem-me com outros nomes que é... que eu me baralho todo. E eu depois também já não tenho cabeça para isto, para fixar”*.(E5, 38) *“Fico atrapalhada [quando lhe alteram as caixas] (...), vim a casa porque via que estes comprimidos*

estavam a acabar e tenho aqui tantos comprimidos que era para o mesmo fim, mas não sabia quais eram e fui lá [à farmácia], e perguntei e elas disseram-me, mas não me escreveram na caixa, eu ainda pedi para escrever, ponha aí que é para tomar à noite, ou para tomar de manhã ou para tomar em jejum, mas só me escreveram aquela que é para tomar em jejum”. (E1, 6) “Porque as caixas eram iguais (...) aquela caixa grande (...) não era igual a uma daquelas e eu fiquei indecisa (...) a outra que tem aquelas letras verdes, também é igual, é também a mesma coisa e eu também não sabia”. (E1, 8)

SUB CATEGORIA- GASTOS ECONÓMICOS COM A MEDICAÇÃO

A não adesão à terapêutica é influenciada, como nos refere Lau, Briesacher, Mercaldo, Halpern, Osterberg, Jarzebowski, McKoy, e Mazor (2008), pela percepção que as pessoas doentes têm sobre os medicamentos e o seu custo monetário. Assim a pessoa está disposta pagar pelos seus medicamentos, com base numa avaliação que faz da sua importância e do seu custo.

Apesar do custo económico da medicação ser elevado, nem sempre esse é o motivo que causa a não adesão. “ (...) são mais de 100 euros todos os meses, mas graças a Deus eu consigo comprar, é um grande tombo na reforma, mas vai dando. Às vezes é até a minha filha que mos compra e nem me leva dinheiro, o meu problema é esquecer-me. É muitas vezes, é muita responsabilidade, muitos medicamentos. Aquilo dá cabo da cabeça de qual quer um. A gente já não tem idade para isso”.(E4, 12)

Na realidade as pessoas idosas estão dispostas a pagar pelos seus tratamentos, mediante a importância que lhes atribuem. Esta, está fortemente relacionada com a informação dada pelo médico, pois se lhes forem dados conhecimentos sobre a doença, efeitos dos medicamentos, e benéficos do tratamento, e considerarem que aquele medicamento lhes impede a deterioração da sua saúde ou lhe prolonga a vida, há menos propensão para deixar de tomar (Lau et al., 2008).

Os custos económicos com a medicação, são hoje um facto inquestionável, cada vez mais gravoso para a qualidade de vida das pessoas. “(...) Pois olhe senhor doutor, só a reforma que uma pessoa ganha é só quase para os remédios”. (E3, 28)

Dado que a percepção da importância que se atribui ao tratamento, tem um impacto significativo na adesão à terapêutica, e que esta está relacionada com as boas práticas médicas, é de realçar a responsabilidade acrescida dos prestadores de cuidados de saúde, no ensino a estas pessoas (Lau et al., 2008).

Na realidade, também, os custos da medicação e a duração do tratamento, estão correlacionados com a adesão, pelo que, em tratamentos de longa duração, à medida que o tempo vai passando, há uma tendência para a adesão decrescer. Da mesma forma, quanto maiores são os custos, menor é a adesão à terapêutica (Poirier et al., 2006). *“Até algum tempo mantive a medicação mais ou menos. Não muito certa, mas próximo da certa. Depois vou começando a relaxar. Depois começou a passar um dia, passar dois e até que cheguei ao ponto de deixar quase de tomar, quase na totalidade”.* (E7, 3)

Assim, se a pessoa idosa não tiver a percepção de que os benefícios são superiores ao custo da droga, então, não se dispõe a pagar pelo tratamento (Lau et al., 2008). *“(…) é só deixar na farmácia e não se vê resultados nenhuns”*(…) (E5, 2) *“Se eu visse que as coisas me faziam bem, se eu visse que estava a melhorar, que gastava o dinheiro lá na farmácia, ainda valia a pena, aí isso valia. Mas esta doença não melhora um dia mais que outro”.* (E5, 8)

Relativamente aos medicamentos genéricos, Figueiras, Marcelino, Cortes, Horne, e Weinman (2007) revelam que, nos últimos anos se verificou um aumento progressivo da divulgação e comercialização destes medicamentos em Portugal, situação que se deve ao resultado da crescente informação disponível nos “médias”, sendo que o aumento progressivo do consumo de genéricos tem diminuído a quantidade de dinheiro dispendido com a medicação. *“Alguns já são diferentes, porque o meu médico tem passado genéricos, para eu gastar menos, mas eu tenho andado bem, não notei diferença. Estou-me a dar bem”* (E4, 25) *“(…) o meu médico quando passou os outros [os genéricos] fez um esquema que dizia que este, era igual àquele, e que o outro era igual ao outro e ela [a filha] assim ficou a saber a que é que aquele nome correspondia”.* (E4, 26) *“(…) o médico da última vez que lá fui passou-me (...) os genéricos, diz ele que era para eu gastar menos”* (E5, 37)

No entanto, Figueiras, et al. (2007) alegam que, os indivíduos (médicos e doentes), têm crenças sobre os medicamentos genéricos e que existem resultados a indicar que o grau de concordância, com o uso do medicamento genérico, diminui significativamente, à medida que a gravidade da doença aumenta. Os autores (2007) argumentam que as pessoas estão mais habituadas e receber a prescrição de um medicamento de marca, cujo nome já é conhecido, apesar da relevância do aspecto económico, pois acreditam que os genéricos são menos seguros e eficazes. “ (...) *O meu médico por acaso não, quando passa a coisa [a receita], diz não genéricos. Da última vez que eu lá estive, ele disse, se eles [os farmacêuticos] não tiverem, mandem buscar. Só aqui há tempos passou-me um com o Plavix. Vou passar aqui um que é a mesma coisa que o Plavix e é mais barato e o Dr (...) também passou.*” (E3, 29) “*Muitas vezes aqui na farmácia quando eles me dão, dizem se você consumisse os genéricos já poupava tanto, mas ele [o médico] diz, genéricos não*”. (E3, 30)

SUB CATEGORIA - ALTERAÇÃO NOS HÁBITOS DE VIDA

Nas pessoas idosas, é por vezes difícil diagnosticar, com precisão, os problemas de aderência sabendo que, em muitas situações, existe um agravamento do processo aterosclerótico, que conduz a múltiplas alterações. Aqui, justifica-se que a procura dos factores que possam interferir na adesão à medicação, deva ser personalizada, para que seja entendido porque é que a adesão é um problema para aquela pessoa. Isto poder-se-á fazer através da utilização de ferramentas simples de comunicação e de uma relação de ajuda que permitam superar essas barreiras (Mann, 2009).

“(...) *eu não tenho vida para tanta coisa, para fixar e depois é agora e depois é depois, e depois é as horas , eh e depois esqueço-me de um, vou tomar depois. Não quero assusta-me, não gosto de depender dessas drogas. Não gosto de depender daquilo. Depois não saio, porque tenho que tomar o comprimido, não coiso, porque tenho que tomar o comprimido, não me deito à tarde às vezes, porque eh, tenha paciência (...)*”. (E5,9) Segundo Fontaine, Kulbertus e Étienne (1998), estes comportamentos-problema vão alterar os comportamentos quotidianos da pessoa, alterando a sua vida social, os seus pensamentos, levando inclusive a atitudes de recusa, sendo estas, referidas como um estilo adaptativo que a pessoa utiliza, para diminuir situações de grande ansiedade e para enfrentar a realidade. “*Eu não me*

importo de morrer, pois morrer todos tem que morrer, não é? Eu (...) gostava, que me dê logo assim uma e que fique estendido, um descanso, porque estar aqui a sofrer ou estar aqui mal, não tenho ninguém que me acuda”. (E5, 24)

A ansiedade e a depressão crónica estão presentes em 20 a 30% das pessoas com doença cardíaca. Estas pessoas enfrentam os acontecimentos mais ameaçadores que um indivíduo pode vir a encontrar, desde a ameaça da invalidez crónica, às ameaças das recidivas e, exactamente por ter de enfrentar ameaças tão graves, é de prever que uma ansiedade importante, constitua um componente fundamental da sua vivência. (Fontaine et al., 1998),

Uma das vivências, que é frequentemente negligenciada pelos profissionais, é a sensação de astenia física, da fadiga “(...) eu nem consigo subir três degraus, fico logo com a língua de fora. Isto é uma desgraça” (E5, 25) e da letargia que vão surgindo espontaneamente, após o surgimento da doença cardíaca e que evoluem para outros sintomas depressivos, que podem ser notados no discurso dos doentes, tais como: baixa auto-estima, ausência de interesse ou indiferença, desespero, pessimismo, sentimentos de frustração e cólera.

Se numa fase hospitalar, estes autores (1998) defendem que o mecanismo de recusa torna os mecanismos de aprendizagem menos eficazes, em que a pessoa não se interessa por compreender os mecanismos fisiopatológicos da doença e as actividades que lhe permitem melhorar a reabilitação, mesmo que os ensinamentos lhe sejam feitos de forma adequada, numa fase pós-hospitalar, o recurso à recusa, pode-se traduzir por uma falta de adesão às prescrições médicas, por dificuldades no retorno ao seu modo de vida anterior e por alterações comportamentais (Fontaine et al., 1998). “ (...) isso [viver até muito tarde] é para aqueles de boa vida, aquilo é para aqueles que a vida lhes corre bem e aguentam os que aguentam, aguentam os que estão bons. Olhe se quer que lhe diga, eu lá quero levar mais vinte anos neste suplício, (...) eu já sou um homem doente (...) O coração, já está fraco”. (E5, 23)

“Chego a passar lá [no hospital] aí bem umas duas semanas, sim 15 dias, à volta disso. Já tenho lá estado à volta disso. Duas semanas ou mais. (...). Mas também estar

para ali sozinho ou estar lá é quase o mesmo. Aqui estou sozinho". (E 5, 12) Estes comportamentos tendem a não se desenvolver com tanta frequência, quando a pessoa tem suporte social, ou seja, tem uma rede relacional que fornece suporte afectivo, material e cognitivo adequado às suas necessidades (Fontaine et al., 1998).

SUB CATEGORIA – FALTA DE APOIO E ENCORAJAMENTO

Vários estudos têm mostrado, que os doentes que recebem estabilidade e suporte das suas famílias tornam-se mais confiantes no tratamento, do que aqueles que não recebem nenhum tipo de suporte. Estes últimos, tendem ao isolamento social, situação que tem impacto negativo na adesão ao tratamento (Poirier et al., 2006).

As pessoas idosas que vivem sozinhas têm, segundo Steven et al. (2008), mais exacerbações da doença e recorrem com mais frequência aos cuidados hospitalares, onde sentem apoio e têm resposta para as suas necessidades.

Em concordância com os autores acima referidos, Fontaine et al. (1998) referem que, o facto de não haver apoio emocional, no qual haja expressão de encorajamentos, de boa compreensão, de escuta face à vivência emocional da pessoa que enfrenta o problema, pode contribuir para que a pessoa tenda facilmente para o isolamento social, situação que tem impacto negativo na adesão ao tratamento.

“[o filho] Enquanto cá esteve ainda aparecia cá de vez em quando, (...) mas se [a filha] vem cá duas vezes a casa é muito (...) Conversam comigo, como vai, como está, como vai como tem passado. Mas também, estão cá pouco tempo. Querem lá saber, a vida deles está lá, não está cá. Aquilo são moços que não querem chatices. Já vii, eu também tenho que compreender, (...) que a vida deles, é a deles é lá, não vão deixar de a vida deles para vir aqui, cuidar do velho”. (E5, 22) “ E depois vejo-me aqui sozinho. (...) a minha mulher faleceu, já há 5 anos que vivo sozinho. (...) Filhos, tenho, tenho dois mas estão fora, no estrangeiro”. (E 5, 21) “Quando estou mal, vou para lá [para o hospital] e quando venho de lá parece que venho mais animado e venho mais animado e sinto-me melhor. Parece que os tratamentos de lá são diferentes, são melhores e depois é como já lhe disse, é tudo feito aquela hora e não há esquecimentos. Chego lá, faço os tratamentos, melhora um bocadinho, fico mais

animado (...) [os comprimidos], que tomo aqui em casa não vejo, não vejo assim grandes melhoras. Vou para o hospital, eu já lhe disse, parece que me sinto, sinto-me diferente”. (E5, 26)

CATEGORIA - SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS PRESTADOS

A forma como os profissionais de saúde interagem e comunicam com os doentes é, para Almeida et al. (2007), um importante determinante da adesão ao tratamento. A confiança que as pessoas depositam, na equipa de saúde, tem um poder decisivo na adesão; doentes satisfeitos com a equipa e com o tratamento, aderem melhor às recomendações que lhes são dadas.” *(...) vocês lá são muito cuidadosos, não tenho nada a dizer. Está lá gente muito boa”. (E 6, 20)*

Uma intervenção para que seja eficaz, deve ser adaptada às necessidades da pessoa. Assim, este participante sente-se satisfeito, porque o médico assistente, pessoa da sua confiança, o esclareceu relativamente à prescrição, feita por outro colega. – “ *(...) e eu também disse ao Sr. (...) até tenho ali um que é para tomar em jejum de manhã, Oh Sr. Dr. Eu tenho lá loprazol [Omeprazole], duas caixas lá é de 30, não posso tomar? Pode tomar tome isso tudo, deixe isso da mão ser de 30, vá tomando isso e eu tenho duas caixas ali (...) e são caros. Posso tomar, pois eu perguntei-lhe, aqueles que eu estava a tomar que me passaram lá no hospital é de 40 e aqueles que eu tenho ali é de 30 mas o Dr. (...), [disse], não pode tomar à mesma, que isso não faz mal em jejum (...)*”. (E3,33)

A polimedicação está associada a resultados negativos de saúde, sendo a simplificação do regime terapêutico uma competência exclusiva do médico e segundo o autor, uma das intervenções comprovadamente mais eficazes na melhoria da adesão à terapêutica (Kripalani et al., 2007). Assim a pessoa manifesta satisfação quando percebe que o médico se preocupa em simplificar o regime terapêutico. “ *Ele [o médico] diz que menos que esta medicação já não posso fazer, pois é para o colesterol, é para a tensão, para os batimentos do coração e é aí uns para o sangue ficar mais fino”. (E6, 16)*”

A pessoa sente-se satisfeita, quando sente que o outro se preocupa com o seu bem-estar e está disponível para si. A disponibilidade é, assim, segundo Berger (1995), uma forma de relação de ajuda, é estar lá para a pessoa, preocupando-se com o seu bem-estar. “(...) quando precisar alguma coisa venha cá que é para a gente controlar isso. Não paga consulta, venha aqui, traz a caixinha” (E3,22). “ Quando acabar uma caixa, traga essa caixa, que é para eu ver como é que hei-de fazer, que é para eu controlar essa coisa toda, que isto é muito remédio é muita com ... isto dá cabo de você,”. (E3,23)

Sendo a simpatia, uma atitude espontânea na relação com o outro, ela é muitas vezes um elemento facilitador da comunicação, uma forma de criar “uma ponte” entre quem ajuda e quem é ajudado. “Eu fui bem atendido, não tenho nada que dizer. Toda a gente foi muito simpática para mim, sempre me ajudaram, a levantar, a ir à casa de banho. Mesmo enquanto estive na cama, sempre me deram as coisas, sempre me acompanharam.” (E4,35)

CATEGORIA - NECESSIDADES SENTIDAS PELA PESSOA

SUB- CATEGORIA- INFORMAÇÃO

Esclarecer a pessoa, após uma situação de doença cardíaca é, segundo Smith e Liles (2007), uma função importante dos profissionais de saúde. Um estudo realizado por estes autores (2007), mostrou que são as pessoas idosas que precisam de mais informação e que, a educação destas pessoas, é reconhecida como uma área fundamental da prática de enfermagem.

Ajudá-los a aumentar a sua compreensão sobre a doença, as tomas da medicação, os apoios e cuidados na comunidade, e a resposta às suas preocupações relacionadas com as actividades de vida, são fundamentais no regresso a casa. “Disseram-me que não havia mais coisa nenhuma a fazer e que era tratar com os remédios como devia de ser (...) você tem que ter é conta com os remédios e tomá-los como deve ser e pronto. Os enfermeiros e os outros médicos também me disseram, lá no hospital (...) Os enfermeiros disseram-me que tinha que tomar os medicamentos como deve ser” . (E3, 1) “Deram, deram [os ensinamentos suficientes] (...) Algumas coisas, ainda me lembro.

Olhe, tome este para os diabetes, não se descuide a tomar este remédio a horas. Isto é bom para os diabetes, porque eles às vezes tanto estão baixos como estão altos e para a tensão também me disseram. Por acaso [as dúvidas] vieram de lá esclarecidas (...) (E3, 13)

Cumprindo ou não a medicação, as pessoas querem ser informadas, sendo que a ausência da informação dificulta o processo de adesão. *“Estou informado, [dos riscos] (...) o médico explicou-me bem e avisou-me. É que o médico avisou-me [a informação] foi suficiente, a culpa não é dele, é minha. Se fosse por falta de informação eu tinha uma desculpa, mas assim não tenho. E portanto que voltou-se a repetir a mesma situação, foi o que aconteceu “.* (E7,21) *“- Não, não, isso não me disseram nada. Só me receitaram aquilo que está ali e não me disseram mais nada e eu estive lá uma semana internada (...).”* (E1, 2) *“também nunca ninguém me disse nada. Passavam os medicamentos, vai para casa, vá-se embora e logo toma, só que eu não os tomava. Pois o problema foi esse. (...) Não, nunca me deram assim nenhuma informação”.* (E2,3)

Um bom suporte informacional, pode levar a uma atitude favorável perante o tratamento, e pode transformar os conhecimentos da pessoa em acções que a favoreçam (Poirier et al., 2006).

SUB SUB CATEGORIA – ACESSIBILIDADE À INFORMAÇÃO

Os participantes deste estudo, referiram que sentem muito apoio da farmácia, que habitualmente frequentam, sendo os farmacêuticos, as pessoas que mais apoio lhes dão, quando necessitam de informação. *“Mas eu tomo [a medicação], porque se não sei, vou ali à farmácia que é aqui ao pé e olhe, isso é a mesma coisa que é, e eles depois escrevem na caixa (E3, 8) “Às vezes a gente está aqui [em casa] e vai ali [à farmácia] aos rapazes e eles dão a explicação e escrevem, isto é para isto e isto é para aquilo”* (E3, 17) *“(...) A farmácia já me tem [ajudado] Ainda há tempos (...), fui lá com uma caixa, não, isso é a mesma coisa, pá. É a mesma coisa”* (E 3, 32) *“ Vou à farmácia perguntar (...) fui ali à farmácia e elas disseram que este e este, é a mesma coisa deste.”* (E1, 9)

Assim, Murray et al. (2004), referem que são múltiplos os factores que afectam a adesão à terapêutica, pelo que, os farmacêuticos devem estar devidamente treinados e preparados para oferecer, às pessoas idosas, um leque de intervenções para melhorar a aderência à medicação, começando por fazê-los compreender, o quanto esta é importante para elas.

Ainda, segundo estes autores (2004), as estratégias são multidimensionais e incluem a melhoria dos serviços farmacêuticos, que se prestam a estas pessoas. Um apoio insuficiente e uma inadequada vigilância do uso de medicamentos, nas pessoas idosas, colocam-nas em risco, sendo, assim, necessárias intervenções que melhorem a educação da pessoa, os seus comportamentos e habilidades para realizar a auto-administração da medicação e acompanhá-las, pois o declínio cognitivo, parece ser um risco que está associado aos problemas de adesão. Contudo Murray et al. (2004), relatam que, existem ainda poucos estudos que mostrem o efeito destas intervenções.

“ (...) depois vou a caminho da farmácia, duas e três vezes para perceber bem as coisas, quando venho de lá eles dizem olhe é assim é assado, mas quando chego a casa já me esqueci e então vou lá outra vez e eles dizem-me a mesma coisa e volta não volta tenho sempre. (...) aborrece-me ir lá sempre chatear as pessoas. E olhe agora diga-me lá outra vez (...) Já não tenho a mesma cabeça que quando era mais novo.”
(E5, 20)

A necessidade de acompanhamento e de informação que as pessoas idosas têm, para manterem no seu domicílio a medicação que lhes é prescrita, encontra-se explicitada na fala dos participantes, surgindo, ainda, como sugestão para transpor o problema da falta de informação, a criação de uma linha telefónica. *“ (...) [os enfermeiros poderiam ajudar] Quando fizesse falta por exemplo, a gente comunicar com eles [os enfermeiros] e eles darem uma ajudinha (...) Por exemplo, por um telemóvel ou qualquer coisa que a gente pudesse comunicar com eles, para eles puderem explicar (...)”* (E3,15) *“(...) a casa não podem vir [os enfermeiros do serviço de Cardiologia] (...) houvesse uma forma de a gente se aconselhar quando está mais aflito, talvez não fosse mau... arranjar alguém que nos orientasse (...) que nos pudesse dar um apoio (...) arranjam um telefone que fosse, que se ligasse que fosse só para os doentes (...) e tivesse lá uma pessoa, uma pessoa entendida claro, uma pessoa de saber, que*

pudesse por o meu problema e que a pessoa lá que dissesse, faça assim ou faça assado” (E5, 42)

SUB SUB CATEGORIA - SUPORTE ESCRITO

Num estudo realizado nos Estados Unidos, demonstrou-se que 51% das pessoas com mais de 65 anos, não recebiam informações sobre como cumprir as suas medicações no domicílio, e que apenas 30% recebiam instruções por escrito, quando uma das metas para 2010 era que, 95% das pessoas que tivessem alta hospitalar, recebessem por escrito informações adequadas, sobre a sua nova receita e tivessem aconselhamento sobre o uso adequado e potenciais riscos dos medicamentos (Hayes, 2005).

Esta autora (2005) refere ainda que, as pessoas de maior idade, são menos tolerantes à novidade, têm diminuição de capacidade de aprendizagem e hesitam sobre novas situações, especialmente quando são sobrecarregados de informação. Muitas vezes a surdez, que normalmente aumenta com a idade, diminui-lhe a capacidade de concentração, e a menos que a nova informação seja repetida com frequência, poderá ser esquecida em menos de 18 segundos. Estas limitações da memória, a curto prazo, segundo Hayes (2005), demonstram o quanto é importante a instrução escrita, como complemento das instruções verbais.

As instruções escritas devem ser concisas, compreensíveis e apresentadas numa única página. Devem estar organizadas em esquema, com letra bem legível e ter instruções específicas, tais como nome do medicamento, informações gerais sobre os seus efeitos e como tomar a medicação, especificando a dose e o calendário (Hayes, 2005). *“Ele [o médico] até me fez um calendário, um papel destes, com tudo escrito e depois disse, ponha lá colado onde você mais anda todos o dia, que é para ver, que é para não se esquece e foi realmente, enquanto eu tive a tomar os medicamentos foi com aquilo, só assim eu não me esquecia, mas depois acabei por me chatear, por me saturar e depois discuti com ele e olhe foi o fim. Mas tinha um papel destes com tudo, os medicamentos apontados, á hora tal, tantos ao pequeno-almoço, tantos”.*(E2, 8)

Quando não existe suporte escrito, seja ele de natureza básica, tal como, o escrito na caixa do medicamento, a pessoa sente dificuldades em fazer a gestão da medicação. *“Só me atrapalhava aqueles que eu tenho ali que não tinha nome nenhum, não é, agora estando escrito nas caixas não me atrapalha”*. (E1,5) *“eu ainda pedi para escrever, ponha aí que é para tomar à noite, ou para tomar de manhã ou para tomar em jejum, mas só me escreveram aquela que é para tomar em jejum”*. (E1,6) *“Sabe o que é que eu faço? [quando tem dúvidas] Já tomei duas daquela e aquela azul, mudei os comprimidos para aquelas que estão escritas, para tomar à noite (...) Tirei da outra caixa nova e pus na caixa velha que estava escrita”*. (E1,7) *“ (...) a única dificuldade que eu tenho é essa. (...) Por isso mesmo, é que eu fui à farmácia perguntar (...) eu para saber faço isso (...) quando não está escrito nas caixas (...) São os mesmos, só que uns são genéricos e outros não são. Então ponho os medicamentos, nas caixas onde que estão escritas”* (E1,23)

A situação é mais grave, em pessoas analfabetas, e que não fazem perguntas para obter informação porque, mesmo levando instruções escritas, não conseguem segui-las (Hayes, 2005). No entanto esta autora (2005), refere que este não deverá ser o motivo pelo qual, não as devam levar. Cabe ao enfermeiro, encontrar as estratégias necessárias, para educar a pessoa de idosa e melhorar a sua compreensão, sendo inevitável adaptar a informação escrita às necessidades reais de cada pessoa (Hayes, 2005).

As instruções escritas são para as pessoas idosas e como já referido de grande importância. Segundo Hayes (2005), a capacidade de aprendizagem e as limitações de memória, a curto prazo, diminuem com a idade e, assim, ou com um plano terapêutico escrito, ou com a informação escrita nas caixas, ou as duas coisas, as pessoas referem ter mais segurança na toma dos medicamentos, *“ (...) eu realmente não preciso de nada. Com este papelinho consigo-me orientar bem, não tem dúvida”*. (E6, 21) *“ (...) agora já há mais de um ano que vou a um cardiologista cá fora, o Dr. (...) e ele escreve tudo num papelinho, quer ver? Assim eu oriento-me bem, sei o que tenho que fazer, sei o que tomar”*. (E6, 12) *“Ninguém me disse nada. (...) quando eu tive no hospital, até fui à farmácia lá do hospital e o meu filho pediu logo, se faz favor, escreva nas caixas o que é para tomar ao almoço ou o jantar ou de manhã, (...). De maneira que é assim”*. (E1, 24) *“Quando fui à farmácia pedi logo para me escreverem*

nas caixas como havia de tomar os medicamentos”. (E4, 2) “Não, não. [não há esquecimentos] Tomo sempre de manhã o que é para tomar. Eu tenho o papel. Agora tenho este [plano escrito] lá ao pé. Este como é novo, eu ponho ali junto aos remédios e vou olhando, o que é e o que não é” (E3, 4) “ (...) e às vezes ponho na caixa também” (E3, 5)

SUB CATEGORIA - APOIO FAMILIAR

O facto de ter apoio social está, segundo Steven et al. (2008), associado à utilização de tácticas positivas que promovem o auto-cuidado facilitando, desta forma, os comportamentos de saúde. Os resultados do seu estudo (2008) confirmam que, o facto de ser casado, ou de ter um familiar cuidador, aumenta a probabilidade da disponibilidade e envolvimento do outro, nos diferentes cuidados de saúde. Estes, devido à relação de proximidade, apercebem-se das dificuldades e ajustam as situações em função das necessidades da pessoa. *“Sim, só, [tem uma filha] mas olhe, é quem me tem valido”. (E4, 27) “ Eu agora até estou a cumprir já depois dito tudo, porque é assim, a minha filha (...), ela é que se comprometeu, (...) tenho cumprido porque eles estão em cima de mim a dar-me os medicamentos. Olha, não te esqueças dos medicamentos e quando me lembro já às vezes já tenho começado a comer e coisas que eu tenho que tomar antes do almoço, ou do jantar, ou não sei quê. (...) eles andam todo o dia atrás de mim, olha isto, olha aquilo, olha o outro e eu então aí e é por isso que eu tenho seguido isto, senão acho que não aguentava”. (E2, 6)*

O suporte social está, segundo Steven et al. (2008), associado a uma melhor adesão e à promoção do auto cuidado, condições que impedem a exacerbação da doença e têm um impacto positivo sobre o risco de re-internamentos.

SUB CATEGORIA – PLANEAR O REGRESSO A CASA

O planeamento do regresso a casa é, para Andrade, Jesus, e Silva (2005), um processo centralizado, coordenado e multidisciplinar, que assegura à pessoa doente um plano de continuidade de assistência depois de abandonar o hospital. Ele exige, segundo Baltar e Godinho (2000), uma avaliação muito cuidada das necessidades do doente e implica

a capacitação da pessoa para o auto cuidado, com o intuito de facilitar a integração no seu meio.

É frequente que, ao aproximar-se o momento da saída, de um ambiente no qual a pessoa sentiu protecção, esta entre em ansiedade. São habituais, entre outras, as dúvidas relacionadas com o processo de auto-cuidado, actividade física, gestão terapêutica e quando a pessoa ainda trabalha, regresso à vida profissional (Cainé, 2005). A pessoa passa a sentir-se responsável, por tomar conta de si e pela adopção de comportamentos que possam evitar o agravamento da sua situação. *“Quando tive alta nem queira saber (...) eu fiquei muito ansioso, quando a enfermeira me veio dizer que tinha alta (...) E foi de repente, assim, olhe, tem alta, o médico ainda não lhe disse?” (E6, 3)* *“ (...) eu não tinha a certeza que a minha mulher ia dar conta do recado. Nem queira saber, como é que eu me senti. Que fiquei assustado, fiquei mesmo. (...) lá tantos cuidados e de repente(...) A gente não percebe nada daquilo e de repente tem que vir cá para casa... e toma lá a receita e pronto, claro que a gente gosta da nossa casa, mas tem que sentir alguma segurança. (E6, 4)*

Cabe ao enfermeiro, identificar os receios da pessoa, e adequar os ensinamentos a efectuar às suas necessidades, desmistificando os medos e propondo alternativas que facilitem o auto cuidado. O facto dos internamentos hospitalares serem cada vez menores, reduz as oportunidades dos enfermeiros conhecerem a pessoa e efectuarem os ensinamentos ajustados às suas necessidades (Cainé, 2005). *“ (...) Só estive lá 4 dias e dois passei-os lá nos Cuidados Intensivos”. (E6, 2)*

Um estudo efectuado por Smith e Liles (2007), ressalta que as necessidades de informação, nas pessoas idosas que sofreram um Enfarte do Miocárdio, são superiores às necessidades das pessoas mais novas e que estas necessidades podem variar consideravelmente nas diferentes fases da sua recuperação. Assim os enfermeiros, devem avaliar de forma abrangente essas necessidades e dar-lhes um número adequado e útil de informações de modo a preparar o regresso a casa, momento que para muitos é altamente angustiante.

Cabe aos enfermeiros decidir a forma como melhor satisfazer as necessidades das pessoas idosas, devendo começar por fazer uma avaliação das necessidades físicas,

psicológicas e sociais destas pessoas e negociar com elas um plano individual escrito para responder às suas necessidades. Este plano deve abordar aconselhamentos sobre medicamentos, sobre o seu uso, benefícios e malefícios, estilos de vida saudáveis, dieta, consumos de álcool e tabaco (Smith & Liles, 2007).

As pessoas idosas, devem, segundo estes autores (2007), estar bem cientes dos recursos da comunidade que os podem apoiar e dos objectivos do programa que foi iniciado no hospital, pois pessoas melhor informadas são mais propensas a aderir aos regimes terapêuticos e a atender as suas necessidades, podendo consequentemente melhorar a sua qualidade de vida.

SUB CATEGORIA- CONSULTAS DE SEGUIMENTO

Como referido anteriormente, a pessoa idosa quando sai do hospital, deve estar ciente dos apoios que poderá ter a longo prazo uma vez que, e que segundo Smith e Liles (2007), as suas dúvidas e capacidades para compreender a informação, também variam de uma fase para outra. Deste modo é imprescindível a ida a consultas de seguimento, frequentemente designadas na literatura por consultas de *follow up* tendo, aqui, o enfermeiro, uma oportunidade para avaliar de forma abrangente as necessidades da pessoa e dar informações úteis e adequadas à sua condição e dificuldades.

Embora esta relevância seja considerada incontestável na literatura, na prática nem sempre lhe corresponde “(...) diziam que iam marcar [a consulta no hospital], (...) e ficavam para lá com um papel, que diziam que era o papel da marcação, (...), mas até agora olhe, nunca fui chamado, pelo menos que eu saiba não. Aquilo é tanta gente naquelas consultas... que sei lá olhe... se calhar perdem os papéis todos. E se calhar quando chegar a minha vez de ir a uma dessas consultas, se calhar já devo estar morto. (...) eu fiz o enfarte já lá vão dois anos.” (E5, 43) “Lá não [não tem ido a consultas de follow up]. Lá só me chamaram uma vez. O médico de família é que me passa as receitas. É lá que eu vou todos os meses. (...) [esteve lá] internado, (...) já deve haver quase dois anos e a consulta também já foi o Verão passado. (E4, 23) “(...) não posso andar a pagar consulta nos médicos do coração, cá fora não é, lá nos consultórios (...) Só o dinheiro que uma pessoa gasta em farmácia”. (E5, 45) “Chamaram-me uma vez, [às consultas de follow up], já se tinham passado aí uns seis

meses” (E6, 17) “(...) eu depois disse que estava a ser seguido na consulta do Dr. (...), nunca mais me disseram mais nada. Devem ter pensado, eh este gajo está bem entregue, com este já não nos precisamos de chatear”. (E6, 18)

Estas consultas são o momento oportuno, para o médico ajustar a terapêutica às necessidades da pessoa, e perceber se ela está de facto a cumprir o tratamento. Deste modo, parece que o facto das consultas serem muito espaçadas e as receitas serem passadas para seis meses, contribui para que os médicos percam o controle da situação e não percebam se, de facto, as pessoas estão, ou não, a aderir à terapêutica. “ (...) no caso de vir aqui ao hospital. O médico não tem muito conhecimento disso. Eu há muito tempo que...As consultas são espaçadas de 6 meses, ou, ele não tem muito conhecimento disso.” (E7, 11)“ (...) À médica de saúde, [de família], eu não lhe contei nada, (...) também poucas vezes lá vou (...) Sou pouco assíduo (...) passam-se anos que não faço exames de rotina. Por isso é que ela também não fica sabendo o que é que se passa.” (E7,12)

SUB CATEGORIA – SIMPLIFICAÇÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

A administração de medicamentos, mais do que clinicamente indicado, para além de ser supérfluo, constitui para Patterson et al. (2009), um risco potencial para a ocorrência de eventos adversos. Estes autores (2009), referem, ainda, que o risco de um evento adverso quando a pessoa toma duas drogas é de 13%, quando toma cinco drogas sobe para 25% e se são sete ou mais medicamentos, a incidência aumenta para 82%, dado que, quanto mais medicamentos a pessoa tomar, mais se pode prever que o número de interacções medicamentosas aconteçam.

São muitos os autores que referem as vantagens da simplificação do regime terapêutico nas pessoas idosas e, neste contexto, Almeida et al. (2007), afirmam que as características do regime terapêutico recomendado, principalmente ao nível da complexidade têm sido, para muitos, um dos factores que claramente estão relacionados com a adesão à terapêutica. Assim, quanto maior o número de tomas diárias, mais baixa é a adesão. “(...) Antes desta doença, eu dava bem conta das coisas. Era um comprimido ao pequeno-almoço para a tensão e um ao jantar para o colesterol. Isso era fácil, estava em cima da mesa, nunca me esquecia. Depois é que

foi pior”. (E4, 13) “ Por exemplo se tomasse só de manhã (...) talvez conseguisse não esquecer, (...) uma vez só se calhar não me esquecia tanto (...) Se calhar sim, se calhar facilitaria algumas vezes, ou pelo menos não esquecia tanto, ou uma pessoa a fazer por exemplo ou ao almoço ou ao jantar da maneira mais conveniente, que não tivesse tanta desculpa para os deixar para trás, se calhar seria mais fácil”.(E7, 38)

Em 2008, Haynes, Ackloo, Sahota, McDonald, e Yao, elaboraram uma revisão da literatura, na qual referem um estudo, em doentes com insuficiência cardíaca, onde para melhorar a aderência à terapêutica, são necessárias intervenções múltiplas, para obter resultados positivos. Assim, neste estudo, para além a simplificação do regime terapêutico, foram executados programas informativos para incentivar ao auto-controlo dos sinais e sintomas da insuficiência cardíaca, foi elaborado um folheto informativo e dada informação escrita aos idosos, na qual também se reforçava os benefícios da adesão à terapêutica prescrita.

Pode assim dizer-se e em suma, que a adesão das pessoas idosas, com doença cardíaca, à medicação, quando regressam a casa e após alta hospitalar, está condicionada por factores que se relacionam com o conhecimento, a presença ou ausência de sintomas, com dificuldades no cumprimento da prescrição, com a satisfação com os cuidados prestados e com as necessidades sentidas pela própria pessoa.

5- CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E SUGESTÕES

A WHO (2003) alude ao aumento que cita a eficácia das intervenções pode ter sobre a adesão à medicação, realçando grande impacto na saúde da população e que a melhoria da adesão requer um processo contínuo e dinâmico. Efectivamente, a adesão à terapêutica medicamentosa surge como um elemento de relevância para a qualidade dos cuidados, que se prestam às pessoas idosas.

De acordo com os resultados obtidos, na análise realizada ao verbatim das entrevistas realizadas às pessoas idosas, que estiveram internadas no Serviço de Cardiologia, pode referir-se que há factores que interferem na adesão à terapêutica e há intervenções que promovem a adesão à terapêutica e que, ambas as situações estão de acordo com o que os autores postulam sobre as temáticas (e.g. Maanen et al., 2009; Mann, 2009; Antonelli, et al., 2008; Loon, 2008; Ross, 2008; Steven et al., 2008; Clolowski & Cantwell, 2007; & Murray et al., 2007).

Todos os profissionais de saúde, tem o dever de colaborar, activamente, junto da pessoa idosa, no sentido de promover o recurso a hábitos de vida saudáveis, desenvolvendo acções de educação para a saúde, que vão proporcionar-lhe conhecimento, para que esta possa resolver os problemas que lhe surjam no domicílio. No entanto, são os enfermeiros os que desempenham uma posição privilegiada dentro da equipa de saúde, competindo a estes, a elaboração de um programa de intervenções baseadas, não apenas na abordagem médica, mas também numa abordagem no âmbito biopsicosocial.

Para responder às necessidades da pessoa idosa, o enfermeiro, para além das intervenções junto destas pessoas, deve utilizar a sua competência e a sua experiência para levar a equipa de saúde (sobretudo, médicos, enfermeiros, farmacêuticos), a reconhecer as necessidades deste grupo etário e, a partir destas, dar uma resposta individualizada a cada grupo familiar.

Capacitar a pessoa idosa e o seu cuidador informal explicando o diagnóstico, a utilização segura e eficaz da medicação e o seguimento posterior é, segundo Andrade et al. (2005), uma forma de prevenir complicações e aumentar a capacidade da pessoa idosa para o auto-cuidado. Para tal, é importante que sejam avaliadas as necessidades da pessoa desde a sua admissão, prevendo necessidades futuras, e planeando, desta forma, o seu regresso a casa.

Para os mesmos autores (2005), planear o regresso a casa é um processo que deve começar no momento da admissão e continuar durante o internamento, no qual devem estar implicados, a equipa multidisciplinar, a pessoa e o seu cuidador informal, para que, deste modo, sejam previstas e avaliadas, as necessidades globais da pessoa, no seu regresso a casa. Educar e informar a pessoa idosa sobre a utilização dos meios que a mesma tem à sua disposição, para que compreenda os objectivos terapêuticos e todos os aspectos ligados ao consumo de medicamentos, ajuda-a a cumprir a medicação prescrita.

Este estudo, foi realizado com pessoas idosas, com doença cardíaca, no seu domicílio, dando especial ênfase às dificuldades destas pessoas para manterem nas suas residências, a medicação que lhes era prescrita no momento da alta hospitalar. Para que ele possa, de facto, beneficiar as pessoas com doença cardíaca precisa-se de, a partir deste momento, responder às dificuldades expostas. Ou seja, que a partir do diagnóstico da situação, do conhecimento e consciencialização das dificuldades e necessidades das pessoas idosas, com doença cardíaca, seja possível estabelecer acções direccionadas para as dificuldades encontradas, de modo a que estas consigam superá-las.

Este é o grande objectivo e a utilidade deste trabalho no âmbito da Gerontologia Social. Com ele pretende-se que os profissionais de saúde, e em particular os enfermeiros, se consciencializem que não há uma estratégia que se mostre eficaz em todos os idosos e que é importante ter em atenção cada pessoa em particular, que compreendam os seus problemas e que a ajudem a superar as suas dificuldades, no contexto social onde vivem. Aperfeiçoando as intervenções, os enfermeiros podem responder às necessidades da pessoa idosa, e ajudá-la a otimizar a aderência à terapêutica e consequentemente contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

Dado a importância que a adesão terapêutica tem, para a pessoa com doença cardíaca e as suas repercussões nos serviços de saúde, pensa-se estar em condições de delinear, um conjunto de objectivos e estratégias, sendo de toda a conveniência que estes sejam equacionados, planeados e estabelecidos, em função dos achados encontrados e em conjunto com a equipa multidisciplinar.

Para a elaboração e operacionalização das estratégias, contamos com a participação do enfermeiro chefe do Serviço de Cardiologia, assim como com a participação dos enfermeiros do serviço, com especial relevância para os elementos integrados na Reabilitação Cardíaca do Serviço de Cardiologia, dado que é da sua responsabilidade a educação sobre a situação clínica e importância da adesão terapêutica.

Na elaboração das estratégias e para que elas possam dar resposta aos achados encontrados, damos como sugestão:

- Esclarecer a pessoa sobre a sua doença e perceber a sua receptividade à informação;
- Informar as indicações de cada medicamento e a importância do cumprimento da terapêutica;
- Elucidar sobre os riscos que correm quando abandonam a medicação;
- Explicar que se não existem sintomas, é porque está bem medicado e não porque a doença desapareceu;
- Envolver um familiar próximo na vigilância das tomas da medicação;
- Fornecer de caixas doseadoras às pessoas idosas e explicar a sua utilização;
- Pedir ao médico para que, sempre que possível, simplifique o regime terapêutico;
- Elaborar um plano terapêutico escrito, que elucide o modo de tomar a medicação;
- Criar uma linha telefónica directa para que as pessoas possam esclarecer dúvidas, dando esse número a todos os doentes no momento da alta;
- Telefonar para a pessoa ao 7º, ao 15º dias e no final do primeiro mês, após o regresso a casa, para perceber se existem dificuldades com a terapêutica;
- Estabelecer contacto com o enfermeiro de família, para realização de orientação no domicílio e visita domiciliária;
- Estar atento a casos de abandono terapêutico e perceber junto da pessoa, no momento do internamento, o que de facto a levou a fazê-lo, explicando que a sua

sinceridade, apenas tem como finalidade a melhoria dos cuidados, e pôr em prática intervenções direccionadas para a situação.

Com este trabalho, pensa-se poder ser possível colocar em prática intervenções dirigidas aos condicionantes da não adesão, tendo como objectivo, aumentar os ganhos em saúde.

É mencionado no Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2009), que é necessária mais investigação para aumentar a compreensão dos profissionais de saúde, relativamente à problemática da não adesão à terapêutica prescrita. Este trabalho, deu algumas indicações neste sentido, mas acreditamos que muito há certamente por fazer. Por isso, deixamos como sugestão algumas estratégias, mas a sua validação, implementação e avaliação, que por dificuldades de tempo, não foi possível, apelamos que seja feita em estudos posteriores.

8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, H., Versiani, E., Dias, A., Novaes, M. & Trindade, E. (2007). Adesão a tratamentos entre idosos. *Comunicação Ciências e Saúde*, 18 (1), 57-67.

Andrade, F., Jesus, C., & Silva, C. (2005). Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio. *Sinais Vitais*, 54 (1), 25-28.

Antonicelli, R., Testarmata, P., Spazzafumo, L., Gagliardi, C., Bilo, G., Valentini, M., Olivieri, F., & Parati, G. (2008). Impact of telemonitoring at home on the management of elderly patients with congestive heart failure. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14 (6), 300-305.

Baltar, C., & Godinho, C. (2000, Abril) Articulação Hospital - Centro de Saúde no âmbito do projecto de cuidados continuados. Lisboa: *Geriatrics - Sociedade Portuguesa de Geriatrics e Gerontologia*, 13 (124), 22-25.

Bardin, L. (1995). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Ballone, G. (2002) - O uso de medicamentos em idosos e iatrogenia. PsiquWeb, internet. Acedido em 3 de Janeiro de 2009, in <http://gballone.sites.uol.com.br/geriat/medicam.html>.

Baroletti, S. & Dell' Orfano, H. (2010, March). Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation- Journal of the American Heart Association*, 121(12), 1455-1458.

Beers, M. & Jones, T. (2004). *Geriatrics*. Loures: Oceano.

Benjumea, C. (1999). Contribucion de la investigacion cualitativa al campo de la salud. *Sinais Vitais*, 27 (11), 33-35.

Beswick, A; Rees, K; Griebisch, I; Taylor, F; Burke, M; West, R; Victory, J; Brown J; Taylor, R; & Ebrahim, S. (2004) . Provision, uptake and cost of cardiac rehabilitation programmes: improving services to under- represented groups. *Health Technology Assessment*, 8 (41), 49-53.

Berger, L. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Bogdan, R, & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora Lda.

Brandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of controle*. New York: Freeman.

Bugalho, A. & Carneiro, A. (2004). *Intervenção para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Ensaio de Cor Lda.

Cainé, J. (2005). O mal do coração: experiência do enfarte e o regresso a casa. Coimbra: *Sinais Vitais – Formasau*, 60, 37-42.

Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Cholowski, K. & Cantwell, R. (2007). Predictors of medication compliance among older heart failure patients. The Authors. Journal compilation. *Blackwell Publishing Ltd*, 2 (4), 250-262.

Cluss, A. & Epstein, H. (1985). The measurement of medical compliance in the treatment of disease. In Paul Karoly (Ed) *Measurementt strategies in health psychology* (pp.403-433). New York: John Wiley & Sons.

Cohen, S. (2009). Concept analysis of adherence in context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum*, Volume 44 (1), 25- 36.

Cramer, J. Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C., Fuldeore, M., Ollendorf, D., & Wong, P. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health*, 2 (1), 44-47.

Cuppari, L. (2002). *Nutrição - Nutrição clínica no adulto*. Barueri: Editora Manole Ltda.

Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 81-100.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.

Dulmen, S., Sluijs, E., Dijk, L., Ridder, D., Heerdink R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: a review of reviews. *BMC Health Services Research*. Biomed Central Ltd, 7 (55), 1-13.

Duthie, E. & Katz P. (2002) *Geriatría práctica* (3ª ed). Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter Ltda.

Einstein, G.; McDaniel, M.; Thomas, R.; Mayfield, S.; & Hilary S. (2005). Multiple processes in prospective memory retrieval: factors determining monitoring versus spontaneous retrieval. *Journal of Experimental Psychology: General by the American Psychological Association*, 134 (3), 327-342.

Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade*. Lisboa: Celta Editora.

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 (XXV), 427-437.

Fontaine, O. Kulbertus, H. & Étienne, A. (1998). *Stress e cardiologia*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.

Ghiglione, R., & Matalon, B (1992). *O inquérito: teoria e prática*. Lisboa: Celta.

Glaser, B. & Strauss A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter.

Hayes, K. (2005). Designing written medication instructions. *Journal of Gerontological Nursing*, 31 (5), 5-10.

Haynes, R. Ackloo, E. Sahota, N. McDonald, H. & Yao, X. (2008). Interventions for enhancing medication adherence (review). *The Cochrane Library*, 2, 1-127.

Heneghan, C., Glasziou, P., & Perera, R. (2008) Reminder packaging for improving adherence to self-administered long-term medications. *The Cochrane Library*, 3, 1-30.

Henriques, M. (2006). *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Revisão sistemática de literatura elaborada no âmbito do programa de doutoramento em enfermagem. Lisboa: Universidade de Lisboa. Acedido em 5 de Fevereiro de 2010 in:
<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusodidacta.

Ho, M, Bryson, C. & Rumsfeld, J. (2009). Medication adherence- its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation- Journal of the American Heart Association*, 119, 3028-3035.

Jackevicius, C. Li, P. & Tu, J. (2008). Myocardial infarction prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute. *Circulation- Journal of the American Heart Association*, 117, 1028-1036.

Krigsman, K., Fuchs, R., & Nilsson, L. (2008). Rational use of medicine: use of concordance to improve patient adherence. *WHO Drug Information*, 21 (1), 27-32.

Kripalani, S., Yao, X., & Haynes, B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions. *American Medical Association*, 167 (26), 540-550.

Lau, D., Briesacher, B., Mercaldo, N., Halpern, L., Osterberg, C., Jarzebowski, M., McKoy, J & Mazor, K. (2008). Older patients' perceptions of medication importance and worth. *Drugs Aging*, 25 (12), 1061-1075.

Lehane, E. & McCarthy, G. (2009). Medication non- adherence: exploring the conceptual mire. *International Journal of nursing practice*, 15, 25-31.

Leite, S., & Vasconcellos, M. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (3), 775-782.

Loon, M., Steenkiste, B., Ronda, G., Wensing, M., Stoffers, H., Elwyn, G., Grol, R., & Weijden, T. (2008). Improving patient adherence to lifestyle advice (IMPALA): a cluster-randomised controlled trial on the implementation of a nurse-led intervention for cardiovascular risk management in primary care (protocol). *BMC Health Services Research*, 8 (9), 1-15.

Maanen, A., Marum R., Knol, W., Linden C., & Jansen. P. (2009). Prescribing optimization method for improving prescribing in elderly patients receiving polypharmacy. *Drugs Aging* 26 (8), 687-701.

Mann, D. (2009). Resistant disease or resistant patient: problems with adherence to cardiovascular medications in the elderly. *Geriatrics - Action for Outcomes Series*, 164, (9), 10-15.

Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Second Edition, London: Sage publications. Ltd.

Ministério da Saúde (2003). *Programa nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares*. Lisboa: Ministério da Saúde : Direcção Geral de Saúde. Acedido em Fevereiro 2010 in [http:// www. dgs.pt](http://www.dgs.pt).

Murray, M., Morrow, D., Weiner, M., Clark, D., Tu, W., Deer, M., Brater, C. & Weinberger, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*. 2 (1), 36-43.

Murray, M., Young, J., Hoke, S., Tu, W., Weiner, M., Morrow, D., Stroupe, K., Wu, J., Clark, D., Smith, F., Gradus-Pizlo, I., Weinberger, M., & Brater, C. (2007). Pharmacist intervention to improve medication adherence. *Heart Failure. Annals of Internal Medicine*, 146 (10), 714-724.

National Council on Patient Information and Education (2007). Educate before you Medicate - Enhancing Prescription Medicine Adherence: A Nation Action Plan. United States of America Acedido em 5 de Abril de 2010. In http://www.talkaboutrx.org/documents/enhancing_prescription_medicine_adherence.pdf.

Netto, M. (1997). *Gerontologia*: São Paulo: Editora Atheneu.

Novaes, M. (2007). Atenção farmacêutica ao idoso. *Prática Hospitalar*. Ano IX. (52) 85-88.

Oigman, W. (2001). *Métodos de avaliação da adesão ao tratamento hipertensivo*. São Paulo: Editores Lemos.

Patterson, S., Hugles, C., Kerse, N., & Cardwell, C. (2009). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people (protocol). *The Cochrane Library*, 4, 1-12.

Paul, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Pinto, N. (2005). A enfermagem e a promoção da adaptação da pessoa: um desafio do presente para uma certeza do futuro. *Sinais Vitais*, 63 (11), 21-31.

Poirier, P., Turbide, G., Bourdages, J., Sauvageau, L., & Houle, J. (2006) Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and non pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. *Clinical and Investigative Medicine*, 29 (2), 91-103.

Polit, D, & Hungler, B (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (3^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Portugal (2004). Ministério da Saúde – *Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Prior, C., Antunes, C., Baía, H., Pereira, N., & Lopes, T. (1999). Doenças cardiovasculares: prevalência de factores de risco: *Cardiologia Actual*, 9 (81), 2574-2604.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em ciências Sociais* (2^a ed.). Lisboa: Gradiva.

Reiners, A. (2005). A interacção profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para a não adesão ao regime terapêutico. Tese para a obtenção do grau de doutor apresentada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Acedido em 01.06.09, in [DO-Reiners AAO.pdf](#).

Renovato, R. & Dantas, A. (2005). Percepção do doente hipertenso sobre o processo saúde-doença e a terapêutica medicamentosa. *Infarma*, 374 (17), 72-75.

Ribeiro, J. (1998). *Psicologia e saúde*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Rosalino, C. (2005). Perda auditiva e tontura em idosos: medicamentos e outros factores associados. Tese para a obtenção do grau de doutor em Saúde Pública apresentada na Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca. Acedida em 20 de Março de 2010, in <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/artigos/72.pdf>.

Ross, S. (2008). Role for automated communication strategies in medication adherence management. *American Health & Drug Benefits*, 1 (9), 20- 27.

Secoli, S. (2001, Março). Interações medicamentosas: fundamentos para a prática clínica da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 35, (1), 28-34.

Silva, A., Cassiani, S., Miasso, A., & Opitz, S. (2007). Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20 (3), 272-276.

Smith, J & Liles, C. (2007). Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 662-671.

Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira M. (2004). *Envelhecer em família*. Lisboa: Ambar Editora.

Steven, S., Riegel, B. Pawlowski, S., Coyne, J., & Samaha, F. (2008). Social support and self-care of patients with heart failure. *Annuals Behaviour Medicine*, 35, 70-79.

Streubert, H. Carpenter, D. (2002) *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Lisboa: Lusociência

Veiga, M. (1994). *Cuidar na intimidade, intimidade no cuidar: sentimentos vividos por enfermeiros e doentes durante os cuidados de manutenção de vida*. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação no âmbito de 1º curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem.

Watson, J. (1985). *Nursing human science and human care: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing.

Werlang, M., Argimon, I., & Stein, L., (2008). Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem do uso dos seus medicamentos. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 13 (1), 95-115.

World Health Organization. (1998). Women, ageing and health. Achieving health across the life span. Acedido em 15 de Maio de 2010, in http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_HPR_AHE_HPD_96.1_2nd_ed.pdf.

World Health Organization (2002). Active ageing: a policy framework. Acedido em 4 de Maio de 2010, in http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf.

World Health Organization (2003). Adherence to long-term therapy: evidence for action. Acedido em 4 de Maio de 2010, in <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>.

Wu, J.; Moser, D.; Lennie, T.; & Burkhart, P. (2008). Medication adherence in patients who have heart failure. *Nursing Clinics of North America*, 43, (1), 133-153.

**ANEXO 1- AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL PARA A ELABORAÇÃO DO
ESTUDO**

FARO

Exma. Senhora
Enf. Ana Lúcia Dias Ildefonso Santos
Serviço de Cardiologia
Hospital de Faro, E.P.E.

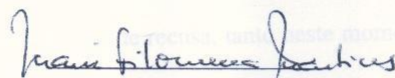
Sua Referência	Sua Comunicação	Nossa Referência	Data
	08/07/2009	083/2009	08.10.2009

ASSUNTO: A Contribuição dos profissionais de Saúde para a adesão ao regime terapêutico ao doente cardíaco.

Em resposta ao vosso ofício de 08-07-2009, sobre o assunto supra citado, vimos informar V. Exa. que, ouvidos os Enfermeiro Chefe, Director de Serviço e conforme o parecer da Comissão de Ética, o mesmo foi autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

A ENFERMEIRA DIRECTORA


(M.^a Filomena Rosário Rafael Martins)

Na resposta indicar a "nr referência". Em cada ofício tratar só de um Assunto.



ANEXO 2- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Eu, abaixo-assinado, declaro que aceito participar no estudo de investigação, tendo como referencia a informação que me foi fornecida e clarificada através deste documento:

- ▶ O uso da informação que forneço é apenas para este estudo e não será facultada a outras pessoas que não estejam directamente implicadas no mesmo;
- ▶ Os dados serão recolhidos através de entrevistas com relatos escritos, ou gravados com recurso à gravação áudio, para facilitar a transcrição dos dados obtidos, sendo todo o material posteriormente destruído;
- ▶ Os participantes do estudo foram seleccionados por critério de elegibilidade, nomeadamente terem tido um internamento desde 2007 no Serviço de Cardiologia do HF,EPE;
- ▶ Após a colheita dos dados terei o direito de reler as informações podendo rectificar alguma declaração;
- ▶ Não se prevêem danos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais efeitos colaterais;
- ▶ Os benefícios relacionam-se com o melhor conhecimento de uma realidade e a possibilidade da melhoria da qualidade dos cuidados;
- ▶ A decisão de participação no estudo é voluntária, ficando deste modo salvaguardado o meu direito de recusa, tanto neste momento como em qualquer outro, ao longo do processo de investigação;
- ▶ A minha privacidade será salvaguardada ao longo do estudo, bem como o anonimato;
- ▶ Em caso de dúvida, necessidade de informação adicional ou reclamação, poderei contactar a autora do trabalho, cuja identificação e contacto me foi fornecido

O participante
