



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências e Tecnologias

**AUTOGESTÃO DA MEDICAÇÃO PELA POPULAÇÃO
IDOSA: UM PONTO DE PARTIDA PARA O ESTUDO
ETNOGRÁFICO (ENIGM@byElder)**

Maria do Rosário Irio

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Margarida Molinho Advinha
Professora Doutora Ana Isabel Azevedo Serralheiro

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

Faculdade de Ciências e Tecnologias

**AUTOGESTÃO DA MEDICAÇÃO PELA POPULAÇÃO
IDOSA: UM PONTO DE PARTIDA PARA O ESTUDO
ETNOGRÁFICO (ENIGM@byElder)**

Maria do Rosário Irio

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Ana Margarida Molhinho Advinha
Professora Doutora Ana Isabel Azevedo Serralheiro

AUTOGESTÃO DA MEDICAÇÃO PELA POPULAÇÃO IDOSA: UM PONTO DE PARTIDA PARA O ESTUDO ETNOGRÁFICO (ENIGM@byElder)

Declaração de autoria de trabalho

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.

(Maria do Rosário Irio)

Copyright© by Maria do Rosário Irio

“A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.”

“Devemos aprender durante toda a vida, sem imaginar que a sabedoria vem com a velhice”

[Platão, Filósofo Grego, (428 a.C. – 348 a.C.)]

Agradecimentos

O percurso até este patamar resulta de muitos anos de esforço e dedicação que culminam com esta dissertação. Terminados estes cinco anos de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas é com enorme sentimento de dever cumprido que agradeço a todos os que estiveram ao meu lado, permitindo-me grande parte do sucesso.

À minha orientadora, Professora Doutora Ana Margarida Advinha, as palavras serão insuficientes para lhe agradecer a confiança, dedicação, preocupação e orientação em todos os momentos. Foi incansável desde o início ao fim. Agradeço-lhe pela disponibilidade e apoio prestados face aos obstáculos que fui encontrando durante a realização deste estudo. Ficar-lhe-ei eternamente grata.

À minha coorientadora, Professora Doutora Ana Isabel Serralheiro, por toda a ajuda. Por me acompanhar também durante o meu período de estágio, mostrando-se sempre disponível para esclarecer todas as minhas dúvidas.

A todos aqueles que aceitaram participar nos grupos focais, o meu sincero obrigada. Pelo interesse demonstrado e pela oportunidade de partilharem “histórias de vida”, fundamentais para a concretização deste estudo. De facto, a partilha de conhecimentos e vivências tem um potencial imensurável.

Aos meus pais, por todo o apoio e amor incondicional que me dão dia após dia. Por respeitarem as minhas escolhas, acreditando sempre que eu posso conquistar tudo a que me proponho. Por haver sempre liberdade para sonhar e me facultarem tudo o que é necessário para a concretização. Por serem o amparo e o colo para o qual sei que posso sempre voltar. Por me inculcarem os valores humanos e educação de que tanto me orgulho. Obrigada pai e mãe por serem o meu maior exemplo de luta e superação neste caminho que é a vida.

Ao meu irmão, o meu companheiro de vida que está sempre presente. O rigor, a dedicação e a exigência foram inculcados por ele. Obrigada por me lembrares constantemente que “*quando é firme o passo, ninguém recua*”. Será para sempre o meu exemplo de força e perseverança.

À minha sobrinha Leonor, por ser a minha maior alegria em todos os momentos.

À Erica, pela paciência em todos os meus momentos de desespero e por ter sempre as palavras certas e reconfortantes em qualquer altura.

Ao Diogo, que fez parte de tudo. Pelo constante suporte, ajuda e compreensão durante todos os momentos. Por toda a paciência, amor e carinho incondicional que tornaram esta caminhada mais fácil. É das pessoas mais importantes, a quem devo um agradecimento enorme. Que continuemos a ultrapassar mais desafios juntos pela vida fora.

Aos meus avós, pelas esperas infinitas dos autocarros que me traziam do Algarve. Por me receberem sempre com o melhor sorriso e abraço, transmitindo-me a sensação de já estar em casa. Sei que, neste momento, não existem pessoas mais orgulhosas de mim. É um prazer gigante poder partilhar com eles esta conquista.

Às minhas tias, Esmeralda e Toninha, por serem o abraço reconfortante nos dias difíceis e vibrarem sempre com as minhas vitórias como se fossem vossas. Obrigada por me ensinarem que a família será sempre o nosso porto seguro.

À minha orientadora de estágio em farmácia comunitária, Dra. Teresa Marreiros, pelos conselhos transmitidos, aprendizagem e disponibilidade neste período tão exigente da minha vida, mas tão enriquecedor. Ficará para sempre como uma referência de enorme profissionalismo.

À Universidade de Évora e ao *Comprehensive Health Research Centre* (CHRC), nas pessoas do Professor Doutor Manuel Lopes, Dra. Margarida Perdigão, D. Eugénia Simões e Sr. Mauro Rodrigues, pelo apoio constante e possibilidade de realizar o meu trabalho de investigação nesta instituição.

Aos professores do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Algarve, por darem sempre o seu melhor e contribuírem para a nossa formação.

Aos melhores amigos que poderia ter tido no Algarve. Daniela, Francisco, João, Maria, Margarida, Nathalie e Yaryna. Pelos momentos de descontração que me proporcionaram durante estes cinco anos e por me acompanharem em todas as boas e más etapas do meu percurso. Obrigada por me terem mostrado o verdadeiro significado do lema “*estudar onde é bom viver*”. Vou levar-vos para a vida.

Aos meus restantes familiares e amigos, agradeço o apoio incansável.

“*No Algarve fui feliz*”.

Resumo

O envelhecimento populacional surge aliado a uma maior probabilidade de desenvolvimento de doenças crônicas e complexidade do regime terapêutico. Nesse sentido, a autogestão da medicação é considerada uma tarefa quotidiana essencial, apesar de ser um desafio para muitos idosos.

O principal objetivo deste estudo visa o desenvolvimento da primeira fase de um estudo etnográfico sobre a autogestão da medicação pela população idosa residente na região do Alentejo, tendo como finalidade a construção e o enriquecimento dos instrumentos de recolha de dados a utilizar futuramente.

O estudo é composto por etapas sequenciais, iniciando-se com uma fase piloto de modo a desenvolver a abordagem metodológica antes da fase etnográfica propriamente dita. Nesta primeira fase, foi utilizada uma abordagem metodológica qualitativa, consistindo na realização de três grupos focais correspondentes aos principais intervenientes no processo de gestão da medicação em e por idosos residentes na comunidade:

- 1) Grupo focal constituído por profissionais de saúde (farmacêutico, médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social) com papel de relevo no processo de gestão da medição dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa;
- 2) Grupo focal constituído por *proxies* (familiares, amigos, vizinhos, entre outros) com papel de relevo no processo de gestão da medicação dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa;
- 3) Grupo focal constituído por idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos), residentes na comunidade, que tomem pelo menos um medicamento de forma crónica e sejam responsáveis pela gestão da própria medicação.

Com a conclusão deste estudo foi atingido o objetivo proposto inicialmente. Foi possível transpor evidência científica para a fase de estudo posterior através das experiências e conhecimentos discutidos entre os participantes dos grupos focais, sobre as dificuldades sentidas pela população idosa na autogestão da medicação.

Palavras-chave: *Autogestão da medicação; estudo etnográfico; grupo focal; idoso*

Abstract

Population aging is accompanied by a higher likelihood of developing chronic diseases and complexity in the therapeutic regimen. In this context, self-medication management is considered an essential daily task, despite being a challenge for many elderly individuals.

The main objective of this study is to develop the first phase of an ethnographic study on medication self-management by the elderly population residing in the Alentejo region, aiming to construct and enrich the data collection instruments to be used in the future.

The study consists of sequential stages, starting with a pilot phase to develop the methodological approach before the actual ethnographic phase. In this first phase, a qualitative methodological approach was used, involving the organization of three focus groups corresponding to the main actors in the medication management process for elderly residents in the community:

- 1) Focus group composed of healthcare professionals (pharmacist, physician, nurse, psychologist, and social worker) with a prominent role in the medication management process of the elderly, even if they are responsible for this task.
- 2) Focus group composed of proxies (family members, friends, neighbors, among others) with a prominent role in the medication management process of the elderly, even if they are responsible for this task.
- 3) Focus group composed of elderly individuals (individuals aged 65 or older), residing in the community, taking at least medication chronically, and responsible for self-medication management.

With the conclusion of this study, the initially proposed objective was achieved. It was possible to translate scientific evidence into the subsequent study phase through the experiences and knowledge discussed among the participants of the focus groups regarding the difficulties experienced by the elderly population in self-managing their medication.

Keywords: *Elderly, ethnographic study, focus group, medication self-management.*

Índice

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Abstract.....	viii
Índice de Apêndices.....	xi
Índice de Figuras.....	xii
Índice de Quadros.....	xiii
Abreviaturas e Convenções.....	xv
1. Introdução.....	1
1.1 Estrutura da Dissertação.....	3
2. Enquadramento Teórico.....	5
2.1 Envelhecimento Demográfico no Mundo e em Portugal.....	5
2.2 Modelo Biopsicossocial e Funcional do Idoso.....	7
2.3 Doença Crónica e Terapêutica Farmacológica.....	9
2.4 Polimedicação e Complexidade do Regime Terapêutico.....	11
2.5 Adesão à Terapêutica.....	14
2.6 Gestão da Medicação.....	17
2.6.1 Capacidade Funcional de Gestão da Medicação.....	20
2.7 Autodeterminação.....	23
2.7.1 Empoderamento para tomar decisões relacionadas com a saúde.....	24
2.8 Modelo Conceptual.....	26
3. Questão de Investigação e Objetivos.....	29
3.1 Objetivo Geral.....	29
3.1.1 Objetivos Específicos.....	29
4. Método.....	31

4.1	Abordagem Qualitativa	31
4.2	Métodos de Consenso.....	34
4.2.1	Tipos de Métodos Formais de Consenso.....	35
4.3	Grupo Focal.....	36
4.3.1	Vantagens dos Grupos Focais	38
4.4	Operacionalização	40
4.5	Aspetos Éticos e Legais.....	42
4.6	Tratamento e Análise de Dados	43
5.	Apresentação de Resultados	45
5.1	Dados Gerais das Sessões	45
5.2	Constituição dos Grupos Focais	46
5.3	Descrição dos Grupos Focais	47
5.3.1	Grupo Focal: Profissionais de Saúde	47
5.3.2	Grupo Focal: <i>Proxies</i>	48
5.3.3	Grupo Focal: Idosos	49
5.4	Descrição do Consenso	50
5.4.1	Grupo Focal: Profissionais de Saúde	50
5.4.2	Grupo Focal: <i>Proxies</i>	58
5.4.3	Grupo Focal: Idosos	65
6.	Discussão dos Resultados.....	75
7.	Considerações Finais e Perspetivas Futuras.....	85
	Referências Bibliográficas	87
	Apêndices	

Índice de Apêndices

Apêndice I- Tabela que apresenta os tópicos discutidos e propostos pelos participantes, constituindo uma barreira à autogestão da medicação.	101
Apêndice II- Síntese descritiva do estudo submetida ao Encarregado de Proteção de Dados da Universidade de Évora.	103
Apêndice III- Declaração de Consentimento Informado.	107
Apêndice IV- Poster Publicado	109

Índice de Figuras

Figura 1.1- Estrutura global da dissertação	3
Figura 2.1- Índice de envelhecimento em Portugal desde o ano de 1960 até 2021	6
Figura 2.2- Bases principais do Modelo do Espectro do Envelhecimento	7
Figura 2.3- Fatores influentes na gestão da medicação.....	17
Figura 2.4- Fatores importantes para alcançar um determinado comportamento.....	19
Figura 2.5- Fatores que influenciam a capacidade de gestão da medicação	22
Figura 2.6- Necessidades psicológicas básicas para que os indivíduos alcancem a saúde e o bem-estar	25
Figura 2.7- Modelo conceptual da autogestão da medicação pela população idosa.....	28
Figura 4.1- Método de análise do estudo	34
Figura 4.2- Etapas necessárias à realização dos grupos focais	39
Figura 5.1- Gráfico correspondente às afirmações de cada participante do grupo focal dos profissionais de saúde.....	47
Figura 5.2- Gráfico correspondente às afirmações de cada participante do grupo focal dos <i>proxies</i>	48
Figura 5.3- Gráfico correspondente às afirmações de cada participante do grupo focal dos idosos.....	49
Figura 6.1- Dificuldades identificadas na autogestão da medicação pela população idosa....	83

Índice de Quadros

Quadro 4.1- Características dos métodos formais e informais de consenso.....	36
Quadro 5.1- Identificação dos participantes de cada grupo focal.....	46
Quadro 5.2- Síntese descritiva dos resultados gerados em termos de consenso dos grupos focais.....	73

Abreviaturas e Convenções

AVC- Acidente Vascular Cerebral

IADL- *Instrumental Activity of Daily Living*

INE- Instituto Nacional de Estatística

IPSS- Instituição Particular de Solidariedade Social

MRCI- *Medication Regimen Complexity Index*

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PIM- Preparação Individualizada da Medicação

TDA- Teoria da Autodeterminação

1. Introdução

Em Portugal têm-se observado profundas alterações demográficas, sendo um dos países mais envelhecidos da União Europeia (1). Estas alterações relacionam-se sobretudo com o aumento da população idosa, representado um desafio para a saúde pública (2). Para além do envelhecimento representar uma quantidade considerável de modificações fisiológicas características, a capacidade funcional vai também diminuindo, tornando os idosos mais suscetíveis e dependentes em determinadas situações da sua vida diária (3).

O bem-estar e a qualidade de vida dos idosos diminuem devido a este declínio funcional que pode ser causado por uma diversidade de fatores. Não obstante, a população idosa tende a desenvolver doenças crónicas e comorbilidades, necessitando inevitavelmente de utilizar diversos medicamentos. Muitos idosos estão sujeitos à polimedicação e complexidade do regime terapêutico, aumentando assim o risco de erros relacionados com a medicação bem como, não adesão à terapêutica (4).

A gestão da medicação constitui a base dos aspetos mencionados anteriormente, sendo reconhecida como uma tarefa diária crucial, necessária para garantir diversos objetivos essenciais nomeadamente, a manutenção da saúde, eficácia do tratamento, promoção da adesão à medicação e aumento de autonomia (5). Alguns idosos podem experienciar dificuldades na autogestão da medicação devido à perda de capacidade funcional (6). Nesse sentido, devem ser fornecidas novas soluções para que a população idosa consiga enfrentar os obstáculos sentidos na autogestão da sua própria medicação, promovendo o uso seguro e correto dos medicamentos (7).

De uma forma isolada, a idade não é um indicador de ineficácia da capacidade de gestão da medicação. Contudo, se forem tomadas ações adequadas, de forma que os idosos possam lidar com os inúmeros fatores de risco e conseqüentemente, melhorarem as suas competências na autogestão da medicação, alguns resultados desfavoráveis podem ser evitados.

Assim sendo, existem uma variedade de intervenções comportamentais e educacionais que podem ser implementadas junto da população idosa, com a finalidade de melhorar a sua capacidade na autogestão da medicação, melhorando a sua saúde e a qualidade de vida (8).

Em suma, apesar do envelhecimento ser um processo natural e irreversível e que condiciona a capacidade de autogestão da medicação, o desempenho nesta tarefa pode ser conservado, preservado e potencializado através de estratégias delineadas para esse efeito.

1.1 Estrutura da Dissertação

Como é possível observar na **Figura 1.1**, a dissertação encontra-se dividida em quatro partes principais que, por sua vez, se subdividem em pontos específicos.

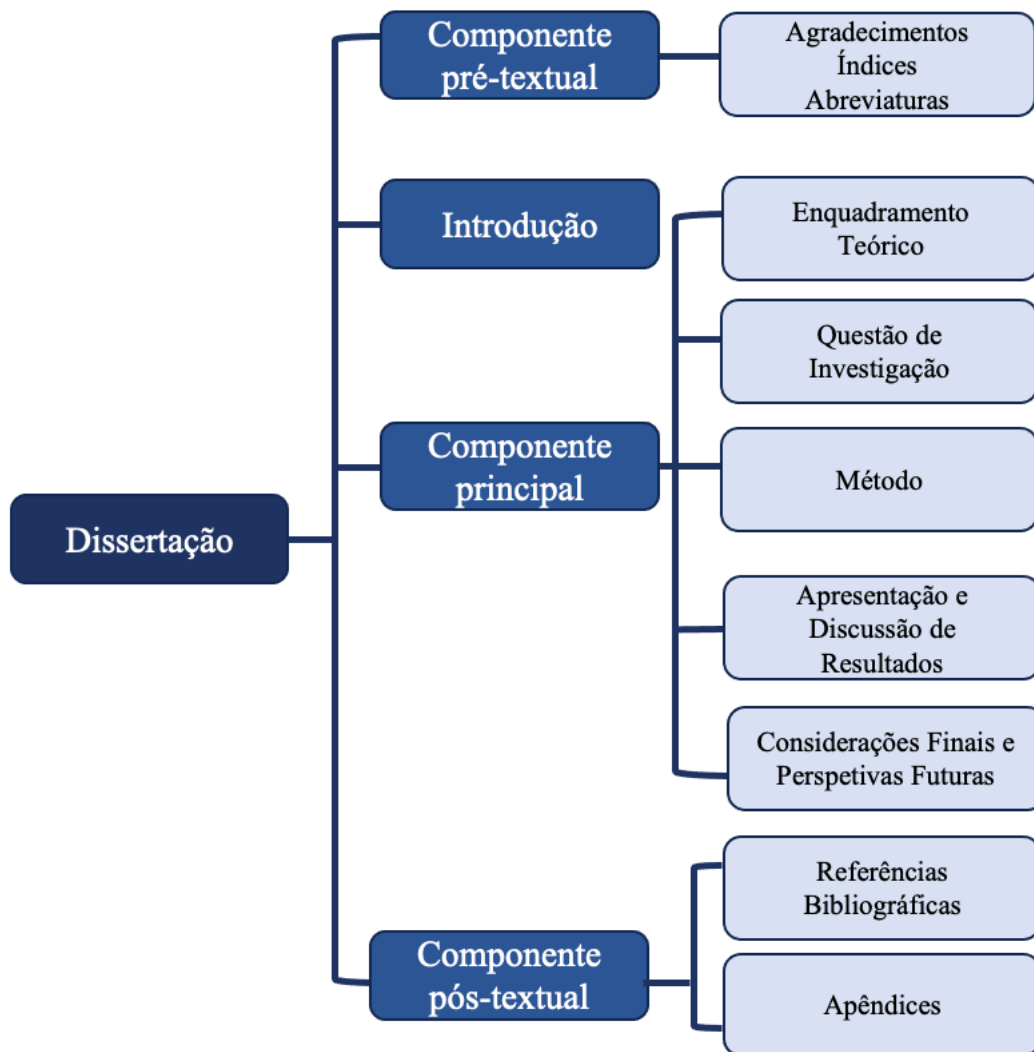


Figura 1.1- Estrutura global da dissertação.

Primeiramente, nesta dissertação é apresentado um enquadramento teórico ao tema, identificando o conceito do envelhecimento, destacando algumas alterações fisiológicas e funcionais decorrentes deste processo. Além disso, no enquadramento teórico ainda é possível encontrar algumas temáticas relacionadas com a medicação, evidenciando como a capacidade de autogestão da medicação pode ficar afetada em consequência das mesmas.

Em segundo lugar, está descrita a questão de investigação proposta para o estudo, assim como o método utilizado e que permitiu obter os resultados apresentados e discutidos posteriormente. Por último, são retiradas conclusões, tendo em conta os resultados obtidos, sendo ainda apresentadas as perspetivas futuras deste projeto de investigação.

A nível de divulgação científica, este trabalho deu origem a um *abstract* aceite para poster no *4th Comprehensive Health Research Centre Annual Summit*.

2. Enquadramento Teórico

2.1 Envelhecimento Demográfico no Mundo e em Portugal

O envelhecimento da população é considerado uma das maiores conquistas da Humanidade e, por essa razão, é também um dos seus grandes desafios (9). De acordo com a classificação da Organização das Nações Unidas (ONU) considera-se que uma pessoa é idosa a partir dos 60 anos de idade (10). Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) para os países em desenvolvimento, classifica como idoso, o indivíduo com 60 ou mais anos; e para os países desenvolvidos, o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (11).

O envelhecimento global torna-se progressivamente responsável pelo aumento de um conjunto de exigências económicas e sociais que se alargaram a todos os países. A proporção de pessoas com 60 ou mais anos de idade face à população total, encontra-se em acentuado crescimento, sobrepondo-se a qualquer outro grupo etário (12,13). Atualmente, a nível mundial existem aproximadamente 1,1 mil milhões de idosos, esperando-se que em 2030, 1 em cada 6 pessoas tenha atingido os 60 anos de idade. Além disso, no ano de 2050 esse valor duplicará, aumentando assim para 2,1 mil milhões. A explicação para estes números centra-se em diversos fatores, dos quais se podem destacar a diminuição das taxas de fertilidade e o aumento da esperança de vida. Em relação às taxas de fertilidade, observa-se uma diminuição acentuada em todo o mundo, estimando-se que até 2025 a taxa de fertilidade seja de cerca de 2,1 filhos por cada mulher. A esperança de vida tem aumentado substancialmente nos últimos anos, sendo umas das suas causas, a melhoria contínua relativamente às condições higiénicas e a descoberta e desenvolvimento de medicamentos (14).

Portugal não é exceção à regra internacional, sendo um dos países mais envelhecidos do mundo. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE) entre 2011 e 2021 ocorreu uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa (65 ou mais anos), tendo este apresentado um crescimento de aproximadamente 20,6%. Neste sentido, constata-se que o envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se.

Tendo em conta os resultados dos Censos 2021 o índice de envelhecimento da população é já de 182,1%, o que significa que existem 182 idosos por cada 100 jovens (com idade igual ou inferior a 15 anos) (15). A **Figura 2.1** ilustra o crescimento do índice de envelhecimento em Portugal desde o ano de 1960 até 2021 (16).

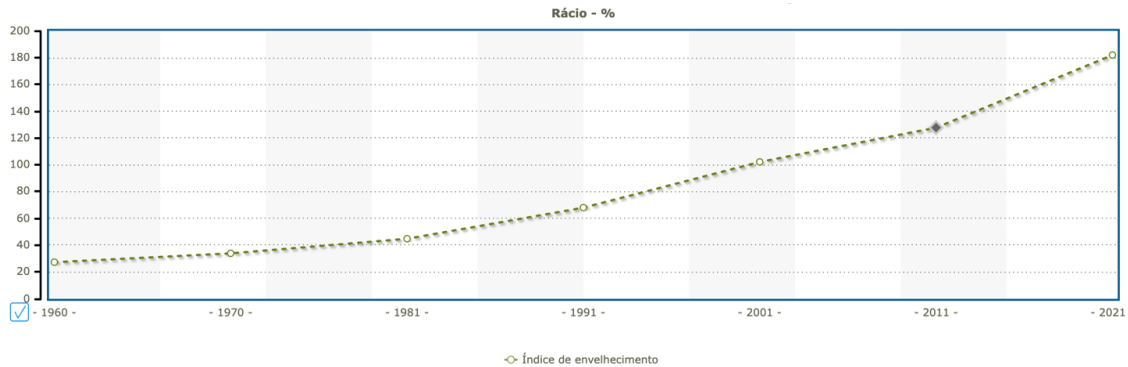


Figura 2.1- Índice de envelhecimento em Portugal desde o ano de 1960 até 2021.

(Adaptado de INE 2021 (15))

O Alentejo representa a região mais envelhecida do território nacional, com uma percentagem de 25,6% de população com 65 ou mais anos de idade face à população total (15).

2.2 Modelo Biopsicossocial e Funcional do Idoso

O envelhecimento diz respeito a um processo fisiológico dinâmico que ocorre ao longo do tempo e é caracterizado como complexo e individualizado (17). Nos idosos, a diminuição da capacidade funcional assume grande relevância, pelo que o seu processo de envelhecimento não pode ser caracterizado apenas pelo diagnóstico de doenças (18,19). Desta forma, se até aqui foram utilizadas classificações com base no estabelecimento de faixas etárias, surge a necessidade de avaliar a pessoa como um Ser único, ou seja, realizar uma avaliação global e multidimensional do idoso, tendo como objetivo a identificação de alterações físicas, mentais e sociais para que, de uma forma individualizada, ocorra uma melhoria do desempenho de cada indivíduo (20–22).

O Modelo Biopsicossocial aborda cada pessoa a nível individual tendo em conta um conjunto de fatores de ordem biológica, psicológica, espiritual e social (**Figura 2.2**) (23–25).

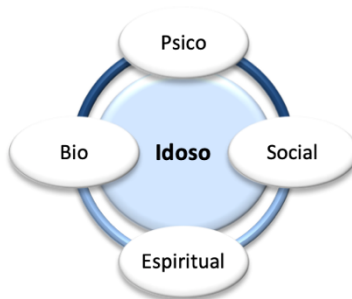


Figura 2.2- Bases principais do Modelo do Espectro do Envelhecimento.

(Fonte: *Martin et al* (2014) (23))
(Adaptado de Advinha, A (2017) (26))

O envelhecimento biológico relaciona-se com a longevidade. Caracteriza-se por alterações progressivas no metabolismo e nas propriedades físico-químicas das células, comprometendo desta forma a autorregulação, regeneração e alterações funcionais dos tecidos e órgãos do organismo. Esse processo biológico apresenta-se como natural e irreversível.

O envelhecimento psicológico compreende aspetos cognitivos, físicos e emocionais assim como relações familiares, pessoais e profissionais. O avançar da idade acarreta uma diminuição das sensações percebidas e das informações recebidas, condicionando uma mudança de pensamento. Desta forma, existe uma dificuldade de adaptação à nova situação. As consequências destas alterações podem ser prevenidas mantendo atividades que sejam estimulantes tanto a nível cognitivo, físico e social, como através de atividades que despertem a criatividade.

Por fim, o conceito de envelhecimento social abrange as alterações sociais que ocorrem ao longo do processo de envelhecimento nomeadamente, a perda de pessoas próximas e que pode influenciar ao nível das relações sociais ou familiares. Face a esta condição, surgem situações de exclusão social, menor sensação de saúde e bem-estar, entre outras características individuais que podem ser experienciadas de forma diferente por cada pessoa, em determinado período da sua vida (20,21).

Considerando o que foi referido anteriormente, o envelhecimento individual define-se como um conjunto de processos que decorrem ao longo da vida e que causam alterações a nível psicológico, fisiológico, social e espiritual (26).

A funcionalidade apresenta grande relevância na atualidade. Identifica-se como um conceito que vai muito além dos limites fisiológicos, sendo por isso um processo que se encontra em permanente alteração, é variável e sobretudo individual. As normas, os costumes e a cultura nos quais o indivíduo se insere são dimensões que apresentam influência (27–29). A autonomia e a independência são dois conceitos que persistem indissociáveis da funcionalidade.

A autonomia define-se como:

“o nível em que homens e mulheres podem funcionar como desejam, e isto implica tomar as próprias decisões, assumir responsabilidades e deste modo reorientar as próprias ações. Ser autónomo é ser capaz de decidir, assumir as consequências das decisões, confrontá-las com o esperado e desejado para poder continuar a fazer mudanças, as quais levam à autoafirmação e, por sua vez, à qualidade de vida do indivíduo” (28).

Já a independência diz respeito ao potencial do indivíduo que lhe permite realizar tarefas durante a sua rotina sem necessitar de acompanhamento ou vigilância (27).

A diminuição da capacidade funcional decorrente do processo de envelhecimento, pode levar a um agravamento da condição física do idoso, impedindo-o assim de realizar certas tarefas diárias como era habitual (30). Nesse sentido, afigura-se importante detetar situações de risco, monitorizar o declínio funcional do indivíduo, desenvolver um plano de intervenção individual, avaliando posteriormente a resposta aos cuidados prestados (31–33). No que diz respeito a alterações cognitivas ligeiras ao nível da atenção e memória, estas apresentam pouco impacto na avaliação funcional, uma vez que são essenciais para certas atividades mais exigentes, tendo como exemplo o processo de gestão da medicação (34).

2.3 Doença Crónica e Terapêutica Farmacológica

O envelhecimento da população e, conseqüentemente o acentuado aumento da esperança de vida é acompanhado pelo aumento da prevalência de doenças crónicas, assim como pelo recurso a novos tratamentos farmacológicos. Neste sentido, espera-se que em 2060 ocorra um crescimento de 36 milhões de pessoas em todo o mundo que sofrem de doenças crónicas não transmissíveis (35). De acordo com a OMS, as doenças crónicas definem-se como doenças que não são transmissíveis entre indivíduos, de longa duração e progressão lenta. Caracterizam-se por poderem provocar incapacidade permanente. A reabilitação requer alguns cuidados especiais, exigindo uma observação e acompanhamento contínuos, com vista à prevenção de recaídas e o retardar tanto quanto possível, do avanço da doença para fases com pior prognóstico.

A nível mundial, a OMS estima que cerca de 71% de todas as mortes anuais se devam às doenças crónicas. Em 2018, especificaram-se as causas de morte que foram atribuíveis a quatro grupos de doenças: doenças cardiovasculares (17,9 milhões), cancro (9 milhões), doenças respiratórias (3,9 milhões) e diabetes (1,6 milhões) (36).

A multimorbilidade é o termo utilizado para a coexistência de múltiplas doenças crónicas num só indivíduo. Este termo tem sido utilizado incorretamente quando é definido como comorbilidade. Multimorbilidade é a presença de duas ou mais doenças crónicas num indivíduo que são na sua maioria, causadas por alterações patológicas não reversíveis e que requerem um período longo e permanente de cuidados de saúde (37).

Contrariamente, o termo comorbilidade é definido como a interação entre uma doença e outras condições adicionais. Um exemplo de comorbilidade prende-se com o cenário de uma pessoa que foi diagnosticada com diabetes (doença inicial) e que mais tarde desenvolveu cancro, depressão ou acidente vascular cerebral (AVC) (38,39).

Os doentes crónicos requerem normalmente cuidados que se prolongam no tempo, requerendo uma utilização recorrente dos serviços de saúde. Neste sentido, estas mesmas doenças podem provocar diminuição da produtividade, custos elevados com medicamentos e diminuição da qualidade de vida (40).

É de esperar que à medida que o peso da doença crónica aumenta, os riscos para a saúde também aumentem substancialmente, repercutindo-se consequentemente no recurso a serviços de saúde, na perda de capacidade funcional e no aumento do risco de interações medicamentosas e reações adversas a medicamentos (41).

As doenças crónicas estão inevitavelmente ligadas a um consumo elevado e prolongado de medicamentos (42).

A terapêutica farmacológica torna-se mais complexa com o avançar da idade porque as características e os problemas de saúde das pessoas idosas tornam-se frequentemente mais relevantes. O efeito de um tratamento pode ser diferente num indivíduo idoso, porque o envelhecimento provoca alterações fisiológicas que alteram a resposta aos medicamentos.

Além disso, com o aumento da multimorbilidade, o uso de múltiplos medicamentos torna o idoso mais suscetível a interações e reações adversas aos medicamentos. Não são raras as vezes em que a farmacoterapia falha. Por não produzir os resultados esperados pode, assim, produzir efeitos indesejados, originando progressivamente novos problemas de saúde. Atualmente, a prescrição inadequada de terapêutica farmacológica torna-se preocupante nesta faixa etária. A fraca representação desta população nos ensaios clínicos limita a generalização da eficácia e dos resultados de segurança na população idosa (43–45).

A crescente prevalência de doenças crónicas coloca desafios consideráveis aos sistemas de saúde, e o elevado consumo de medicamentos tem consequências ao nível da despesa em saúde. As doenças crónicas requerem cuidados complexos que envolvem a colaboração entre profissionais de saúde, num cuidado que se quer centrado no doente. O facto de os idosos disporem de mais do que um prescriptor mesmo quando apresentam uma única doença, poderá incitar abordagens terapêuticas distintas e por isso, torna-se fundamental proporcionar um melhor apoio, ultrapassando fronteiras entre profissionais e instituições de saúde (46).

2.4 Polimedicação e Complexidade do Regime Terapêutico

A polimedicação é definida pela OMS como a “*administração de muitos medicamentos ao mesmo tempo*” ou a “*administração de um número excessivo de medicamentos*” (47). A primeira parte da definição refere-se à administração simultânea de vários medicamentos. O termo “*ao mesmo tempo*” fornece uma primeira indicação sobre as condições temporais em que a polimedicação é medida. Pelo contrário, a segunda definição foca-se no consumo excessivo de medicamentos, introduzindo implicitamente a noção de uso indevido. Neste sentido, não existe um consenso para a definição de polimedicação, no entanto, o que mais aparece descrito na literatura centra-se na administração de cinco ou mais medicamentos por dia (48).

A polimedicação deve-se sobretudo à existência de várias doenças crónicas, elevado número de prescritores e a uma recorrente automedicação, entre outros fatores. Cerca de 12% das pessoas com 65 ou mais anos consomem pelo menos 10 medicamentos e aproximadamente 23% consomem pelo menos cinco, por dia. (49).

Relaciona-se também com o aumento de interações medicamentosas, uma vez que cada medicamento acrescenta um conjunto de potenciais efeitos adversos (50). Nesse sentido, existe o conceito de polimedicação inapropriada, que ocorre nos casos em que um indivíduo que tome cinco ou mais medicamentos por dia também cumpre, pelo menos, um critério para o aumento dos riscos relacionados com a medicação: tomar um medicamento potencialmente inapropriado; falta de revisão e monitorização da medicação; inexistência de comunicação entre o profissional de saúde e o doente; estar presente uma potencial interação medicamentosa; aumento do risco de efeitos adversos anticolinérgicos (49,50).

Os medicamentos potencialmente inapropriados são medicamentos que devem ser evitados na população idosa por representarem um risco elevado, tanto de efeitos adversos como de interações medicamentosas, ou até mesmo por não serem efetivos nesta faixa etária (51). As interações medicamentosas representam uma situação em que existe uma alteração clinicamente significativa no efeito de um medicamento.

Algumas interações indesejáveis podem reduzir os efeitos terapêuticos ou ainda aumentar a toxicidade, sendo a sua identificação e prevenção extremamente importantes (52).

Num estudo realizado em Portugal, foram entrevistados 1317 idosos, cujo objetivo foi determinar a presença de polimedicação na população idosa. De acordo com a amostra surgiram resultados de 828 participantes (62,9%) que são polimedicados, enquanto 489 (37,1%) indivíduos não apresentavam polimedicação no seu regime terapêutico. Os idosos polimedicados eram sobretudo solteiros, divorciados ou viúvos, tinham menor escolaridade, apresentavam excesso de peso, número elevado de doenças crónicas e pior perceção do seu estado de saúde. A expectativa que cada indivíduo demonstrou relativamente ao seu estado físico, mental e emocional surgiu também associada à polimedicação (51).

Para finalizar, o estudo apresentou como conclusão fundamental a distinção, entre polimedicação apropriada ou inapropriada, visto que um elevado número de medicamentos não implica necessariamente que o regime terapêutico seja incorreto (53).

Perante tudo o que já foi referido, existe ainda outro problema relacionado com a utilização de múltiplos medicamentos, tratando-se da complexidade do regime terapêutico.

Apesar de se poderem utilizar diferentes métodos para determinar a complexidade do regime terapêutico, o número de medicamentos e a frequência da toma diária são os elementos fundamentais utilizados para avaliar essa complexidade (54). A complexidade do regime terapêutico está bastante presente na população idosa devido ao elevado consumo de medicamentos. No entanto, efetuar uma contagem simples do número de medicamentos que um indivíduo está a tomar, não representa a medida mais adequada para avaliar essa complexidade, uma vez que não inclui outras características do regime posológico como é o caso da dose, frequência e a forma como deve ser realizada a sua administração (55).

O *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI) foi desenvolvido em 2004 por *George et al.* com o objetivo de medir o índice de complexidade do regime terapêutico. Tem em conta alguns fatores determinantes como informações relativas às formas farmacêuticas, as frequências de administração, o horário de toma da medicação e a toma concomitante com alimentos. Este instrumento foi traduzido e validado para português do Brasil em 2007, por *Melchioris et al* (54,55).

Apesar da extrema importância de uma revisão sistematizada dos medicamentos, a maioria das decisões sobre a toma de um determinado medicamento ocorre fora da instituição de saúde, nomeadamente em contexto domiciliário. Isto torna-se especialmente evidente quando os medicamentos entram na casa dos idosos e na sua vida quotidiana. É nesse local que se constroem convicções sobre a segurança, efeitos secundários e eficácia/efetividade dos medicamentos. Tendo em conta que, a polimedicação apresenta desafios enormes tanto para os doentes como para os profissionais de saúde, deverá ser feita uma abordagem centrada na pessoa, efetuando uma avaliação global das experiências vividas, das expectativas, das crenças/sentimentos e a prática quotidiana de cada indivíduo, relativamente à sua medicação (53).

2.5 Adesão à Terapêutica

Compliance, concordance, persistence e adherence são termos que se encontram relacionados com a toma de medicamentos de acordo com a prescrição recebida. Apesar destes termos serem utilizados de forma indefinida, representam conceitos diferentes sobre a relação entre o doente e o profissional de saúde. A *compliance* é o conceito mais antigo que foi definido por *Haynes et al.* (1979) como a “*medida em que o comportamento do doente corresponde às recomendações do prescriptor*” (56). No entanto, este termo não tem sido utilizado nos últimos anos, uma vez que implica que o doente tenha um papel passivo no processo de tomada de decisão.

A concordância refere-se a um acordo entre o prescriptor e o doente sobre o objetivo e a utilização da terapêutica. Este termo é cada vez mais utilizado para abordar a adequação do comportamento em relação ao consumo de medicamentos (57). A concordância é incorretamente utilizada como sinónimo de cumprimento ou adesão.

Já a persistência define-se como o período de toma entre a primeira e a última dose, sendo também aplicável no caso de um doente interromper o tratamento (58). Assim, a persistência refere-se ao tempo em que os doentes permanecem no tratamento.

Posto isto, a adesão à terapêutica pode ser descrita como o processo pelo qual os doentes tomam os seus medicamentos conforme foram prescritos. Numa tentativa de esclarecer esta questão, *Vrijens et al.* (2012) desenvolveram um estudo com 40 participantes de 13 países diferentes. Concluíram que a adesão envolve três fases fundamentais distintas, mas inter-relacionadas: iniciação, implementação e descontinuação (59). A iniciação ocorre quando um doente cumpre a prescrição de um novo medicamento, administrando-o tal como foi prescrito. A implementação representa o nível de concordância do tratamento prescrito desde o primeiro momento de toma até ao seu final. Já a descontinuação acontece quando o doente deixa de tomar o medicamento, independentemente dessa ação ter ou não justificação clínica (59).

Existe uma variedade de métodos que podem ser utilizados para medir a adesão à terapêutica. Atualmente, não existe um método que se sobreponha a outros a nível de eficácia (60). Os métodos diretos são considerados uma prova de que o medicamento foi consumido pelo doente apesar de serem bastante demorados e dispendiosos.

Neste sentido, métodos diretos incluem monitorização ao nível do medicamento, ou seja, perceber a quantidade de medicamentos que foram tomados, número de dias em que a sua utilização foi correta e ainda o intervalo de tempo entre a toma de duas doses. Para além destes, existem ainda métodos indiretos para avaliação da adesão à terapêutica. Os métodos indiretos envolvem apenas uma suposição de que o doente tomou os medicamentos. Tem-se como exemplo a contagem de comprimidos que foram tomados e a realização de uma avaliação através de bases de dados existentes nas farmácias, identificando-se a descontinuação de um medicamento de 30 dias quando o doente não levanta novamente a sua prescrição num intervalo entre 60 a 90 dias (61,62).

Cada um dos métodos enunciados apresentam limitações conhecidas, como é o caso dos questionários individuais que, apesar de não serem tão dispendiosos, podem ser afetados pelo viés de deseabilidade social, ou seja, é fornecida informação falsa com base no que o indivíduo pensa que os outros gostariam de ler/ouvir (63). A medição ideal da adesão à terapêutica deverá ser pouco dispendiosa, de utilização prática na investigação, objetiva e fiável (64). Dado que nenhum destes métodos satisfaz essa condição, foi sugerida uma combinação de ambos os métodos como forma de ultrapassar as suas limitações individuais (65).

Antes de criar soluções para a não adesão à terapêutica, torna-se importante distinguir entre não adesão não intencional e não adesão intencional. A não adesão intencional é um processo em que o doente decide autonomamente não tomar a medicação ou não seguir as recomendações dos profissionais de saúde. Habitualmente, reflete um processo racional de decisão no qual o doente autoavalia os riscos e os benefícios de determinada terapêutica (66).

As crenças e o conhecimento do doente, são fatores que apresentam bastante peso neste processo. Tem-se como exemplo a leitura do folheto informativo, que pode gerar desconfiança acerca da medicação, devido à descrição de possíveis reações adversas, ocultamento de outras doenças ou redução da eficácia da terapêutica a longo prazo. Para alguns doentes, o simples facto de terem de tomar a medicação, cria um sentimento de frustração por se lembrarem que sofrem de uma determinada doença (65). Todos estes fatores contribuem para uma falta de motivação traduzida em não tomar a medicação, culminando assim na não adesão intencional.

Por outro lado, a não adesão não intencional diz respeito a um comportamento não planeado, estando menos associado a crenças do doente, quando comparada com a não adesão intencional. A não adesão não intencional pode ser o resultado do esquecimento ou a falta de informação sobre a utilização de um determinado medicamento (66–68). As intervenções que abordam este tipo de não adesão relacionam-se com a simplificação do regime terapêutico, recordar os doentes na hora de tomar a sua medicação e elucidar de que a toma da medicação deve fazer parte da sua rotina diária (69). A não adesão não intencional encontra-se relacionada com a gestão da medicação. Se existe uma complexidade do regime terapêutico, um desconhecimento na utilização de um determinado medicamento ou uma desconfiança relativamente às reações adversas, estes são fatores que influenciam a gestão da medicação e que, por sua vez contribuem de forma negativa para a adesão à terapêutica. Nesse sentido, é fundamental que a população idosa receba informação e apoio necessários para que exista uma gestão da medicação adequada e, consequentemente uma melhoria na adesão à medicação (68).

As consequências da não adesão à terapêutica incluem um pior controlo do quadro fisiopatológico e, consequentemente, uma qualidade de vida reduzida (65). Os doentes que não aderem à medicação são também mais propensos a consultar um médico, ou ainda em casos mais graves a recorrer a serviços de urgência. O envolvente da não adesão traduz-se num aumento dos custos associados aos cuidados de saúde e num desperdício dispensável de medicamentos com grandes implicações financeiras (65).

Sokol et al. (2005) demonstraram que as taxas mais elevadas de adesão à terapêutica foram associadas à redução de internamentos hospitalares e à diminuição de custos de cuidados de saúde em doentes com múltiplas doenças crónicas, incluindo diabetes, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. Por essa razão, a melhoria da adesão à terapêutica a longo prazo continua a ser uma prioridade fundamental (70).

2.6 Gestão da Medicação

A gestão da medicação é definida como “a medida em que um doente toma a medicação conforme prescrita incluindo não só a dose correta, frequência e intervalo entre as tomas, como também a sua utilização contínua e segura ao longo do tempo” (71). Envolve conhecimento e capacidade necessária para que um indivíduo possa manter uma vida independente e, principalmente, com o objetivo de alcançar uma melhoria do estado de saúde (72). É considerada uma componente do “*Instrumental Activity of Daily Living*” (IADL) uma vez que, envolve várias funções com a obtenção de conhecimento e compreensão.

Para que ocorra uma gestão efetiva da terapêutica é necessário que exista capacidade funcional, nomeadamente cognitiva, física e sensorial (6).

Foi identificada uma vasta gama de fatores que se apresentam como potenciais influentes na gestão da medicação (73,74). Esses fatores foram classificados pela OMS em cinco grandes dimensões (Figura 2.3).

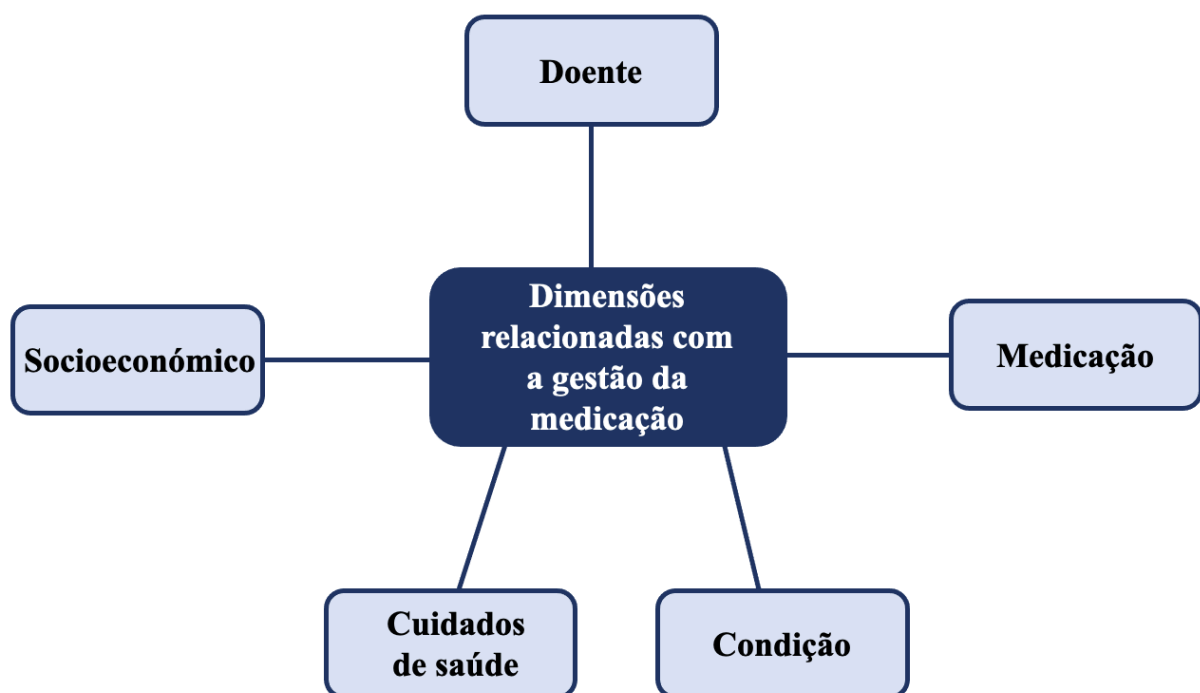


Figura 2.3- Fatores influentes na gestão da medicação.
(Adaptado de Marengoni et al. (2016) (74))

Os fatores relacionados com o doente incluem condições físicas e psicológicas.

As condições físicas centram-se na dificuldade auditiva, visual, cognitiva, destreza reduzida, mobilidade reduzida e dificuldades na deglutição. Já as condições psicológicas consistem no conhecimento sobre as doenças e a medicação, atitude, motivação, confiança, receio da existência de reações adversas e consciência do benefício do tratamento. Os fatores relacionados com a condição incluem a gravidade dos sintomas, depressão e outras condições psiquiátricas. Relacionado com os cuidados de saúde, considera-se a relação médico-doente, capacidade de comunicação do profissional de saúde com o doente, continuidade dos cuidados prestados, acesso aos tratamentos e tempo de espera para um contacto com o profissional de saúde. O fator socioeconómico compreende a alfabetização, nível de apoio social, qualidade de vida e acesso a instituições de saúde (65). Ainda que este esquema facilite em muito a compreensão dos potenciais influentes sobre a autogestão da medicação pela população idosa, estas dimensões são demasiado amplas para orientar uma investigação (74).

Para além dos fatores mencionados, existe outro que individualmente pode afetar a capacidade de gestão da medicação, o comportamento do idoso. O comportamento encontra-se intrinsecamente relacionado com a capacidade de gestão da medicação. Pode influenciar diretamente a forma como um idoso suporta a gestão da medicação, aderindo ao seu regime terapêutico de forma eficaz. Nesse sentido, existem alguns fatores que afetam o comportamento, sendo eles (75–79):

- **Motivação e atitude:** É essencial para seguir e aderir corretamente ao seu regime terapêutico. Uma atitude positiva em relação à saúde e compreensão da importância dos medicamentos, impulsionam uma adequada autogestão da medicação.
- **Compreensão:** A capacidade de entender todas as informações acerca da posologia e quaisquer reações adversas que poderão existir durante o tratamento.
- **Crenças/Sentimentos:** Estas atitudes do idoso podem influenciar o comportamento em relação à administração da medicação.

- **Suporte familiar e social:** Idosos que têm um forte apoio tanto a nível familiar como social, recebem incentivos e auxílios durante o processo de gestão da medicação, impactando de forma positiva o seu comportamento.

Resumidamente, para que um determinado comportamento seja alcançado, sugere-se que um indivíduo deve: ser psicologicamente e fisicamente capaz de realizar o comportamento desejado; dispor de oportunidades sociais e físicas para o fazer; ser motivado para realizar o comportamento (**Figura 2.4**) (75).

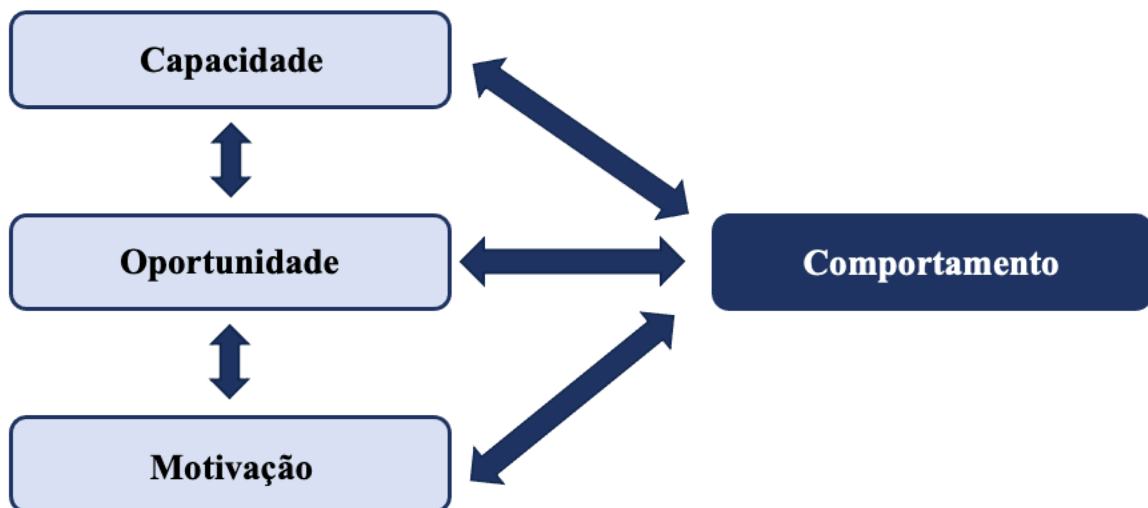


Figura 2.4- Fatores importantes para alcançar um determinado comportamento.

(Adaptado de *Michie et al.* (2015) (75))

2.6.1 Capacidade Funcional de Gestão da Medicação

A capacidade funcional de gestão da medicação envolve tanto os processos de utilização dos medicamentos (compra, organização, preparação, administração e monitorização da terapêutica) como a capacidade funcional para realizar todas estas funções (80,81). Avalia a capacidade de utilizar um regime terapêutico, enquanto os doentes apresentam motivação para seguir todas as indicações, tal como prescrito (80).

Vários processos estão envolvidos na gestão da medicação, sendo estes (80,81):

- 1. Compra da medicação:** O primeiro passo consiste no levantamento de uma receita médica e, para isso, é necessário que o idoso possua as condições necessárias de forma a encontrar uma farmácia para esse efeito;
- 2. Organização da medicação:** Já em casa, o idoso necessita de armazenar a medicação em condições adequadas, num local de fácil acessibilidade conforme a necessidade;
- 3. Preparação da medicação:** Alguns medicamentos requerem alguma preparação especial antes da administração;
- 4. Administração da medicação:** A maioria dos medicamentos são administrados oralmente, como é o caso dos comprimidos e das cápsulas. Contudo, existem formas farmacêuticas mais complexas tais como, dispositivos inalatórios e administração de insulina;
- 5. Monitorização da terapêutica:** Todos os doentes necessitam de monitorizar o efeito da medicação. No entanto, alguns precisam de o fazer com maior regularidade, como é o caso dos doentes diabéticos que devem monitorizar os valores da glicémia.

O processo de gestão da medicação torna-se bastante difícil para a população idosa, especialmente na presença de comprometimento físico e/ou cognitivo. Algumas das dificuldades que interferem com este processo são:

- i. A **destreza manual**, fica reduzida à medida que o indivíduo envelhece. Afeta a habilidade para abrir uma embalagem de medicamentos, segurar comprimidos pequenos ou até mesmo proceder à sua divisão, caso os medicamentos necessitem de ser partidos. Cerca de dois terços dos idosos não conseguem partir um comprimido, entre 8% a 14% têm dificuldade em abrir frascos e 33% a 64% não conseguem abrir caixas de medicamentos (82,83);
- ii. Os **problemas na visão** aumentam com a idade. Esta condição pode causar maior sensibilidade ao brilho, dificuldade em focar objetos próximos e difícil distinção entre cores. Toda esta mudança pode dificultar a autogestão da medicação, uma vez que não possuem capacidades para ler a prescrição médica, distinguir diferentes embalagens de medicamentos, cor ou forma dos comprimidos (84,85). Segundo um estudo com 156 participantes com idade igual ou superior a 65 anos, cerca de 30% dos idosos com problemas de visão necessitam de ajuda no processo de gestão da medicação (86);
- iii. Várias mudanças relacionadas com a idade podem contribuir para a **dificuldade na deglutição**. A função das glândulas salivares danifica-se, resultando em boca seca, contribuindo para este problema. Um estudo revelou que 60% dos participantes teve dificuldades em engolir os medicamentos, sendo que a solução passa pelo esmagamento de comprimidos e abertura de cápsulas, ações que nem sempre são bem realizadas e que podem comprometer a dose administrada (87,88);
- iv. A acompanhar o envelhecimento, existe uma **diminuição da capacidade cognitiva** do indivíduo. As memórias, a linguagem e o pensamento ficam substancialmente afetados, dando origem a dificuldades notórias na autogestão da medicação pela população idosa (89);

- v. Indivíduos com **menor nível de escolaridade** possuem literacia em saúde limitada. É muito comum entre os idosos, originando dificuldades na obtenção, processamento e compreensão de informações básicas necessárias para tomar decisões apropriadas relacionadas com o seu estado de saúde e com a medicação (90).

A **Figura 2.5** sumariza alguns fatores que já foram anteriormente mencionados e que influenciam a capacidade de gestão da medicação (81).



Figura 2.5- Fatores que influenciam a capacidade de gestão da medicação.

(Adaptado de *Elliott et al.* (2015) (81))

2.7 Autodeterminação

A Teoria da Autodeterminação (TDA) está relacionada com a medida em que o comportamento humano é automotivado e autodeterminado, baseando-se na proposta de que existem três necessidades psicológicas básicas para que os indivíduos alcancem a saúde e o bem-estar (91–93). Essas necessidades são: autonomia (um sentimento onde há escolha), relação (um sentimento de pertença e ligação com os outros) e competência (um sentimento de domínio e eficácia) (93). De acordo com a TDA, a satisfação dessas três necessidades psicológicas básicas promove a motivação intrínseca (o impulso natural e inerente ao Ser Humano para prosperar) (93).

A motivação que é inteiramente extrínseca, impulsionada por exigências ou recompensas externas, é considerada a forma menos autodeterminada. Contudo, na realidade a motivação da maioria das pessoas situa-se num espectro que vai do intrínseco para o extrínseco. Neste sentido, a TDA defende que as intervenções que encorajam os indivíduos a adotarem uma motivação mais intrínseca conduzirão a melhores comportamentos e resultados relacionados com a saúde, satisfazendo dessa forma as três necessidades psicológicas básicas (94). Para além disso, a TDA sugere que os indivíduos devem ser competentes e sentirem as suas próprias ações como voluntárias para que essa motivação intrínseca esteja presente. Com isto, a perceção da autodeterminação está altamente relacionada com a satisfação, o aumento da qualidade de vida, e os resultados positivos em termos de saúde. O empoderamento do doente, a capacidade de tomar decisões, as escolhas informadas, as ligações sociais, a literacia em saúde e a perceção da própria aptidão são elementos básicos da TDA e cruciais para a autogestão da medicação (95).

Neste sentido, a TDA baseia-se em alguns pressupostos, tais como (94,95):

- i. Aceitar a responsabilidade de adaptação às fases de mudança do estado de saúde, de acordo com os fatores variáveis e por vezes progressivos, de incapacidade parcial ou total, assim como outras limitações;
- ii. Aumentar a competência para gerir o estado de saúde;
- iii. Desenvolver relações sociais que possam oferecer sentido às suas vidas.

De acordo com estes três pressupostos, os seres humanos são organismos ativos, orientados de forma inata para o crescimento e saúde, gerindo os desafios no seu ambiente, integrando novos conhecimentos ou competências. Todas estas tendências ou orientações inatas não funcionam isoladamente e, por essa razão, necessitam de apoio social contínuo (96).

Através de alguns estudos realizados acerca da dependência do tabagismo (97), obesidade (98), atividade física (99), diabetes (100) e alimentação saudável (101), demonstrou-se que a motivação autónoma e a competência, aumentam de forma considerável o envolvimento no tratamento, trazendo por sua vez, melhor adesão à terapêutica, eficácia e resultado.

2.7.1 Empoderamento para tomar decisões relacionadas com a saúde

Murphy et al. (2015) demonstraram que nenhum dos participantes no estudo sentiu que os profissionais de saúde encorajavam ativamente a sua colaboração no tratamento. Os doentes sentiam que não recebiam informações suficientes para tomar decisões relacionadas com a sua saúde. Devido a isso, a falta de escolha e colaboração na tomada de decisão, levou alguns participantes a exercerem o seu controlo pessoal decidindo assim, não tomar os medicamentos conforme prescrito, valorizando as suas decisões autónomas (102).

Para além disso, observou-se que, no desejo dos doentes de viverem uma vida livre de doenças, as emoções negativas tais como, medo e impotência, desempenham uma função no sentimento de controlo sobre a própria condição. Por um lado, um estudo revelou que a sensação de desamparo dos doentes conduziu a um fracasso nas mudanças positivas relacionadas com o estado de saúde (103), enquanto outro estudo comprovou que as emoções negativas eram um forte motivador para o doente se envolver em comportamentos relacionados com a sua saúde, exercendo um melhor controlo pessoal (91).

De acordo com *Ryan et al.* (2017) a eficácia da maioria das intervenções em saúde depende da competência de cada indivíduo para realizar mudanças no estilo de vida, ou simplesmente saber gerir os sintomas relacionados com a doença. Sendo assim, a competência envolve a capacidade de cuidar de si mesmo, de alcançar, manter e promover o estado de saúde ideal (104).

Eassey et al. (2020) salientaram que as decisões que os indivíduos apresentam em relação ao seu estado de saúde, dependem dos relacionamentos com os profissionais de saúde, amigos, familiares e da sua experiência com a doença. As relações sociais desempenham um papel extremamente importante na formação da experiência das pessoas para com a doença e tudo o que com ela se relaciona. O sentir-se incapaz de se relacionar com os outros e o esforço psicológico necessário para que um doente se considere “normal”, faz com que algumas pessoas se sintam desamparadas e emocionalmente desgastadas (104).

A **Figura 2.6** ilustra as necessidades, estratégias e resultados defendidos pela TDA (93).

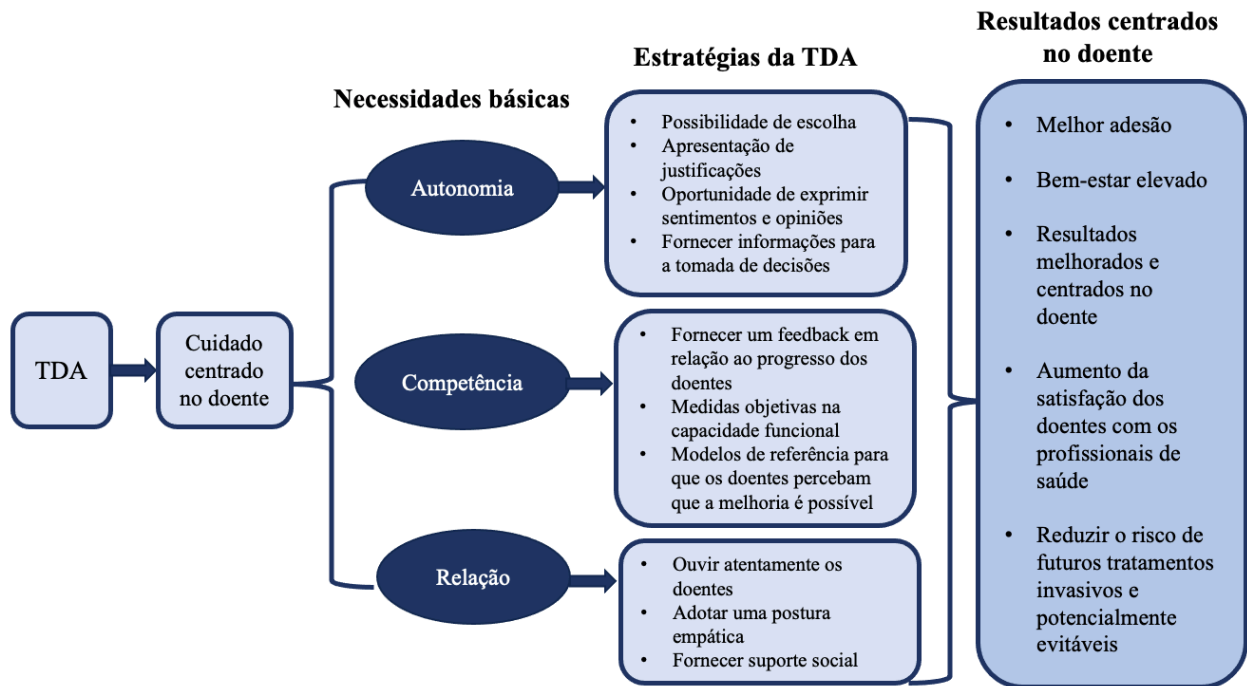


Figura 2.6- Necessidades psicológicas básicas para que os indivíduos alcancem a saúde e o bem-estar.

(Adaptado de Morris et al. (2022) (93))

2.8 Modelo Conceptual

Este estudo será orientado pelo modelo conceptual (**Figura 2.7**), centrando-se no objetivo principal que é avaliar a autogestão da medicação pela população idosa residente na comunidade. Este modelo permite ilustrar a interligação de todos os pontos e conceitos globais que enquadram teoricamente este trabalho, proporcionando uma melhor compreensão de todas as funções que podem dificultar a gestão da medicação, bem como a manutenção do seu uso seguro e correto ao longo do tempo, em contexto domiciliário.

Neste modelo conceptual apresentam-se quatro temas que aparentam dificultar o processo de gestão da medicação pela população idosa. Existem aspetos que são inerentes ao idoso, tais como a condição de saúde, os fatores relacionados com a terapêutica e os fatores relacionados com o sistema de saúde. Contudo, existe um fenómeno intrínseco ao idoso, relacionado com a sua atitude e comportamento, que por si só, parece influenciar todo o processo de autogestão da medicação.

No que respeita à condição de saúde, importa destacar a doença e as suas complicações, a multimorbilidade, os sintomas, a severidade e o seu impacto na qualidade de vida do doente. Para além disso, as características de cada doença são significativas durante todo o processo, visto que podem estar associadas a alterações a nível cognitivo, contribuindo para um aumento da multimorbilidade e diminuição do estado funcional. Os fenómenos relacionados com a medicação, como é o caso da complexidade do regime terapêutico, a existência de reações adversas durante a toma de um determinado medicamento e o tipo de forma farmacêutica podem, de uma forma decisiva influenciar a adesão à terapêutica, prejudicando a autogestão da medicação.

Para além dos aspetos já referidos, existem também os fatores relacionados com o sistema de saúde, que incluem a relação e a confiança com o prescriptor, a capacidade de comunicação, o acesso aos cuidados de saúde, bem como o acompanhamento durante o tratamento. Passando para o fenómeno que está intimamente relacionado com o idoso e que, pode de uma forma exclusiva, dificultar todo o processo de gestão da medicação. O comportamento do doente é considerado um determinante com significativo impacto na autogestão da medicação.

Esse comportamento acaba por ser moldado de acordo com as experiências, expectativas, sentimentos e crenças que o doente assume sobre uma determinada terapêutica. Ainda assim, a autodeterminação representa outro fator que influencia o comportamento do doente, baseando-se em três necessidades psicológicas básicas: autonomia, competência e relação. Se apenas uma destas não estiver tão funcional, a atitude e o comportamento do idoso ficam comprometidos, gerando dessa forma, dificuldades em todo o processo de autogestão da medicação.

No sentido de saber quais são as limitações e as necessidades da população idosa nesta atividade diária que é a autogestão da medicação, importa compreender de uma forma mais pormenorizada, a influência de todos os aspetos mencionados anteriormente e que se encontram representados no modelo conceptual. Efetuada esta avaliação, todos os resultados que se sucedem, deverão ter como objetivo final fundamental, proporcionar uma melhor condição de saúde, qualidade de vida e independência no idoso.

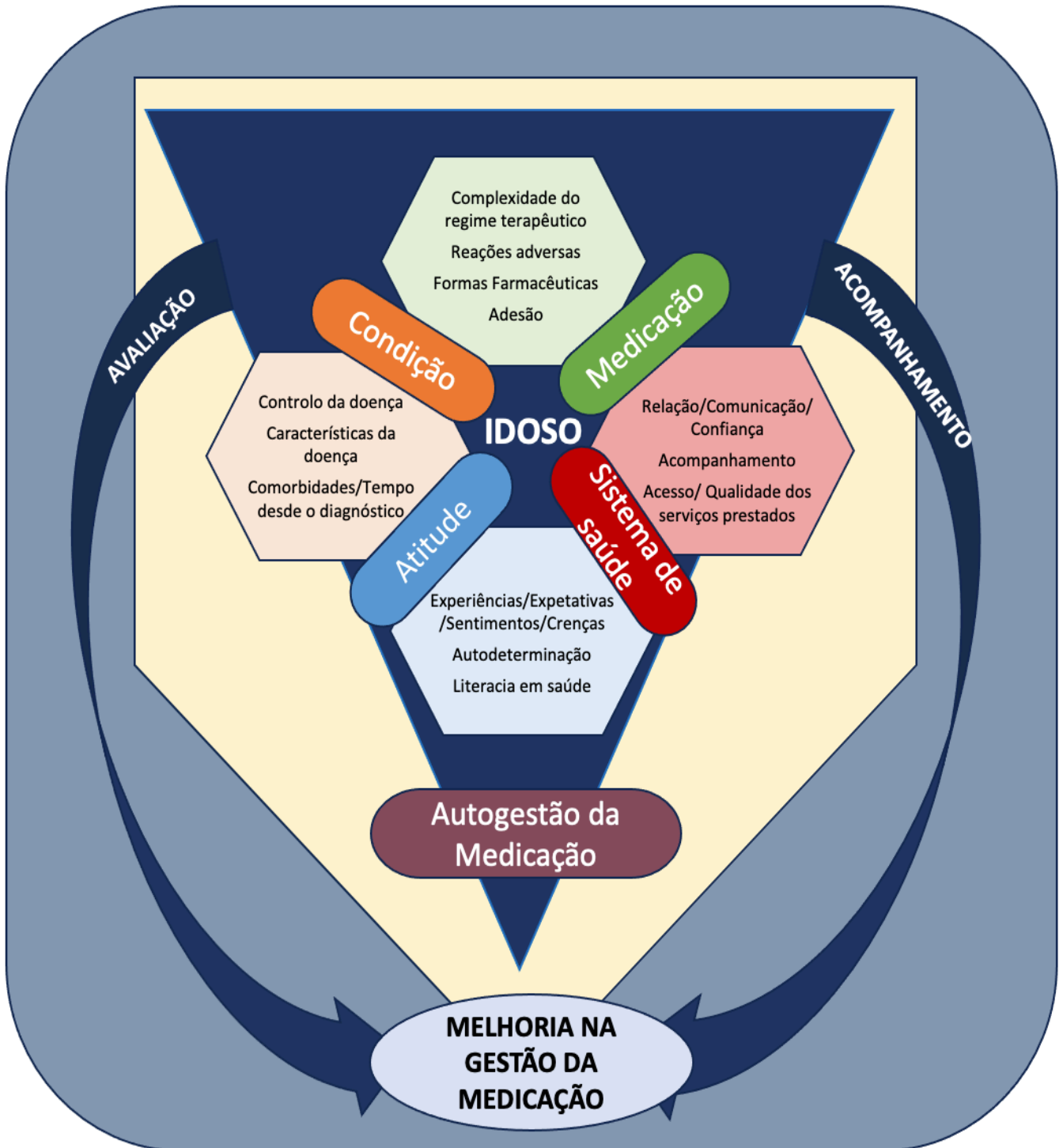


Figura 2.7- Modelo conceptual da autogestão da medicação pela população idosa.

3. Questão de Investigação e Objetivos

De forma a responder à questão de investigação – *Quais as dificuldades sentidas pela população idosa durante a autogestão da medicação?* – foram estabelecidos os objetivos abaixo mencionados.

3.1 Objetivo Geral

O principal objetivo deste projeto foi desenvolver a primeira fase de um estudo etnográfico sobre a autogestão da medicação pela população idosa residente na região do Alentejo, tendo como finalidade a construção e o enriquecimento dos instrumentos de recolha de dados a utilizar futuramente.

3.1.1 Objetivos Específicos

- i. Realizar três grupos focais correspondentes aos principais intervenientes no processo de gestão da medicação em e por idosos residentes na comunidade:

Grupo focal constituído por profissionais de saúde (farmacêutico, médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social) com papel de relevo no processo de gestão da medicação dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa;

Grupo focal constituído por *proxies* (familiares, amigos, vizinhos, entre outros) com papel de relevo no processo de gestão da medicação dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa;

Grupo focal constituído por idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos), residentes na comunidade, que tomem pelo menos um medicamento de forma crónica e sejam responsáveis pela gestão da própria medicação.

Durante a realização dos grupos focais, serão apresentadas questões identificadas previamente na literatura, com vista ao envolvimento ativo de todos os participantes;

- ii.** Validar a pertinência e adequação das questões efetuadas no questionário previamente construído para utilização na fase de estudo posterior, de acordo com as experiências e vivências de cada participante;
- iii.** Perceber a forma como é realizada a gestão da medicação pelos indivíduos idosos, tendo em conta os exemplos discutidos durante a sessões com os grupos focais;
- iv.** Compreender as diversas limitações e barreiras que conduzem a uma incorreta gestão da medicação;
- v.** Reunir toda a informação de relevo discutida nos grupos focais, com o intuito de perceber nesta primeira fase, quais as eventuais experiências, expectativas, preferências, sentimentos, crenças e atitudes relativamente à autoadministração de medicamentos pelos idosos, em contexto domiciliário;
- vi.** Aferir o termo de consentimento informado, a utilizar no estudo posterior.

4. Método

De forma a encontrar respostas para a questão de investigação proposta, utilizou-se uma abordagem qualitativa através do método de consenso, reunindo grupos focais constituídos pelos principais intervenientes na gestão da medicação pela população idosa.

4.1 Abordagem Qualitativa

A investigação qualitativa envolve a recolha e análise de dados não numéricos para compreender conceitos, opiniões ou experiências. Pode ser utilizada para recolher informações aprofundadas sobre um tema ou implementar novas ideias para a investigação. Tentar compreender perspetivas ou opiniões de indivíduos através de uma forma estatística (investigação quantitativa), não fornece uma noção completa acerca do tema. Pelo contrário, quando existem conversas ou discussões com indivíduos (investigação qualitativa), permite que o investigador obtenha uma compreensão mais profunda relativamente às perceções dos indivíduos, que por vezes se relacionam com questões humanas complexas (105). Seguindo o mesmo pensamento, *Lauri* (2019) afirmou que a investigação qualitativa é um fator fundamental para entender certas hipóteses, uma vez que apesar dos dados quantitativos ajudarem a explicar a prevalência de atitudes e comportamentos, é através dos dados qualitativos que se consegue esclarecer e descrever as causas que influenciam essas perspetivas comportamentais (106). A investigação qualitativa tem como objetivo alcançar e melhorar a perceção de como os problemas são abordados num contexto social (107).

Nesse sentido, a amostragem qualitativa necessita ser abordada para garantir a fiabilidade. Existem duas amostragens possíveis na pesquisa qualitativa: amostragem aleatória e não aleatória. A amostragem aleatória permite selecionar participantes com iguais oportunidades de participar no estudo (108). No que diz respeito à amostragem não aleatória, esta pode ser amostra por conveniência, propositada e teórica. Amostras por conveniência envolvem pessoas disponíveis para o estudo.

Torna-se uma maneira prática de recrutar participantes, embora os resultados obtidos não sejam generalizáveis para toda a população (108). Amostras propositadas selecionam participantes que têm conhecimento e experiência sobre o tema da investigação. Finalmente, as amostras teóricas selecionam os participantes para avaliarem uma determinada teoria, convocando de seguida uma nova amostragem para testar a veracidade dessa avaliação (109).

Algumas das vantagens da análise qualitativa encontram-se descritas abaixo.

i) Compreender uma descrição detalhada do tema:

No que diz respeito a temas complexos, os resultados numéricos podem indicar o que acontece com esse problema, mas não explicam o motivo pelo qual ocorre. Nesses casos, estudos qualitativos são valiosos para analisar e descrever as dinâmicas sociais em maior detalhe (105).

ii) Aperfeiçoar as respostas à questão de investigação

Quando se decide realizar um estudo, pode-se ter apenas uma ideia de como e o que se precisa para recolher dados. Ao usar a análise qualitativa, consegue-se uma compreensão acerca do tema, permitindo uma planificação para estudos futuros (105). Por outras palavras, a análise qualitativa encontra explicações relevantes e mais profundas sobre as questões discutidas com os participantes do estudo. Nesse sentido, a compreensão eficiente que se consegue através da análise qualitativa, pode ser negligenciada pelo uso exclusivo da quantitativa.

Os estudos qualitativos encontram-se formulados para investigar o “como” e o “porquê”, não apenas “quando”, “o quê” e “onde” os problemas acontecem. Assim, embora a abordagem qualitativa requeira um número consideravelmente mais pequeno de participantes, permite observações mais focadas no tema em estudo (108).

iii) Conhecer as perspectivas de um grupo de participantes

É particularmente útil para reunir conhecimento específico sobre as crenças, perspectivas, atitudes e fatores contextuais de grupos específicos de pessoas. Dessa forma, permite investigar a percepção interna dos participantes e descobrir como os conceitos são adaptados na sociedade (110).

iv) Simplificar questões complexas

Os estudos qualitativos têm uma estrutura variável, pois podem ser reproduzidos tendo uma maior abrangência (111). Sendo assim, um estudo detalhado e eficaz do tema pode ser conduzido através de uma abordagem qualitativa, e dessa forma os participantes têm uma maior confiança para decidir o que é ou não apropriado. Consequentemente, questões complexas podem ser interpretadas de uma forma mais eficiente (112).

v) Compreender as experiências humanas

Permite uma potencial compreensão das razões que levam à mudança de atitudes. (113).

A **Figura 4.1** demonstra as etapas que conduziram ao método de análise utilizado no presente estudo.

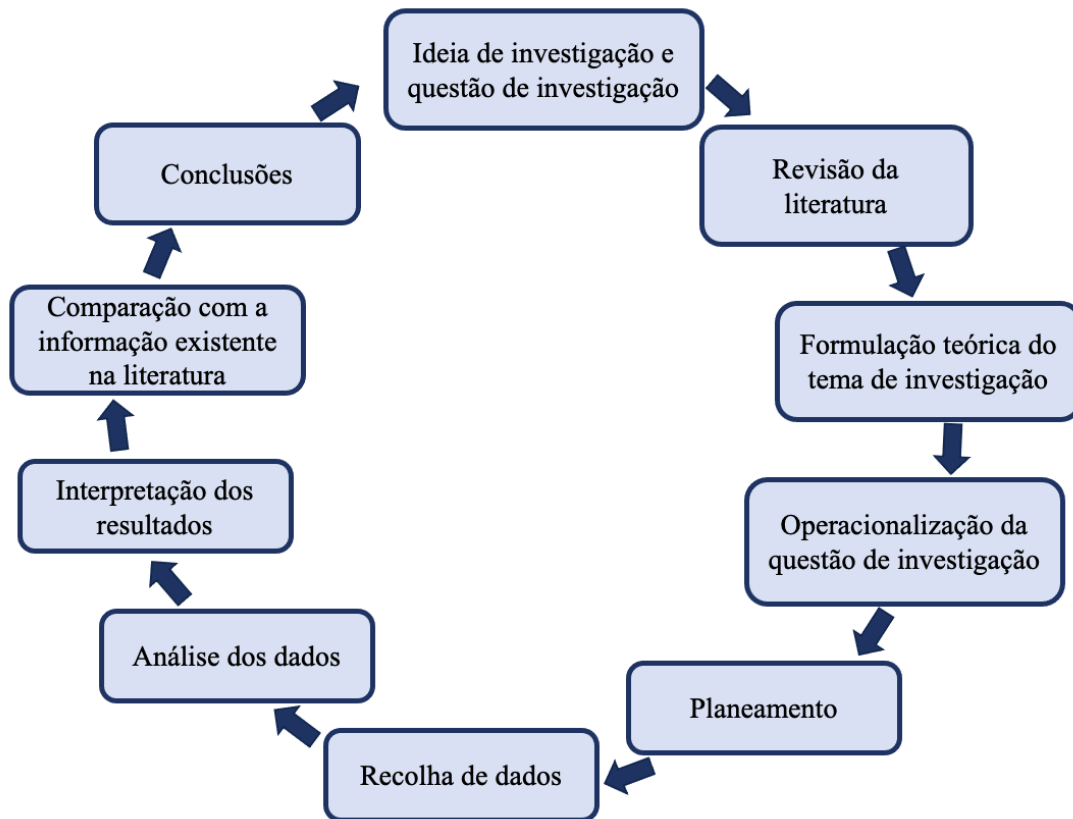


Figura 4.1- Método de análise do estudo.

4.2 Métodos de Consenso

Os métodos e técnicas de consenso são utilizados em investigação em saúde, aproximadamente desde meados do século passado. Isto não significa que não tenham sido realizadas decisões em conjunto, mas essas decisões surgiam através de métodos informais. Na realidade, a grande maioria das decisões na área da saúde continuou a basear-se em reuniões de grupo não estruturadas, com poucas regras ou procedimentos informais.

Essas decisões em grupo definidas como “discussão livre”, “interação livre” ou simplesmente “grupos de consenso”, envolvem a reunião entre um grupo de indivíduos para discutir acerca de um tema, com o objetivo final de chegar a um acordo/consenso (114).

Os métodos formais de consenso começaram a ser formulados por várias razões (114):

Partilha de conhecimento entre os participantes: À medida que os participantes compartilham as suas opiniões e experiências, podem surgir ideias diferentes ou perspectivas contrárias. Isto permite que o grupo explore uma variedade de pontos de vista e compreenda melhor a complexidade do tópico;

Aprovação: um grupo selecionado de indivíduos confere uma maior aprovação à decisão estabelecida

Racionalidade: as decisões apresentam competência através de argumentos fundamentados. Sendo assim, as suposições são contestadas e os participantes são encorajados a justificar as suas opiniões;

Procedimento controlado: Tendo uma estrutura, os métodos formais de consenso podem eliminar aspetos negativos que resultam das decisões em grupo;

Credibilidade científica: os métodos formais de consenso associam-se aos requisitos dos métodos científicos.

4.2.1 Tipos de Métodos Formais de Consenso

As principais diferenças entre os vários métodos formais de consenso estão relacionadas com:

Se o questionário é enviado previamente;

Se os participantes tomam decisões “em particular” ou não;

Se as decisões tomadas em grupo são realçadas no final para que possa existir uma reconsideração;

Se há contacto presencial entre os membros do grupo e se sim, se é estruturado;

O método utilizado para agrupar as opiniões dos participantes.

O **Quadro 4.1** apresenta um resumo das características principais dos métodos formais e informais de consenso. As diferenças surgem de pressupostos e objetivos diferentes entre os vários métodos. Uma característica que é comum a todos os métodos formais de consenso, relaciona-se com o facto de ser apresentada uma apreciação das decisões estabelecidas em grupo, para que assim possa ocorrer uma reconsideração final (114).

Quadro 4.1- Características dos métodos formais e informais de consenso.

Método de consenso	Questionários prévios	Decisões em privado	Feedback das decisões	Contacto presencial	Entrevista estruturada	Método de recolha de dados
Informal	Não	Não	Não	Sim	Não	Implícito
Método Delphi	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Explícito
Técnica de grupo nominal	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Explícito
Grupo focal	Não	Não	Sim	Sim	Não	Implícito

4.3 Grupo Focal

O grupo focal foi o método formal de consenso utilizado neste estudo. Caracteriza-se pela reunião e um grupo de pessoas especialistas ou com um conjunto de características comuns, respeitantes ao tópico em estudo, para que possam discutir e chegar a um consenso acerca de questões importantes relacionadas com um determinado tema. O objetivo principal deste método centra-se na reunião de pontos de vista resultantes das experiências e conhecimentos, de forma a abordar uma questão ou problema específico.

Durante a reunião, os participantes analisam e discutem as informações disponíveis, partilham opiniões e experiências, resultando a discussão num acordo/consenso sobre as melhores práticas, diretrizes ou recomendações a serem seguidas.

Normalmente, os grupos focais seguem uma abordagem estruturada e imparcial, com o intuito de garantir que todas as perspetivas são consideradas e que o processo de tomada de decisão é justo e baseado nas contribuições dos intervenientes. Quando o consenso é alcançado, as conclusões e recomendações resultantes do grupo focal podem ser divulgadas e utilizados para os fins a que se destinam, sejam eles clínicos ou de investigação. Os grupos focais desempenham um papel fundamental no avanço do conhecimento da área em estudo (114).

A realização de um grupo focal é um recurso muito utilizado na análise qualitativa, uma vez que fornece uma compreensão mais profunda sobre um tema. Assim sendo, os grupos focais são realmente vantajosos, no sentido de proporcionarem ambientes mais autênticos de discussão, nos quais os participantes devem dialogar em conjunto. A interação em grupo proporciona a obtenção de consenso (107).

Além disso, quando as oportunidades para a recolha de dados são limitadas, os grupos focais são preferíveis em comparação com as entrevistas individuais (115). Nesse sentido, a realização de um grupo focal deve ser bem definida e compreendida para que possa ser conduzida de forma adequada (115).

O grupo focal deve ser orientado por um moderador que levanta questões abertas, de modo a estimular o debate entre os participantes. O objetivo principal do moderador passa por conseguir argumentos e perspetivas com a maior qualidade, tendo em conta a duração limitada da discussão. Existem alguns aspetos que o moderador deve ter em consideração durante a reunião de um grupo focal nomeadamente, a auscultação de todos os participantes; efetuar perguntas gerais e abertas para deixar os participantes mais à vontade; ser empático em relação ao assunto discutido (108).

A escolha dos participantes para os grupos focais não deve ser aleatória, para que se possa obter uma boa organização dentro do grupo. Para que isto aconteça, é necessário proceder a uma pesquisa robusta dos participantes apropriados, sendo que um grupo focal deve ser constituído por um máximo de cerca de 7 membros (115). Com essas características, consegue-se oferecer um ambiente mais natural, comparativamente às entrevistas individuais.

Os grupos focais são uma fonte valiosa para explorar visões internas e emoções individuais. A discussão entre os participantes é altamente pertinente para obtenção de conhecimento, focando-se nos conhecimentos, sentimentos, pensamentos, perceções, experiências e crenças (115).

4.3.1 Vantagens dos Grupos Focais

Em comparação com outros métodos, a discussão em grupos focais possui algumas vantagens:

- i. Os grupos focais caracterizam-se pela rapidez, eficácia e acessibilidade para recolher informações de um grupo de participantes, estando num ambiente social direcionado (116);
- ii. A interação é uma característica fundamental nos grupos focais. Os participantes revelam a sua visão e modo de discussão, apresentando dessa forma as suas perspetivas e conhecimentos sobre o tema. A interação permite que os indivíduos discutam questões entre si e reconsiderem as suas opiniões baseadas nas experiências passadas (117);
- iii. São extremamente eficazes na perceção de situações que ocorrem em determinados grupos sociais (118);
- iv. Podem participar indivíduos que não se sentem tão familiarizados com o tema, porque a própria discussão em grupo promove a integração (118);

- v. Sabendo que são colocadas perguntas abertas, pressupõe-se uma revelação de preocupações, sentimentos, expetativas, crenças e atitudes que não se conseguiriam constatar através de um questionário individual (119);
- vi. São totalmente aceites e aprovados pelos participantes (120).

A **Figura 4.2** apresenta um diagrama esquemático com as etapas necessárias à realização dos grupos focais do estudo sobre a autogestão da medicação pela população idosa.

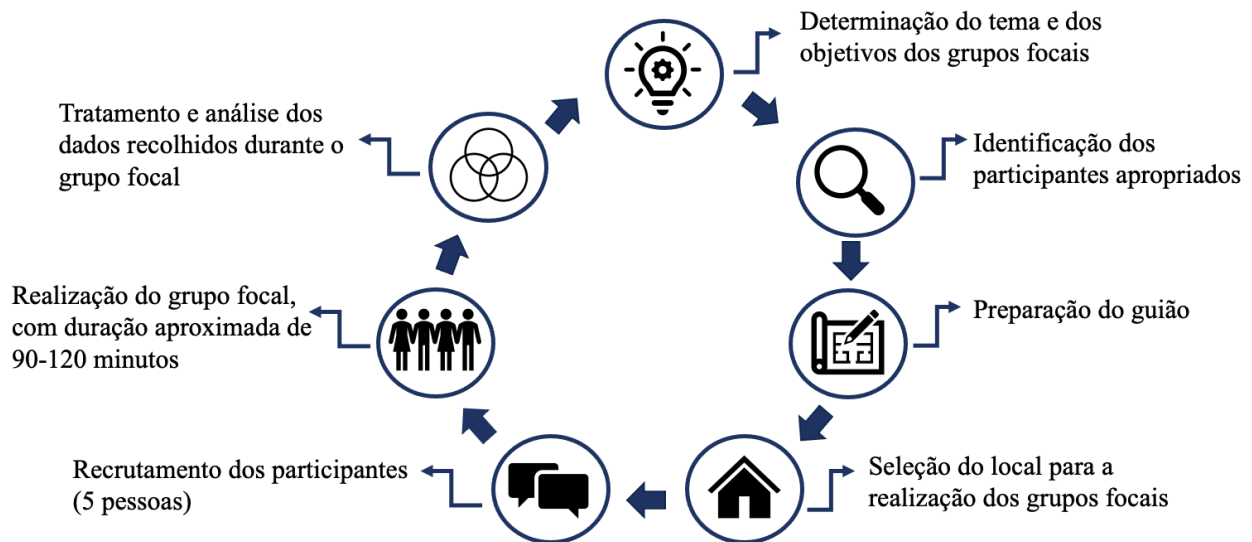


Figura 4.2- Etapas necessárias à realização dos grupos focais.

4.4 Operacionalização

A operacionalização do estudo foi dividida em 3 fases, sendo estas:

Fase 1: Estado de arte relativamente à autogestão da medicação pela população idosa

- i. Revisão da literatura, de forma a descrever e caracterizar o processo de autogestão da medicação pela população idosa;
- ii. Identificação de potenciais dificuldades relacionadas com a autogestão da medicação pela população idosa
- iii. Revisão de questionários que avaliam a capacidade de gestão da medicação, a adesão à terapêutica e as crenças acerca dos medicamentos, que já se encontram validados.

Fase 2: Partilha de documentação com os participantes para realização do grupo focal

- i. Síntese descritiva do estudo, descrevendo os principais objetivos do estudo e a constituição de cada grupo focal;
- ii. Apresentação de uma tabela com a identificação de algumas dificuldades na autogestão da medicação pela população idosa;
- iii. Declaração de consentimento informado.

Fase 3: Realização dos grupos focais

i. Painel constituído por:

Grupo focal constituído por profissionais de saúde (farmacêutico, médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social) com papel de relevo no processo de gestão da medição dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa;

Grupo focal constituído por *proxies* (familiares, amigos, vizinhos, entre outros) com papel de relevo no processo de gestão da medição dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa;

Grupo focal constituído por idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos), residentes na comunidade, que tomem pelo menos um medicamento de forma crónica e sejam responsáveis pela gestão da própria medicação.

ii. Discussão em conjunto, relativamente ao tema em estudo, compartilhando conhecimentos, exemplos, experiências, expectativas, preferências e sentimentos;

iii. Tratamento e análise dos dados recolhidos nos grupos focais.

4.5 Aspetos Éticos e Legais

Todos os participantes nos grupos focais deram o seu consentimento livre e esclarecido.

Nos consentimentos informados foi explicado o objetivo das reuniões e solicitada a autorização de cada participante para a recolha de informação escrita, gravação de voz, vídeo e fotografia, assim como para a publicação e divulgação dos resultados em revistas e fóruns da especialidade. Para efeitos de divulgação, os dados recolhidos serão absolutamente confidenciais e tratados de forma anonimizada, sendo apresentados de forma agrupada. Até lá, apenas a equipa de investigação terá acesso aos registos com a identificação das pessoas, sendo os mesmos guardados em local seguro, de acordo com a legislação de proteção de dados, com acesso restrito aos membros da referida equipa, garantido assim o anonimato e confidencialidade dos mesmos, não sendo divulgado a terceiros quaisquer dados recolhidos.

O presente estudo foi submetido ao Encarregado de Proteção de Dados da Universidade de Évora, tendo obtido parecer positivo.

A submissão à Comissão de Ética constituirá o primeiro passo do protocolo conducente à realização do estudo etnográfico, onde a informação obtida no presente trabalho constituirá conteúdo do instrumento de recolha de dados.

4.6 Tratamento e Análise de Dados

Para tratamento dos dados obtidos utilizaram-se os programas *MAXQDA* e *Microsoft Office EXCEL*.

As sessões dos grupos focais foram gravadas, procedendo-se à sua transcrição na íntegra. Deste modo, foi possível analisar os dados obtidos, incluindo alguns detalhes de relevo que pelo ritmo do diálogo não se conseguiram apreender no decorrer das sessões presenciais.

Posteriormente, procedeu-se à análise das transcrições utilizando o programa *MAXQDA*. O *MAXQDA* desempenha um papel significativo na análise de grupos focais, facilitando a organização e interpretação dos dados recolhidos durante as sessões.

Neste caso, foram importadas todas as transcrições para o programa. Com isso, o *MAXQDA* permitiu a marcação de excertos importantes nas transcrições, adicionando notas e comentários relevantes, possibilitando a comparação de opiniões e perspectivas dos diferentes participantes, identificando semelhanças e diferenças. O *Microsoft Office EXCEL* permitiu a análise descritiva de dados quantitativos, nomeadamente na identificação dos contributos de cada participante durante os respetivos grupos focais.

5. Apresentação de Resultados

5.1 Dados Gerais das Sessões

As sessões de grupo focal realizaram-se durante o mês de junho de 2023. Ocorreram três sessões: a dos profissionais de saúde, a dos *proxies* e a dos idosos. Todos os grupos focais apresentaram cinco participantes, os quais partilharam as suas experiências e opiniões individuais, motivados a interagirem em conjunto.

Com aproximadamente uma semana de antecedência, foram disponibilizados os documentos informativos do grupo focal, a cada um dos participantes. Estes documentos continham o consentimento informado e uma síntese descritiva do estudo, tendo em consideração os principais tópicos abordados.

Para além dos participantes, estiveram presentes em cada sessão do grupo focal: o moderador da discussão que conduziu a sessão, um investigador que recolheu anotações de relevo e um investigador que conduziu as gravações e recolha de informação.

Na documentação descritiva do estudo disponibilizada previamente aos participantes, estava incluída uma tabela com alguns dos conceitos que de acordo com a literatura consultada, aparentam constituir uma barreira à autogestão da medicação pela população idosa (**Apêndice D**). O intuito da discussão entre os vários participantes, baseou-se na maior ou menor importância destes tópicos, bem como na identificação de outros por eles identificados para que, possam constituir a fase observacional no estudo posterior. De acordo com as partilhas de experiências e perspetivas entre os vários participantes, facilitou-se a introdução de novos tópicos que também podem constituir uma barreira à autogestão da medicação pela população idosa, podendo estes, vir a integrar o conjunto já existente.

Nesse sentido, apresentam-se os tópicos abordados durante as sessões:

- i. Identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento (marca e genérico)
- ii. Identificação de embalagens de medicamentos diferentes, mas que possuem aspeto semelhante
- iii. Abertura de caixas/frascos dos medicamentos
- iv. Remoção dos comprimidos do blister
- v. Necessidade de partir os comprimidos e ficarem em proporções iguais
- vi. Leitura do folheto informativo
- vii. Local de armazenamento da medicação
- viii. Armazenamento de medicamentos fora do prazo de validade

Todas as sessões tiveram lugar na Universidade de Évora, numa sala previamente requisitada e preparada. Relativamente ao tempo de duração médio das sessões, este foi de aproximadamente 90 minutos.

5.2 Constituição dos Grupos Focais

O **Quadro 5.1** identifica os participantes que contribuíram para cada grupo focal. São apresentadas as siglas respetivas a cada um bem como, as funções que desempenham ou desempenharam.

Quadro 5.1- Identificação dos participantes de cada grupo focal.

Grupo Focal: Profissionais de Saúde	Grupo Focal: Proxies	Grupo Focal: Idosos
AC- Enfermeira na equipa de cuidados domiciliários dos cuidados continuados	CN- Filho cuidador	DM- Aposentada: Auxiliar num consultório médico
CP- Assistente Social e Presidente de Junta de Freguesia	FF- Neto cuidador	JC- Aposentado: Técnico optometrista
CS- Psicóloga Clínica	MR- Neta cuidadora	MB- Aposentada: Professora de trabalhos manuais
HS- Médico de Medicina Geral e Familiar	RF- Funcionária de um lar de idosos	PA- Aposentado: Presidente de Junta de Freguesia
TM- Farmacêutica Comunitária	TL- Equipa de apoio domiciliário de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)	LB- Aposentada: Empregada de escritório

5.3 Descrição dos Grupos Focais

5.3.1 Grupo Focal: Profissionais de Saúde

O gráfico da **Figura 5.1** representa os contributos de cada participante do grupo focal constituído pelos profissionais de saúde durante a sessão. Pode verificar-se que o participante AC efetuou 14 afirmações correspondendo a 43,75% do total, sendo o profissional de saúde que mais contribuiu para a discussão. Seguiram-se os participantes TM com um total de 8 afirmações (25%) e o participante HS com 5 afirmações (15,63%). Os participantes CS e CP apresentaram o mesmo número de afirmações (duas cada) (6,25%). Por último, todos os participantes realizaram 1 afirmação em conjunto, em jeito de conclusão (3,13%).

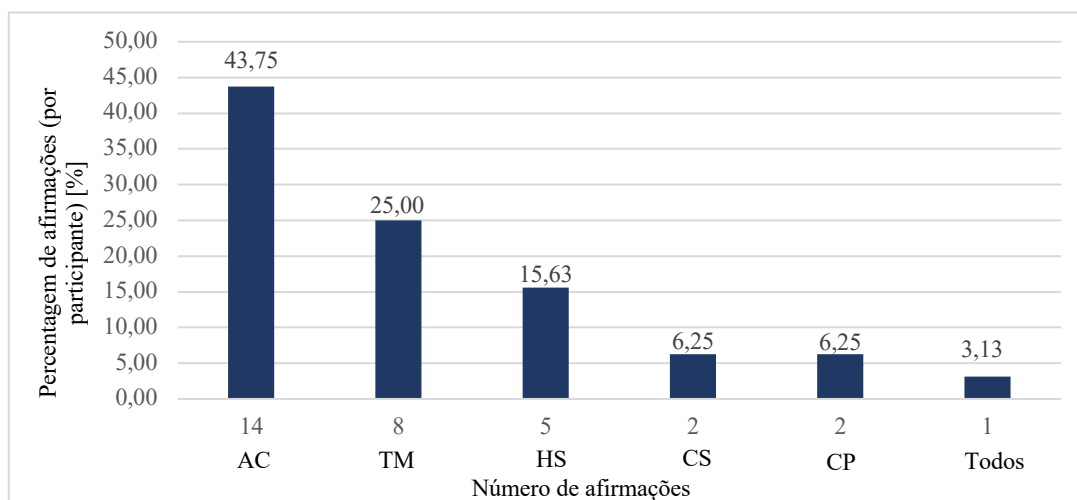


Figura 5.1- Gráfico correspondente às afirmações de cada participante do grupo focal dos profissionais de saúde.

5.3.2 Grupo Focal: *Proxies*

O gráfico da **Figura 5.2** representa os contributos de cada participante do grupo focal constituído pelos *proxies* durante a sessão. De acordo com este gráfico, o participante RF efetuou 10 afirmações correspondendo a 28,57%, sendo o indivíduo que mais contribuiu para a discussão. Tanto o participante TL e MR apresentaram o mesmo número de afirmações, 7 no total (20%). Seguiu-se o participante CN que efetuou 5 afirmações (14,29%). O participante FF efetuou 4 afirmações (11,43%). Por último, todos os participantes realizaram 1 afirmação em conjunto, em jeito de conclusão (2,86%).

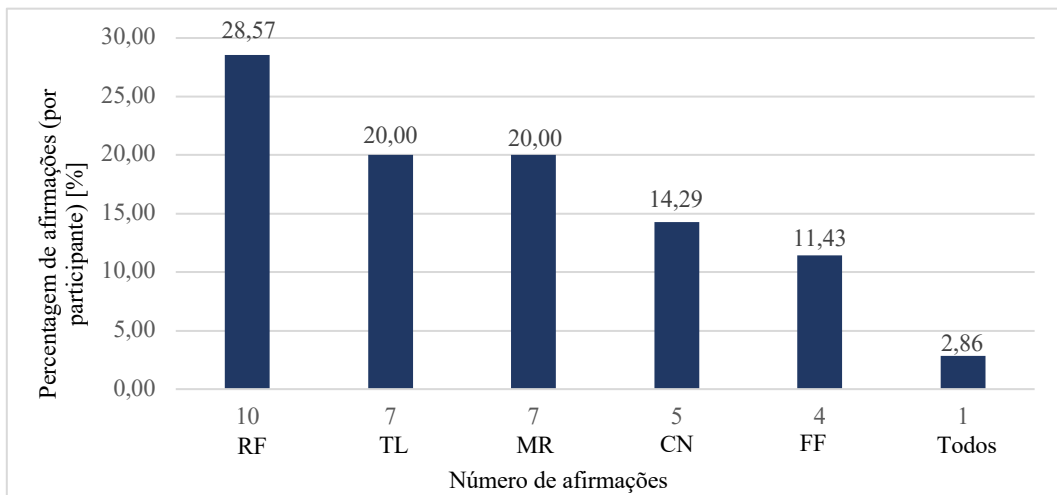


Figura 5.2- Gráfico correspondente às afirmações de cada participante do grupo focal dos *proxies*.

5.3.3 Grupo Focal: Idosos

O gráfico da **Figura 5.3** representa os contributos de cada participante do grupo focal constituído pelos idosos (indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos) durante a sessão. De acordo com este gráfico, o participante LB efetuou 11 afirmações correspondendo a 28,21%, sendo o indivíduo que mais contribuiu para a discussão. Seguiu-se o participante JC com um total de 10 afirmações (14,29%). O participante MB efetuou 7 afirmações (11,43%), o participante PA contribuiu com 6 afirmações (15,38%) e o DM com 4 afirmações (10,26%). Por último, todos os participantes realizaram 1 afirmação em conjunto, em jeito de conclusão (2,56%).

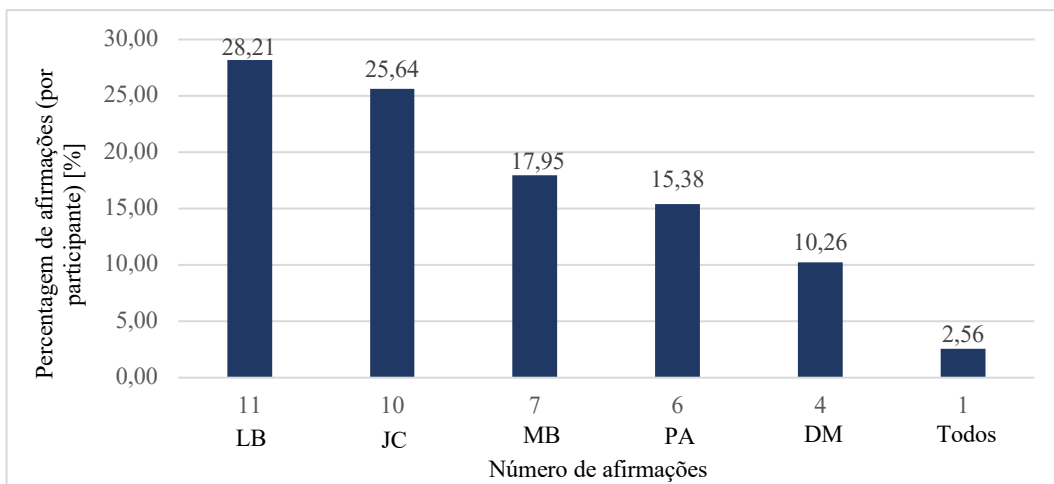


Figura 5.3- Gráfico correspondente às afirmações de cada participante do grupo focal dos idosos.

5.4 Descrição do Consenso

Neste ponto, os resultados apresentados referem-se às experiências e vivências de cada participante dos respetivos grupos focais, sobre cada tópico discutido.

5.4.1 Grupo Focal: Profissionais de Saúde

i. Identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento (ex. marca e genérico)

Todos os profissionais de saúde concordaram que as diferenças que se encontram nas embalagens de medicamentos com a mesma substância ativa, mas que possuem nome diferente, cores diferentes e aspeto completamente distinto, representam uma maior dificuldade ou a identificação incorreta dos medicamentos que são muito semelhantes, distinguindo-se apenas pela marca original e medicamento genérico. Os profissionais de saúde deparam-se com situações semelhantes durante o seu dia-a-dia.

TM: “Isto é um problema com que nos deparamos todos os dias ao balcão da farmácia. Tentamos não variar de acordo com aquilo que é a memória visual do utente. Temos o utente que nos diz prontamente que não quer e depois também temos a situação de um utente estar a tomar o mesmo medicamento (marca e genérico) e está a ocorrer uma duplicação da terapêutica.”

AC: “Reconheço que existem muitos idosos que tomam os medicamentos que vão inseridos dentro da PIM (Preparação Individualizada da Medicação), adicionando a estes outros medicamentos de caixas que têm espalhadas pela casa, sem se aperceberem que podem estar a tomar a mesma medicação.”

Para além da dificuldade na identificação de embalagens do mesmo medicamento, os profissionais de saúde lembraram que ainda existe a perceção de que medicamentos de marca e genéricos não são exatamente a mesma coisa, salientando que existe uma forte tendência para considerar que os medicamentos de marca possuem um efeito superior face aos medicamentos genéricos.

AC: *“E em muitos casos nem querem os genéricos. Uma das coisas que temos feito para minimizar esta situação é deixar uma folha com toda a terapêutica em cada utente que acompanhamos, e na folha escrever o nome da substância ativa e o nome comercial do medicamento em colunas separadas. Depois explica-se que o nome que pode mudar é o nome comercial, mas que a substância ativa se mantém. Ensinamos as pessoas a interpretar o regime terapêutico.”*

HS: *“Na maior parte das vezes são os doentes que dizem em consultório que só querem o medicamento de marca. Aí é a parte em que nós entramos e vincamos toda a informação e educação sobre a diferença entre medicamentos de marca e genéricos.”*

ii. Identificação de embalagens de medicamentos diferentes, mas que possuem aspeto semelhante

Todos os profissionais de saúde mencionaram que a semelhança entre as várias embalagens representa uma das principais dificuldades na identificação dos medicamentos. As cores semelhantes, a descrição dos nomes e as informações que constam na embalagem são características que confundem os idosos.

A situação torna-se ainda mais preocupante quando comparamos medicamentos diferentes, mas do mesmo laboratório, em que apenas surgem alteradas informações farmacêuticas, como é o caso do nome da substância ativa.

iii e iv. Abertura de caixas/frascos dos medicamentos e remoção dos comprimidos do blister

De acordo com a discussão à volta destes tópicos, ficou bastante claro que todos os profissionais de saúde concordaram que são mais uma das tarefas que constituem uma barreira à autogestão da medicação pela população idosa.

TM: *“Há utentes que não tomam porque simplesmente não conseguem abrir.”*

AC: *“É bastante difícil. Até em alguns casos, na PIM é difícil.”*

Os profissionais de saúde não se limitaram a discutir a dificuldade de abrir caixas/frascos de medicamentos que devem ser administrados por via oral, passando também pela complexidade de outras vias de administração, como é o caso da via inalatória.

HS: *“Quando falamos em dispositivos inalatórios, a situação também é bastante complicada. Quando o doente tem de colocar o comprimido no dispositivo antes de fazer a inalação, por exemplo. Nem sempre ensinamos a técnica correta de administração de um dispositivo inalatório porque tudo depende do tempo que temos em consulta. Por norma tento explicar, nas primeiras vezes explico sempre. Nas próximas vezes peço que exemplifique.”*

Quando não existe um momento para a explicação da utilização de uma determinada terapêutica em consultório médico, os idosos consideram a ida à farmácia comunitária como uma oportunidade para esclarecimento de todas as suas dúvidas, preocupações e desconfianças.

TM: *“Sinto que os utentes chegam à farmácia com muitas dúvidas vindas do consultório médico. Acho que não há abertura para as fazerem. No balcão abro as caixas dos medicamentos para explicar à pessoa a forma de manusear, saber como é a abertura da caixa, bem como a sua utilização.”*

AC: *“Muitas vezes essas dúvidas não existem no momento, apenas surgem no momento da administração, começando logo pela forma de abrir as caixas.”*

Existem outros pontos de proximidade a que a população recorre no caso de surgirem certas dificuldades na utilização dos medicamentos. São-lhes apresentadas soluções para os seus problemas e sobretudo reforçada a confiança nos apoios prestados para eventuais situações semelhantes.

CP: *“As pessoas recorrem muito à Junta de Freguesia nestas questões, por ser apoio e proximidade.”*

v. Necessidade de partir os comprimidos e ficarem em proporções iguais

Representa mais um problema na autogestão da medicação pela população idosa e todos os profissionais de saúde relataram experiências que demonstraram que a observação desta tarefa é imprescindível, tornando-se evidente a sua importância.

Quando foi lançando este tópico para discussão, os profissionais de saúde debateram sobre o assunto e concluíram que para além de existir dificuldade em partir os comprimidos em partes iguais, importa primeiramente entender se a população idosa tem conhecimento acerca de os comprimidos poderem ou não ser partidos.

AC: “Primeiro que tudo, importa perceber se os idosos sabem quais são os comprimidos que se podem partir. Isto é uma prática habitual, ou porque não precisam do comprimido inteiro porque têm uma dor mais fraca, ou porque os valores da glicémia estão controlados e não precisam de tomar o medicamento inteiro, acham eles ... ou porque fica mais barato ou ainda existe a dificuldade em tomar um inteiro.”

TM: “Neste caso, quando existem medicamentos de libertação modificada, esta necessidade de partir os comprimidos altera toda esta questão.”

AC: “Eu acredito que o médico refere em ambiente de consulta que existem alguns medicamentos que não devem ser partidos, mas no meio de toda a informação, o utente esquece-se. Nos medicamentos que podem ser partidos, é difícil cortar pelo risco certo.”

HS: “Em consulta, o utente não expõe estas dúvidas. No entanto, acho que parte do médico que está a prescrever que esclareça esta informação ao doente e se quer que o doente faça uma dosagem de 2,5mg, passe na receita mesmo 2,5mg e não 5mg para facilitar este processo a um indivíduo que é idoso.”

vi. Leitura do folheto informativo

Relativamente a este tópico, os profissionais de saúde consideram que é fundamental educar os idosos quanto à leitura do folheto informativo. Dessa forma, conseguem manter a confiança de que o medicamento que estão a tomar é eficaz, efetivo e seguro.

TM: *“Eu acho que o essencial é os profissionais de saúde transmitirem o máximo de informação possível e adequá-la dependendo do utente que se encontra à nossa frente.”*

AC: *“A importância de alertar para reações adversas não é igual em todos os fármacos. Por exemplo, a toma de antidepressivos demora algum tempo a fazer o efeito desejado e, por essa razão, deixam de o tomar.”*

Durante a discussão, foi lembrado que a psicoeducação pode ser um processo utilizado neste sentido de educar e ajudar a população idosa a saber conviver com as suas doenças e com a sua medicação.

CS: *“Aqui é onde entra a psicoeducação. Educar os idosos para estas questões, naquela informação que devem ser seletivos e noutra dar mais atenção, para que quando isto aconteça, não deixem de tomar a medicação só porque não está a fazer o efeito desejado, ou porque leram uma quantidade de reações adversas possíveis no folheto informativo.”*

vii. Local de armazenamento da medicação

Os profissionais de saúde consideram que existe uma desvalorização por parte da população idosa em relação ao local ideal de armazenamento da medicação. A medicação é armazenada tendo em conta os locais estratégicos de memorização para a sua toma, deixando de parte algumas considerações importantes, como é o caso das condições de temperatura e humidade.

AC: *“O problema maior passa-se com os comprimidos e com os xaropes. A pessoa junta toda a medicação de todos os habitantes da casa numa única gaveta, não separam. Para além disso não separam a medicação que estão a fazer no momento daquela que já tomaram, mas que, entretanto, já deixaram por algumas razões.”*

AC: *“Se existe um familiar que deixa a medicação preparada para o dia num copo, com todos os medicamentos já fora do blister (porque o idoso não consegue retirar do blister) expostos a todas as condições. Esta questão do local de armazenamento é muito desvalorizada.”*

HS: *“Ou então se o casal toma o mesmo medicamento e partilha a mesma caixa que fica colocada num local que é estratégico de lembrança para o homem, mas não é para a mulher, por exemplo.”*

viii. Armazenamento de medicamentos fora do prazo de validade

De acordo com os exemplos experienciados e relatados durante a discussão, os profissionais de saúde acreditam que não existe uma preocupação no que diz respeito ao prazo de validade dos medicamentos. Não existe uma atenção especial para os medicamentos que já estão guardados há algum tempo e, se porventura existir a necessidade da sua toma, o idoso irá realizá-la sem qualquer precaução.

AC: *“A maior parte dos idosos não tem por hábito ver se os medicamentos ainda estão dentro da validade. Como eles dizem <não vou estar a deitar dinheiro à rua, se ainda tenho comprimidos na caixa, vou tomar>.”*

TM: *“Esta é mais uma situação que surge ao balcão da farmácia. Os idosos chegam com caixas de medicamentos que já tomaram numa situação aguda (dores fortes, constipações, obstipação) e questionam se podem voltar a tomar. É aí que nós reparamos que aquele medicamento já passou há muito tempo do prazo de validade. O idoso não toma atenção a essa questão.”*

Os profissionais de saúde colaboraram através das suas experiências e exemplos discutidos, conseguindo transmitir a importância da investigação dos vários tópicos que podem constituir dificuldades no que respeita à autogestão da medicação pelos idosos. Os profissionais de saúde identificaram ainda outros pontos igualmente relevantes neste processo. Sendo assim, conseguiram reunir-se mais quatro tópicos que poderão ser utilizados futuramente em conjunto com os já existentes, de forma a enriquecer a componente observacional do estudo posterior.

Nesse sentido, os tópicos introduzidos foram:

ix. Identificação da pessoa que faz a gestão da medicação na casa do idoso

É através deste conhecimento que se consegue educar e capacitar o indivíduo no que diz respeito a todas as dificuldades inerentes à autogestão da medicação pela população idosa.

AC: “Uma coisa é a pessoa que vai à farmácia comprar a medicação e outra é aquela que é a responsável pela preparação e gestão da medicação. É essa a pessoa que tem de ser capacitada e ensinada. Mesmo quando é um casal de idosos, normalmente há sempre um que é o responsável pela gestão da medicação. Nós incentivamos a que a preparação da medicação seja feita apenas uma vez por semana e ensinamos a pessoa que fica responsável por essa gestão da medicação, fazemos com ela nas primeiras vezes, mas muitas vezes não existe essa pessoa. Nesses casos, recorremos ao serviço da PIM realizado nas farmácias.”

x. Identificação da utilização correta da via de administração

A via de administração mais frequente é a via oral. No entanto, podem existir tratamentos que devem ser realizados por outras vias de administração, não estando os idosos tão familiarizados com as mesmas. Nesse sentido, importa realçar, se existiu uma compreensão plena por parte do idoso, sobre a via de administração correta.

TM: *“Já me aconteceu, perceber que um utente estava a tomar o comprimido que era para ser colocado no dispositivo inalatório. No entanto, a pessoa não tem de saber como utilizar, mas tem de lhe ser bem explicado para que não aconteçam estes erros. O médico ajuda nesta questão porque, na maior parte dos casos, escreve na prescrição médica: gotas para beber, gotas para os ouvidos, ou seja, especifica qual o local de administração.”*

AC: *“Esta questão é bastante importante. Perceber se o utente fica claro sobre a via de administração.”*

xi. Identificação da metodologia de renovação de receituário

Podem existir várias estratégias que os idosos utilizam de forma a não deixarem que a sua medicação acabe e procedam ao pedido de renovação de receituário. Contudo, importa primeiramente identificar se os idosos estão alertas para esta questão, evitando assim uma não adesão não intencional à medicação, devido ao esquecimento de renovação de receituário.

AC: *“Identificar como é que a pessoa percebe quando deve renovar o receituário. Tem um calendário onde aponta?”*

HS: *“Eu marco consulta de 6 em 6 meses com os meus doentes e é nesse momento que lhes renovo as prescrições da medicação. Muitos dos que pedem antes, têm receitas por aviar, ou porque não sabem da receita, ou porque não sabem que ainda têm medicamentos na receita.”*

xii. Identificação da prevalência de automedicação

Verificar a existência desta tendência e se existir uma confirmação, perceber se o médico tem conhecimento dos outros medicamentos que o idoso se encontra a tomar.

5.4.2 Grupo Focal: *Proxies*

i. Identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento (ex. marca e genérico)

A discussão sobre este tópico culminou novamente na desconfiança que os idosos sentem pelos medicamentos genéricos face aos medicamentos de marca, ou vice-versa. Existe efetivamente uma crença em relação à eficácia, efetividade e segurança de determinados medicamentos.

RF: *“Isto é um problema. Nós tentamos explicar ao idoso que os medicamentos são iguais e eles têm bastante dificuldade em perceber. Aham que a “marca branca” não é tão boa quanto o medicamento original.”*

FF: *“No caso da minha avó é totalmente o contrário, a minha avó prefere medicamentos genéricos em vez da própria marca. Acha que o Ben-u-ron® não lhe faz nada, só o paracetamol.”*

RF: *“Por exemplo, na PIM de cada idoso pode já vir incluído no esquema terapêutico um comprimido de paracetamol, mas no momento a seguir se lhe dói a cabeça ele vai pedir um Ben-u-ron® porque não sabe que o que tomou era o mesmo medicamento.”*

CN: *“No caso da minha mãe, também se mudar a embalagem do medicamento que ela costuma fazer, é difícil ela tomar.”*

Para além da desconfiança sentida sobre a eficácia, efetividade e segurança de determinados medicamentos, os participantes concluíram que podem existir outras dificuldades extrínsecas ao idoso e que comprometem a identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento.

TL: *“Alguns idosos não sabem ler e acabam por ter essa dificuldade na identificação.”*

ii. Identificação de embalagens de medicamentos diferentes, mas que possuem aspeto semelhante

Em relação à discussão deste tópico existem duas opiniões distintas. Alguns participantes relataram que os idosos não sentem qualquer problema na identificação de embalagens que possuem o mesmo aspeto, apesar de não serem o mesmo medicamento. Esta afirmação está relacionada com o facto de os idosos identificarem os comprimidos pelo seu formato e pela sua cor e não propriamente pelas embalagens. Se existe uma mudança nessas características, irá ocorrer uma suspeita em relação ao medicamento que irá tomar.

RF: *“No lar, os idosos identificam o medicamento pela forma e pela cor do comprimido. Se o comprimido não tem essas características no próximo dia, eles acham que não é o mesmo medicamento e recusam-se a tomar. Quando se recusam a tomar, nos idosos que têm demência ou dificuldade na deglutição, trituramos a medicação em algo que eles gostem, numa fruta passada, num iogurte. Nos idosos que ainda estão bem, tentamos reforçar a ideia e explicar que é o mesmo medicamento, só que só mudou a cor ou a forma do comprimido. No dia seguinte acabamos por ter de explicar na mesma.*”

RF: *“No lar, os idosos desconfiam da medicação que não é igual porque têm medo de estar a tomar outra medicação que não a deles. Isto é pior quando os idosos estão bem, conscientes porque vão contra a nossa palavra e questionam bastante.”*

Por outro lado, temos uma opinião contraditória que se prende com o facto da população idosa não saber ler e por essa razão, acabar por identificar as embalagens dos medicamentos pelo seu aspeto no geral. Quando existem embalagens de medicamentos diferentes, mas que são muito semelhantes, esta questão torna-se problemática.

MR: *“A minha avó não sabe ler, então identifica pelo formato da embalagem e pela cor. Se lá estiver uma caixa diferente do habitual, mas que possui o mesmo aspeto, não irá existir qualquer desconfiança. Por esta razão é que tenho de ser eu a ajudá-la a gerir a medicação, porque caso contrário, ela iria tomar qualquer medicamento que lhe parecesse idêntico.”*

iii. Abertura de caixas/frascos dos medicamentos

De acordo com as suas experiências enquanto cuidadores, todos os participantes concordaram que esta é realmente uma das funções em que os idosos demonstram ter bastantes dificuldades. Na maioria, o resultado acaba por ser um pedido de ajuda para que não deixem de tomar a medicação. Contudo, existem casos em que não existe essa solicitação, porque a sensação de dependência traduz-se muitas vezes em frustração.

TL: *“Quando vou ajudar, existem alguns medicamentos que nem eu própria consigo abrir, quanto mais uma pessoa idosa.”*

RF: *“Por exemplo, as ampolas de ferro bebíveis são muito fáceis de abrir para nós, mas para um idoso é muito difícil. Eles tentam abrir o medicamento e este é automaticamente desperdiçado. Quando não conseguem abrir, acham que a toma não é assim tão importante e não pedem ajuda para não chatear. Não querem estar dependentes de ninguém.”*

MR: *“O meu avô também tem uns medicamentos que é impensável que ele consiga abrir as caixas. É necessário alguma agilidade e força que ele já não tem.”*

iv. Remoção dos comprimidos do blister

O próprio formato do blister, por ser resistente em conjunto com a destreza manual que vai ficando progressivamente afetada à medida que o indivíduo envelhece, são características que funcionam como um obstáculo a esta tarefa.

MR: *“A minha avó tem muita dificuldade neste aspeto. Nalguns casos, os compartimentos dos comprimidos quando estão inseridos no blister são muito pequenos, o blister é duro, e ela treme muito. Tenho que lhe deixar os comprimidos já retirados do blister, porque se não for dessa forma, ela não irá tomar a medicação.”*

v. Necessidade de partir os comprimidos e ficarem em proporções iguais

Neste ponto é necessário ajustar algumas alterações no que diz respeito aos medicamentos que não podem ser partidos. Existem situações em que se torna inevitável não o fazer, uma vez que existem idosos com muitas dificuldades na deglutição e a necessidade de partir o comprimido é a única forma de não interromper a toma da medicação.

RF: *“No caso dos idosos que não conseguem deglutir, temos que abrir as cápsulas e dar só o pó, mesmo por indicação médica, porque de outra forma não conseguiam tomar.”*

MR: *“O meu avô tomava umas cápsulas que tinham um líquido lá dentro. Um dia vi-o a tentar partir as cápsulas, porque não as conseguia engolir por inteiro. No entanto, a coordenação manual impedia-o de fazer este processo corretamente. Todo o líquido que estava dentro da cápsula derramava. Assim, desperdiçou várias cápsulas.”*

Para além do que já foi referido, importa destacar mais um exemplo relatado pelos participantes, no que diz respeito às crenças/sentimentos relativamente às doses, sobretudo relacionado com a divisão das duas metades dos comprimidos.

CN: *“No caso da minha mãe, ela desperdiça o medicamento quando o comprimido fica mal partido. Toma a melhor metade e despreza o resto.”*

FF: *“Ouço a minha avó a dizer: hoje a outra metade não ficou tão boa, vai para o lixo.”*

vi. Leitura do folheto informativo

Os participantes concordaram que não existe um interesse por parte do idoso em ler o folheto informativo. Seja por não perceberem o que está descrito ou por ficarem alarmados e preocupados com tanta informação sobre um determinado medicamento, nomeadamente no que se refere ao risco de reações adversas.

RF: *“Acho que também não existe uma necessidade da parte do idoso em ler o folheto informativo. Eles só querem saber a finalidade de cada medicamento e isso é uma informação que é logo dada pelo médico. Tendo como exemplo prático a utilização de antidepressivos, existem algumas reações adversas que são notadas logo ao início, mas que costuma ser habitual. Os idosos querem logo deixar de tomar e não procuram uma informação em relação ao que está a acontecer.”*

FF: *“Mesmo que exista alguma reação adversa ao medicamento, acabam por não fazer essa associação, ou seja, estar relacionado com o medicamento e, por essa razão não se preocupam em tirar as dúvidas através da leitura do folheto informativo.”*

MR: *“O meu avô não lê o folheto informativo porque fica muito assustado com a informação que está presente.”*

CN: *“A minha mãe diz: é melhor não ler o folheto informativo, porque se o for ler já não tomo o medicamento.”*

vii. Local de armazenamento da medicação

De acordo com as experiências apresentadas pelos participantes, foi possível perceber que os idosos armazenam a sua medicação em locais estratégicos para não se esquecerem da toma. Para esse efeito, a sala e a cozinha são os espaços da casa preferidos pela população idosa.

CN: *“No caso da minha mãe tem que ser num ponto estratégico para não se esquecer, em cima de um móvel na sala.”*

MR: *“A minha avó tem os medicamentos guardados na caixa semanal, que tem que estar num ponto bem visível, em cima da mesa da cozinha.”*

FF: *“Os meus avós guardam em cima do microondas na cozinha, os outros medicamentos que não estão em utilização estão guardados em gavetas.”*

Contudo, permanece a opinião da desvalorização dos idosos face às condições de temperatura e humidade a que os medicamentos estão sujeitos, comprometendo a sua estabilidade.

FF: *“Quando o meu avô vai buscar os medicamentos à farmácia durante o verão, não vai logo para casa arrumá-los, deixando-os muitas horas ao sol dentro do carro. Já foi alertado várias vezes para esta questão, mas continua a fazer o mesmo, achando que não existe qualquer problema.”*

viii. Armazenamento de medicamentos fora do prazo de validade

Os participantes acreditam que este é mais um tópico em que a população idosa não presta uma especial atenção. Isto acontece tanto em idosos que não sabem ler, como em idosos que não têm um acompanhamento durante este processo complexo, que é a gestão da medicação ou ainda porque não estão despertos acerca da sua importância.

MR: *“No caso da minha avó, somos nós que temos que controlar os prazos de validade dos medicamentos porque ela não sabe ler.”*

TL: *“Há muitos idosos a tomarem medicação fora da validade. Alguns não têm como se deslocar à farmácia para comprar novos medicamentos e os familiares também não se apercebem quando devem ir novamente à farmácia.”*

RF: *“A medicação que tomam regularmente, a validade nunca acaba. No entanto, medicação que fazem apenas para uma dor no momento ou uma gripe, esses acabam por ficar de parte e estão mais sujeitos ao término de validade. Quando têm de tomar novamente, sabem que ainda os têm guardados, tomam e não verificam nada.”*

No final da sessão, os participantes consideraram que todos os tópicos discutidos são extremamente importantes de serem observados, nomeadamente em idosos que necessitam de apoio domiciliário e estão sozinhos nas suas casas. Verificou-se um consenso final entre os participantes relativamente à falta de apoio a que a população idosa pode estar sujeita, sendo essa uma das maiores causas para as dificuldades sentidas na autogestão da medicação. Para além dos tópicos discutidos, os participantes pretenderam adicionar mais uma observação pertinente, podendo auxiliar na investigação futura.

Nesse sentido, o tópico introduzido foi:

xiii. Identificação de sinais de ocultação da toma da medicação

Sabe-se que existem idosos que entendem que a toma da medicação é algo imprescindível e sem a qual não conseguem controlar as suas doenças. Contudo, existem outros que acreditam que os medicamentos não são um bem maior, sendo a sua toma de difícil aceitação.

TL: *“Quando não tomam a medicação estão mais nervosos, agressivos. Encontramos comprimidos espalhados pelas camas ou enrolados em papéis.”*

RF: *“Encontram-se muitas vezes comprimidos escondidos nos bolsos.”*

5.4.3 Grupo Focal: Idosos

i. Identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento (ex. marca e genérico)

Os participantes deste último grupo focal apresentaram uma opinião diferente relativamente a este tópico. Uma vez que são os indivíduos que mais têm contacto com a medicação, relataram as suas experiências e exemplos, tendo em conta as suas rotinas. Nesse sentido, demonstraram que não sentem quaisquer dificuldades na identificação de embalagens do mesmo medicamento, sendo essa distinção feita de acordo com o princípio ativo do medicamento. Contudo, se existir alguma dificuldade neste sentido, divulgaram as suas estratégias para a ultrapassar. Além disso, manifestaram a sua total confiança em medicamentos genéricos.

JC: *“Eu identifico sempre pelo princípio ativo, por aí consigo sempre perceber a diferença. Eu até prefiro os genéricos porque são mais baratos. De qualquer das maneiras se a caixa tiver o mesmo princípio ativo e a mesma dosagem, qual é o problema?”*

JC: *“Já no caso da minha sogra é diferente, só toma o mesmo medicamento se a caixa for igual. Toma só medicamentos da marca original e acha que os genéricos são inventados.”*

LB: *“Eu também tomo os genéricos, são mais baratos. Desde que façam o mesmo efeito.”*

PA: *“A minha ajuda para identificar diferentes caixas, mas que são exatamente o mesmo medicamento é na farmácia, explicam-me sempre tudo.”*

MB: *“Eu sempre tive esta lista de todos os medicamentos que tomo [mostra uma lista de medicamentos escritos num papel]. Esta lista está sempre em cima da mesa das refeições, juntamente com a caixa semanal da medicação. Assim, se tenho dúvida na identificação de embalagens diferentes do medicamento, vou consultar esta lista e perceber se o princípio ativo é o mesmo, se for, estou descansada.”*

ii. Identificação de embalagens de medicamentos diferentes, mas que possuem aspeto semelhante

Novamente, os participantes salientaram que este é mais um problema na autogestão da medicação pela população idosa, mas que não os afeta. Constataram que por já estarem tão habituados e familiarizados com a medicação que tomam há muitos anos é que não têm estas dificuldades. No entanto, consideram que, para alguns idosos a identificação de embalagens de medicamentos diferentes não é algo tão compreensível.

DM: *“Eu não tenho problema nenhum em mudar de embalagem de medicamento e não tenho dificuldade na identificação.”*

LB: *“Eu já sei o que tomar e não tomar, já sou médica de mim mesma.”*

PA: *“Eu sou muito aderente à medicação, mesmo que a embalagem do medicamento tenha de mudar, tiro as dúvidas na farmácia e continuo a tomar. Tive um susto grande com um enfarte por já ter deixado de tomar a medicação.”*

JC: *“Isto quer dizer que nós estamos muito habituados a tomar medicação e por estarmos tão familiarizados, já não temos dificuldade nesta questão. No entanto, para pessoas que são iletradas é bastante difícil. Sou eu que tenho de preparar toda a medicação à minha mulher, porque ela tem bastantes dificuldades neste sentido.”*

LB: *“Tenho amigos meus em que os familiares têm que ir preparar a caixa da medicação semanal, porque eles próprios têm bastante dificuldade na identificação das embalagens dos medicamentos.”*

iii. Abertura de caixas/frascos dos medicamentos

Em comparação com os dois primeiros tópicos discutidos, os participantes reportaram algumas dificuldades nesta tarefa. Necessitam de recorrer a outras técnicas para abrir caixas/frascos dos medicamentos, visto que não conseguem fazê-lo sem apoio. Mesmo que para isso tenham de pedir ajuda, não deixam de tomar a medicação.

MB: *“Tenho que recorrer ao xizato quando não consigo abrir.”*

LB: *“Existem alguns que têm de ser carregados para baixo, rodar e depois é que abrem. Esses para mim são uma complicação.”*

MB: *“Esses para mim são logo postos de parte. Eu não consigo abrir essas caixas apenas com as minhas mãos. Muitas vezes espero pela empregada e peço-lhe ajuda ou então vou à farmácia quando ela não está. O importante é não deixar de tomar.”*

iv. Remoção dos comprimidos do blister

Os participantes queixaram-se muito das características do blister, por ter um material duro e resistente, o que impossibilita a retirada dos comprimidos dos seus compartimentos, sem apoio. A maioria dos participantes relatou dificuldades neste processo. Para isso, recorrem a outros utensílios como forma de auxílio.

LB: *“Eu tenho uns comprimidos que são bastante difíceis de retirar. Para tirar o comprimido lá de dentro tenho que ir com o biquinho da faca, dou-me lindamente a fazer assim, porque não consigo tirar apenas com o dedo. O blister é muito grosso, é impossível.”*

MB: *“Eu recorro à tesoura.”*

DM: *“Eu também faço com uma tesoura pequenina.”*

JC: *“Há alguns que são bastante complicados, mas eu tento resolver sempre a situação.”*

LB: *“Quando não consigo nem retirar os comprimidos do blister com o bico da faca, vou logo pedir ajuda ao meu vizinho da frente. Viver sozinha é uma situação muito complexa, não temos ninguém que nos ajude logo no momento.”*

v. Necessidade de partir os comprimidos e ficarem em proporções iguais

Todos os participantes concordaram que existe muita dificuldade na divisão de comprimidos, mesmo quando estes apresentam a ranhura certa que indica o local de partição. As duas metades acabam sempre por ficarem desiguais.

JC: *“Oh, isso é muito complicado. Eu tomo um medicamento genérico que tenho mesmo de partir. Mesmo tendo a divisória no comprimido, por vezes não parte nessa ranhura certa, as metades ficam sempre diferentes uma da outra.”*

LB: *“Eu divido o comprimido quando sinto que não preciso de tomar o medicamento na totalidade. Quando só tenho uma dor de cabeça leve, parto o Ben-u-ron® 1000 mg ao meio.”*

Ainda assim, os participantes sentiram confiança durante a sessão para exporem as suas dúvidas em relação a esta questão.

JC: *“Já que estamos a falar sobre isto, tenho uma dúvida que quero colocar. Quando temos um comprimido que não tem divisória, mas que é necessário partir esse mesmo comprimido, ambas as metades ficam com igual quantidade do medicamento? O medicamento nem é direito, é concavo. Eu tenho que tentar encontrar o meio para cortar com o xizato.”*

A dúvida do participante ficou esclarecida.

Por existir tanta confusão em relação a este tópico, um participante mostrou o equipamento que utiliza quando não consegue partir os comprimidos. A demonstração foi extremamente útil para todos os outros participantes que demonstraram dificuldades.

MB: *“Eu tenho aqui uma caixinha [mostra equipamento para divisão dos comprimidos] que me deram numa farmácia. Quando tenho essa necessidade, é esta caixa que utilizo e não tenho qualquer dificuldade. Mesmo os comprimidos que têm ranhura, eu coloco-os aqui.”*

vi. Leitura do folheto informativo

Os participantes dos grupos focais anteriores concordaram que a população idosa deve ser educada no sentido de perceber qual a informação que deve reter quando lê um folheto informativo. Neste grupo focal conseguiu observar-se quais são as experiências dos idosos em relação a esta tarefa. Concluiu-se que existem idosos que ficam assustados e preocupados, enquanto outros conseguem selecionar e interpretar a informação importante.

LB: *“Eu nem leio. Fico muito, muito assustada. Mas depois penso assim: tenho de tomar os medicamentos na mesma, se morrer, morri. Eu tenho um medo horrível daquela informação toda. Tenho muito medo das reações adversas que estão descritas. Tive uma reação adversa a um antidepressivo, deixei de tomar imediatamente o medicamento e só na consulta seguinte é que informei o meu médico. Quando tenho alguma reação a um medicamento, vou ler sempre ao folheto informativo para perceber se está associado.”*

LB: *“Eu fico muito satisfeita quando mudo de medicação, vou ler o folheto informativo e não sinto nenhuma reação adversa daquelas que lá estão descritas. Mas quando tenho algum efeito, ponho logo esse medicamento de parte. Quando começo a tomar um medicamento novo e tenho de o tomar ao deitar, fico muito assustada e com desconfiança de que algo de mal pode acontecer.”*

JC: *“Nós temos é que ser muito seletivos nestas coisas. Não existe um único medicamento que não tenha reações adversas associadas. Eu leio sempre, mas a informação não me afeta.”*

DM: *“Eu leio o folheto informativo, mas não levo a informação a fundo. Consigo perceber que existem situações diferentes para pessoas diferentes quando estão a utilizar um determinado medicamento.”*

Um idoso que já realiza uma medicação crónica há muitos anos, afirma que não se preocupa em ler o folheto informativo, porque já está bastante habituado aos medicamentos.

PA: *“Como tomo a mesma medicação há uns anos, não me preocupo em ler a bula, já estou muito habituado.”*

No final da discussão, todos os participantes chegaram a um consenso de que a linguagem que aparece no folheto informativo é difícil de interpretar, seja qual for o nível de literacia do indivíduo. Uma das principais dificuldades está relacionada com a terminologia científica, cujo significado é desconhecido.

JC: *“Para pessoas que não sabem ler, esta tarefa torna-se complicada. Mesmo para algumas pessoas que sabem ler, existem palavras que não são nada fáceis. Eu quando tenho dúvidas sobre qualquer palavra, vou ao dicionário e fico esclarecido.”*

DM: *“Existem muitas palavras que não sei o significado, tenho que pedir ajuda à minha filha.”*

vii. Local de armazenamento da medicação

Os participantes reportaram os locais onde armazenam a medicação, como sendo locais estratégicos de forma a não se esquecerem da sua toma, mas também de fácil acesso. Todos os participantes manifestaram o seu conhecimento acerca da diferença entre os medicamentos que estão a utilizar no momento e os que só são utilizados em situações pontuais, existindo para alguns locais diferentes de armazenamento.

LB: *“Eu guardo numa estante e é lá que tenho toda a medicação. A que estou a utilizar no momento e aquela que só preciso em determinadas situações.”*

JC: *“Os medicamentos que tomo habitualmente estão guardados na casa de banho. Os outros que só faço em determinadas situações estão guardados na cozinha.”*

PA: *“Eu nunca tenho muita medicação guardada em casa, só mesmo os que estou a fazer naquele momento. Quando vou à farmácia não compro muitas caixas de medicamentos, vou comprando aos poucos para não ter uma grande acumulação de medicamentos em casa.”*

MB: *“Os que não estou a tomar habitualmente guardo em caixas dentro do armário da cozinha, numa caixa tupperware. Os que faço no dia a dia estão preparados numa caixinha semanal que está em cima da mesa das refeições.”*

DM: *“Os meus também são guardados no armário da cozinha.”*

viii. Armazenamento de medicamentos fora do prazo de validade

Os participantes demonstraram preocupação com a verificação das validades dos medicamentos antes de os utilizarem. Quando confirmam que existem medicamentos que já estão fora do prazo de validade, existem idosos que têm a noção de que devem entregá-los na farmácia, no âmbito do Valormed.

LB: *“De vez em quando, faço uma vistoria para perceber quais são os medicamentos que estão fora da validade e vou entregar à farmácia.”*

JC: *“Quando os medicamentos estão fora da validade, vou entregá-los na farmácia.”*

PA: *“Eu tenho muita preocupação em verificar a validade antes de tomar.”*

MB: *“Eu tomo muito cuidado. Mas quando os meus filhos vão lá a casa, vão ver toda a medicação e já têm encontrado medicamentos fora da validade.”*

No final da sessão, os participantes concluíram que uma das maiores causas para a incorreta autogestão da medicação pela população idosa centra-se no insuficiente acompanhamento no consultório médico. Os participantes referiram que, por vezes, saem do consultório com alguma desconfiança em relação à medicação, porque sentem que não são ouvidos nem observados.

Após a análise dos grupos focais efetuou-se uma síntese descritiva que permite obter uma visão global dos resultados gerados em termos de consenso. Para tal, construiu-se o **Quadro 5.2** onde são abordados os vários tópicos discutidos, bem como os pareceres de cada grupo focal relativamente a estes.

Quadro 5.2- Síntese descritiva dos resultados gerados em termos de consenso dos grupos focais.

Tópicos	Profissionais de saúde	Proxies	Idosos
i. Identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento (marca e genérico)	Sim	Sim	Sim
ii. Identificação de embalagens de medicamentos diferentes, mas que possuem aspeto semelhante	Sim	Não	Não
iii. Abertura de caixas/frascos dos medicamentos	Sim	Sim	Sim
iv. Remoção dos comprimidos do blister	Sim	Sim	Sim
v. Necessidade de partir os comprimidos e ficarem em proporções iguais	Sim	Não	Sim
vi. Leitura do folheto informativo	Sim	Sim	Não
vii. Local de armazenamento da medicação	Sim	Sim	Não
viii. Armazenamento de medicamentos fora da validade	Sim	Sim	Sim

Sim - Existiu consenso. Os participantes consideram que é uma dificuldade na autogestão da medicação pela população idosa.

Sim - Existiu consenso. Os participantes consideram que não é uma dificuldade na autogestão da medicação pela população idosa.

Não - Não existiu consenso.

6. Discussão dos Resultados

As perceções dos profissionais de saúde e dos *proxies* coincidiram em relação a este tópico. Ambos os grupos focais relataram que as diferenças que se encontram nas embalagens/rótulos com a mesma substância ativa, os nomes, as cores e o aspeto completamente diferente são determinantes que influenciam na dificuldade sentida pela população idosa em conseguir saber que tanto o medicamento genérico como o medicamento de marca são exatamente o mesmo produto. Para além disso, também a iliteracia dos idosos constitui um obstáculo na dificuldade de identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento.

Estudos anteriores demonstraram que os idosos ficam confusos e indecisos quando os medicamentos de marca são substituídos por medicamentos genéricos, aumentando o risco de o idoso cometer erros durante a toma da medicação (121,122). *Endestad et al.* (2016) confirmaram que a confusão da população idosa relativamente a este tópico prende-se com o facto de as duas embalagens conterem a mesma substância ativa, mas possuírem cores completamente distintas, levando-os a acreditar que não se trata do mesmo medicamento (123). A unanimidade entre os profissionais de saúde, os *proxies* e a informação que existe na literatura é oposta à opinião dos idosos, os quais afirmaram conseguir identificar embalagens do mesmo medicamento, uma vez que fazem a sua distinção de acordo com a substância ativa. No entanto, importa considerar que esta divergência de pontos de vista, pode verificar-se porque os participantes do grupo focal dos idosos apresentaram uma literacia acima da média quando comparados à generalidade dos seus pares. Globalmente, os participantes do grupo focal dos idosos, eram ainda indivíduos com um nível de informação alto e com um papel bastante ativo em termos da sua própria saúde.

No decorrer da discussão deste tópico, tanto os profissionais de saúde como os *proxies* evidenciaram a desconfiança que os idosos sentem pelos medicamentos genéricos face aos medicamentos de marca, existindo uma crença considerável em relação à sua efetividade e segurança.

Estas opiniões são apoiadas por alguns estudos que demonstraram que apesar da maioria dos idosos reconhecer que os medicamentos genéricos são mais baratos comparativamente aos medicamentos de marca, 1 em cada 4 idosos acredita que os medicamentos genéricos são menos eficazes e 1 em cada 5 idosos considera que são menos seguros. Além disso, 20% a 40% dos idosos não têm a certeza se os medicamentos genéricos são exatamente equivalentes aos medicamentos de marca. Importante notar que os estudos constataram que quando os indivíduos apresentam uma limitada literacia em saúde são mais propensos a terem perspetivas negativas sobre os medicamentos genéricos (124–127).

Mais uma vez, os idosos participantes no grupo focal discordaram com as opiniões acima descritas, manifestando a sua total confiança na utilização de medicamentos genéricos, facto que alerta para a necessidade de cada vez mais contribuir para o seu envolvimento neste tipo de estudos, bem como no seu plano individual de cuidados.

No que reporta à identificação de embalagens de medicamentos diferentes com aspeto semelhante, surgiram opiniões distintas entre os vários grupos focais. Os profissionais de saúde consideraram que existe bastante dificuldade por parte dos idosos nesta identificação, sendo que as cores, a descrição dos nomes e as informações que constam nas diferentes embalagens de medicamentos são fatores preponderantes para que ocorra um erro. Os *proxies* divergiram entre pontos de vista, sendo que alguns acreditam que os idosos não sentem esta dificuldade porque identificam os comprimidos pelo seu formato e pela sua cor e não propriamente pelas embalagens. Contudo, no grupo focal dos *proxies* existiram opiniões contraditórias, manifestando a dificuldade sentida pelos idosos que identificam as embalagens dos medicamentos pelo seu aspeto no geral. Já os idosos consideram que é uma problemática na autogestão da medicação pela população idosa, mas que a eles próprios não os preocupa por já se encontrarem habituados e familiarizados com a medicação que tomam.

Apesar das discrepâncias entre as várias opiniões dos participantes nos grupos focais, existem estudos que comprovam a complexidade deste tópico. O que já se sabe é que a segurança dos idosos está em risco devido a erros que ocorrem com a medicação e cerca de 30% destes são devidos a embalagens e rótulos semelhantes de medicamentos (128).

O termo LASA “*look-alike sound-alike*” é utilizado, para este tipo de situações, ou seja, para medicamentos que possuem nomes ou embalagens semelhantes e que podem contribuir para a dificuldade na identificação. Nesse sentido, foram identificados vários fatores que contribuem para este incidente (128,129):

- Conhecimento parcial do nome do medicamento e da substância ativa;
- Lançamento de novos medicamentos em curtos períodos;
- Rótulos e embalagens semelhantes;
- Semelhante uso clínico de medicamentos;
- Dosagens semelhantes;
- Desconsideração na utilização de letras maiúsculas de forma a facilitar a identificação.

Apesar de ser utilizado sobretudo nos serviços de saúde, seria interessante considerar a sua aplicação na dia-a-dia dos idosos que apresentam dificuldades nesta identificação.

Todos os participantes concordaram que a abertura de caixas/frascos de medicamentos constitui um desafio na autogestão da medicação pela população idosa, sendo as dificuldades notórias. Alguns idosos manifestaram o esforço a que são sujeitos na abertura de uma embalagem ou frasco de determinados medicamentos, recorrendo sempre a outros métodos porque a sua capacidade já se encontra comprometida, sobretudo em termos de motricidade fina. Realizam esta tarefa sozinhos, mas com o auxílio de objetos cortantes/perfurantes, ou então procuram ajuda em algum *proxy* em que têm confiança. Contudo, os profissionais de saúde evidenciaram que os idosos que estão sozinhos e isolados deixam de tomar a medicação porque não conseguem proceder à sua abertura e não têm quem os ajude. Os *proxies* também levantaram uma observação pertinente relacionada com alguns casos de idosos que não solicitam ajuda, porque ao sentirem-se dependentes revelam um sentimento de frustração. No grupo focal dos idosos, apenas três participantes demonstraram a sua inquietação relativamente a este tópico, sendo que os outros participantes não se manifestaram, podendo não querer, de alguma forma, mostrar a sua fragilidade.

Existem estudos que entram em concordância com aquilo que foi mencionado. Foi demonstrado que os idosos sentem mais dificuldade em abrir embalagens de medicamentos que possuem um material resistente, assim como frascos em que é necessário impulsioná-los para baixo de forma a abrir (130). Os profissionais de saúde salientaram ainda que existe uma forte tendência dos idosos em procurar pontos de proximidade para que lhes possam ajudar nesta tarefa, como por exemplo a farmácia comunitária.

Estas conclusões indicam a necessidade de embalagens de medicamentos mais acessíveis pela população idosa, bem como a atenção redobrada dos profissionais de saúde na identificação de problemas funcionais como os acima descritos, e que os idosos enfrentam, diariamente, na gestão da sua medicação. Dessa forma é possível oferecer soluções prévias para superar este problema, diminuindo a probabilidade de não aderirem à medicação.

A dureza, a resistência e as dimensões dos alvéolos onde se inserem os comprimidos, são características dos materiais do blister que tornam o processo de remoção destas formas farmacêuticas, complexo. Por vezes, é necessário retirar todos os comprimidos do blister para que os idosos possam autogerir a sua medicação, mesmo que coloquem em causa a sua estabilidade. É notório que os comprimidos perdem a estabilidade fora do seu material adequado, podendo dessa forma alterar a biodisponibilidade do medicamento. Contudo, torna-se imprescindível fazê-lo ou caso contrário, o idoso fica sujeito a não conseguir tomar a medicação. O grupo focal dos idosos apresentou as suas experiências enquanto principais responsáveis pela autogestão da medicação. Explicaram que têm sempre de utilizar outros utensílios como forma de auxílio (ex. faca, tesoura), uma vez que não conseguem retirar os comprimidos apenas com os dedos. Quando, ainda assim, não conseguem realizar este processo, pedem ajuda a alguém mais próximo. No sentido da discussão, um participante revelou o seu descontentamento por viver sozinho, transmitindo uma maior necessidade de pedir ajuda quando se trata destes assuntos.

Philbert et al. (2014) demonstraram que 43 dos problemas que ocorrem no manuseamento das embalagens dos medicamentos estão relacionados com a remoção dos comprimidos do blister, sendo que 14 deles estão associados à quebra dos mesmos após a sua remoção. Por ocorrerem estes problemas, os participantes mencionaram as suas estratégias para os ultrapassar, sendo que para isso pedem ajuda a outras pessoas ou utilizam uma faca (131).

As dificuldades relacionadas com a quebra dos comprimidos não é apenas uma questão de conveniência. A ocorrência destes problemas aumentará a complexidade do regime terapêutico, aumentando o risco de não adesão e reações adversas aos medicamentos. Os profissionais de saúde entendem que este tópico representa uma problemática, nomeadamente no sentido em que os idosos não têm conhecimento dos comprimidos que podem ou não ser partidos. A discussão com o grupo focal dos idosos veio reforçar a preeminência desta ideia, uma vez que esses demonstraram não terem este conhecimento. Fazem-no habitualmente em qualquer comprimido, desde que o sintoma que sentem não seja tão intenso quanto o normal, não sendo para isso necessário a toma de um comprimido inteiro. Já os *proxies* divergiram ligeiramente desta opinião, destacando a necessidade da quebra de comprimidos que, idealmente não podem ser partidos, para idosos que têm dificuldades na deglutição. Além disso foi possível identificar crenças/sentimentos dos idosos relacionados com a divisão das duas metades dos comprimidos. Mesmo nos comprimidos que apresentam a ranhura, prevalece uma grande dificuldade na sua divisão, sendo que o resultado origina duas partes proporcionalmente desiguais.

Quando isto acontece, foram dados exemplos de idosos que descartam a parte que ficou imperfeita ou mais pequena, por considerarem que o medicamento não irá ter a mesma eficácia. Os resultados de alguns estudos mostraram que a capacidade para partir um comprimido não é apenas atribuível à idade avançada. O formato, o comprimido em si e o método de divisão são fatores que também influenciam (132,133).

Conclui-se assim que a necessidade de partir os comprimidos é um obstáculo na autogestão da medicação pela população idosa.

Os profissionais de saúde devem estar conscientes de que a divisão dos comprimidos não é opção para todos os idosos, nem para todos os medicamentos, sendo que deve ser evitada nesta população, devendo ser consideradas outras alternativas. Nos casos em que esta necessidade é imprescindível, os profissionais de saúde devem fornecer todas as informações e apoio, fundamentais relativamente a este processo.

Os idosos divergiram nas opiniões relativamente à capacidade para efetuar a leitura do folheto informativo. Alguns manifestaram-se bastante alarmados e preocupados com a informação descrita no folheto informativo, ficando reticentes na toma do medicamento, ao contrário de outros que conseguem selecionar a informação pertinente. Os *proxies* também acreditam que não existe interesse por parte dos idosos em ler o folheto informativo, uma vez que não percebem o que está escrito ou ficam muito alarmados com tanta informação, nomeadamente respeitante a reações adversas. Relativamente a isto, os profissionais de saúde consideram importante educar a população idosa quanto à informação que devem reter e dessa forma, serem seletivos na leitura do folheto informativo. Para além do que foi numerado, também a linguagem científica e de difícil interpretação constitui uma barreira.

Num estudo com 59 participantes, 32 relataram dificuldades na leitura e compreensão do folheto informativo. Vinte e dois participantes ficaram realmente preocupados com a descrição de reações adversas e por essa razão, 3 deles reduziram a dose do medicamento ou pararam a sua toma (134).

O folheto informativo visa fornecer o máximo de informações revelantes sobre a administração, utilização e conservação dos medicamentos. Também se especificam as reações adversas, interações e contra-indicações, a fim de garantir a sua utilização segura e eficaz. Apesar de algumas mudanças introduzidas no seu conteúdo, foi possível constatar que os participantes consideraram o folheto informativo longo, complexo e de difícil interpretação. Nesse sentido alguns idosos decidem não proceder à sua leitura.

Todos os participantes dos grupos focais revelaram que os locais de armazenamento da medicação correspondem a locais estratégicos de forma a não se esquecerem da sua toma. No entanto, tanto os profissionais de saúde como os *proxies* evidenciaram a desvalorização da escolha desses locais face às condições de temperatura e humidade a que os medicamentos devem estar sujeitos. Esta observação foi confirmada no grupo focal dos idosos, onde foram dados exemplos de locais de armazenamento dos medicamentos, sendo a casa de banho, a sala e a cozinha os seus locais preferidos. Com estas localizações, nota-se claramente uma desvalorização das condições anteriormente mencionadas. O único ponto em que ocorreu uma desigualdade de opiniões entre os participantes relacionou-se com a divisão dos medicamentos que estão a utilizar habitualmente e aqueles que só utilizam para condições pontuais. Os profissionais de saúde salientaram que não existe uma preocupação por parte dos idosos em separar esses medicamentos nos locais de armazenamento. Contudo, os idosos mostraram uma ideia contrária, distinguindo os dois grupos de medicamentos em locais diferentes de armazenamento.

Um estudo demonstrou que dos 170 participantes entrevistados, 76% destes não armazenam a sua medicação tendo em conta as condições de temperatura, luz e humidade adequadas aos medicamentos (135). Outros estudos constataram que os idosos utilizam estratégias ao nível de associações entre os locais de armazenamento dos medicamentos e as suas rotinas, existindo assim uma maior probabilidade de adesão ao regime terapêutico (136,137).

Por fim, no que se refere à manutenção de medicamentos fora do prazo de validade, os profissionais de saúde e os *proxies* estão em concordância relativamente a este tópico, uma vez que sentem não existir qualquer precaução por parte dos idosos relativamente à verificação dos prazos de validade dos medicamentos. Acreditam que este incidente ocorre devido à iliteracia da população idosa, a falta de acompanhamento familiar e social, ou por não estarem alertados para a importância da verificação.

Alguns estudos que investigaram o armazenamento de medicamentos fora do prazo de validade no contexto domiciliário, comprovaram que esta é uma realidade (138–140). Contrariamente, os idosos reportaram uma forte preocupação na verificação do prazo de validade dos medicamentos antes de os utilizarem, devolvendo-os à farmácia caso já tenham expirado.

Para além dos tópicos discutidos, não podem ser esquecidos aqueles que foram propostos pelos participantes nos grupos focais, por constituírem também uma barreira na autogestão da medicação pela população idosa. Sendo assim, estes juntam-se ao conjunto já existente, de forma a enriquecer a componente observacional do estudo posterior:

- ix.** Identificação da pessoa que faz a gestão da medicação na casa do idoso;
- x.** Identificação da utilização correta da via de administração;
- xi.** Identificação da metodologia de renovação de receituário;
- xii.** Identificação da prevalência de automedicação;
- xiii.** Identificação de sinais de ocultação da toma da medicação.

A **Figura 6.1** resume os tópicos discutidos anteriormente nos três grupos focais, mostrando-se como potenciais obstáculos durante a autogestão da medicação pela população idosa.

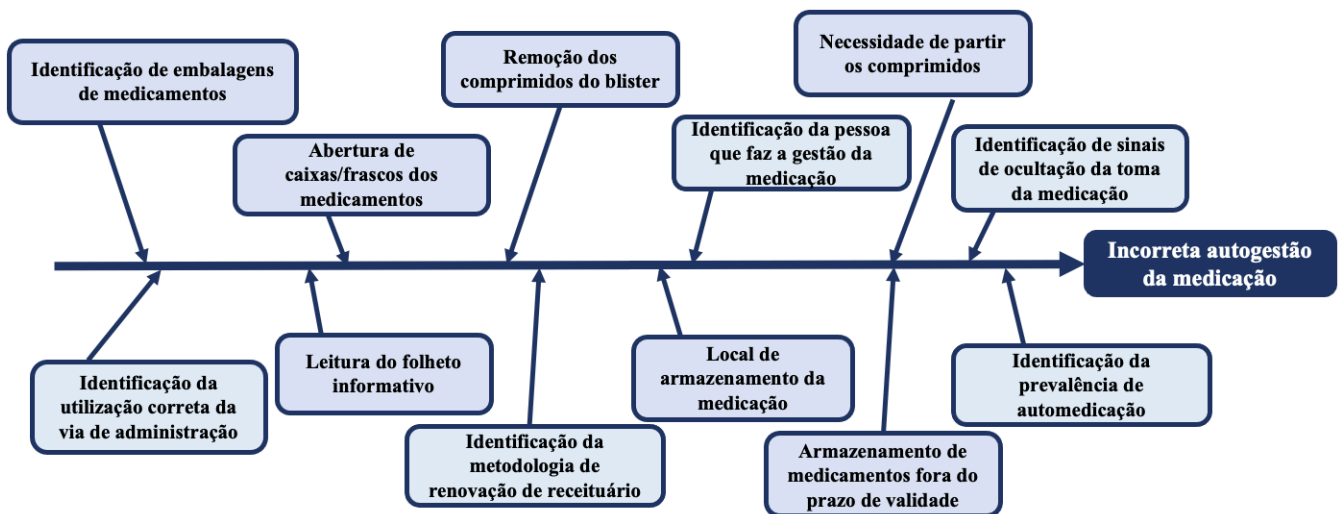


Figura 6.1- Dificuldades identificadas na autogestão da medicação pela população idosa.

Finalmente, foram identificados alguns aspetos que podem constituir limitações do presente estudo, apesar do rigor demonstrado na recolha e análise dos dados provenientes das sessões com os grupos focais.

Em primeiro lugar, apesar do estudo ter sido representado por três grupos focais constituídos pelos principais intervenientes na autogestão da medicação pela população idosa e, na sua maioria, ter sido conseguido um consenso a nível de opiniões entre os três grupos, as limitações de tempo, a seleção dos participantes e a representatividade poderão não ter permitido atingir a saturação da informação obtida.

Outra potencial limitação encontra-se relacionada com o facto do grupo focal dos idosos ser constituído por indivíduos que apresentavam uma literacia mais elevada quando comparada com os seus pares, demonstrando-se bastante informados acerca do tema em estudo e com um papel ativo em termos da sua própria saúde, evidenciando a sua responsabilidade por cada etapa no processo de autogestão da sua própria medicação. Estas características são pouco compatíveis com a descrição de exemplos de idosos relatados pelos profissionais de saúde e pelos *proxies*. Os idosos participantes no grupo focal apresentam uma visão diferente porque já fazem parte de gerações mais atuais, sendo que a maioria apresentou um nível de escolaridade mais avançado, tiveram profissões mais próximas dos setores terciários e são mais infoincluídos até por impulso dos familiares mais jovens, comparativamente a outros idosos pertencentes a uma geração mais antiga.

No grupo focal dos idosos poderá ter existido viés de desejabilidade social, no sentido de os participantes poderem ter respondido aquilo que é desejável e não o que é realmente verdade, constituindo assim outra limitação ao estudo.

Em relação à abordagem metodológica utilizada neste estudo, as potenciais limitações dizem respeito à recolha de dados, que embora tenha sido realizada com o apoio de *software* específico, está sempre sujeita a maior subjetividade por ser qualitativa, dependendo muito do tratamento/interpretação da informação.

7. Considerações Finais e Perspetivas Futuras

O envelhecimento da população consiste no desafio da integração num mundo que se continua a desenvolver e a não ter em consideração algumas das suas limitações. Os resultados obtidos com este trabalho, apontam os obstáculos com que os idosos se deparam na autogestão da medicação, revelando a complexidade de todo o processo e a necessidade de intervenção. Nesse sentido, as principais dificuldades sentidas na autogestão da medicação pela população idosa foram discutidas com os grupos focais dos profissionais de saúde, *proxies* e idosos, concluindo-se que os tópicos de interesse para uma futura observação são:

- Identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento (marca e genérico);
- Identificação de embalagens de medicamentos diferentes, mas que possuem aspeto semelhante;
- Abertura de caixas/frascos dos medicamentos;
- Remoção dos comprimidos do blister;
- Necessidade de partir os comprimidos e ficarem em proporções iguais;
- Leitura do folheto informativo;
- Local de armazenamento da medicação;
- Armazenamento de medicamentos fora do prazo de validade;
- Identificação do indivíduo que gere a medicação na casa do idoso;
- Identificar a utilização correta da via de administração;
- Identificação da metodologia de renovação de receituário;
- Identificação da prevalência de automedicação;
- Identificação de sinais de ocultação da toma da medicação.

O envelhecimento acompanhado pela diminuição progressiva da capacidade funcional é um processo inevitável. Apesar da existência de doenças crónicas e outras comorbilidades, os profissionais de saúde têm um papel fundamental neste contexto, nomeadamente no que diz respeito à avaliação da capacidade funcional dos idosos para gerir a medicação, fornecendo informações claras sobre a utilização da medicação, verificando com maior atenção a sua compreensão. Só desta forma é que se conseguem controlar possíveis dificuldades com que os idosos se deparam constantemente, durante esta tarefa diária e crucial.

Posto isto, deve ser feito um trabalho multidisciplinar de forma a garantir que as necessidades e as preferências da população idosa são alcançadas, contribuindo para um envelhecimento mais autónomo, potenciando as suas competências, sobretudo em relação a esta problemática que é a autogestão da sua própria medicação.

Este estudo constitui a componente inicial de um estudo etnográfico que terá como base um protocolo de estudo desenvolvido com os resultados encontrados durante esta fase prévia de trabalho. O objetivo principal será a realização de um estudo etnográfico em contexto domiciliário da população idosa residente na comunidade, tendo em vista a comprovação e compreensão das dificuldades anteriormente mencionadas. Está previsto que esse estudo ocorra a curto médio prazo.

Referências Bibliográficas

1. AgingInPlace.org. Where Are The Fastest Aging Populations Around The World [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 4]. Available from: <https://aginginplace.org/fastest-aging-populations/>
2. Hilmer SN, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Clinical pharmacology in the geriatric patient. *Fundam Clin Pharmacol*. 2007;21(3):217–30.
3. Oliveira A, Nossa P, Mota-Pinto A. Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study. *Acta Med Port*. 2019;32(10):654–60.
4. Field TS, Mazor KM, Briesacher B, Debellis KR, Gurwitz JH. Adverse drug events resulting from patient errors in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(2):271–6.
5. Sino CGM, Sietzema M, Egberts TCG, Schuurmans MJ. Medication management capacity in relation to cognition and self-management skills in older people on polypharmacy. *J Nutr Health Aging*. 2014;18(1):44–9.
6. Maddigan SL, Farris KB, Keating N, Wiens CA, Johnson JA. Predictors of older adults' capacity for medication management in a self-medication program: a retrospective chart review. *J Aging Health*. 2003;15(2):332–52.
7. Badawoud AM, Salgado TM, Lu J, Parsons P, Peron EP, Slattum PW. Measuring Medication Self-Management Capacity: A Scoping Review of Available Instruments. *Drugs Aging*. 2020;37(7):483–501.
8. Cooper JA, Cadogan CA, Patterson SM, Kerse N, Bradley MC, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009235.
9. World Health Organization. Active ageing: a policy framework. 2002;11:1-58
10. United Nations. World Population Ageing [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.un.org/en/global-issues/ageing>
11. World Health Organization. Definition of an older or elderly person [Internet]. 2010 [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/ageing>
12. Kuhlmeier A. Special care requirements of elderly and old people: as reflected in the new Council of Experts Report. *Z Gerontol Geriatr*. 2009;42(6):425–31.
13. Schaeffer D, Büscher A. Options for health care promotion in long-term care: empirical evidence and conceptual approaches. *Z Gerontol Geriatr*. 2009;42(6):441–51.

14. Brown GC. Living too long: the current focus of medical research on increasing the quantity, rather than the quality, of life is damaging our health and harming the economy. *EMBO Rep.* 2015;16(2):137–41.
15. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2021- Divulgação dos resultados provisórios [Internet]. 2021 [cited 2023 Jul 29]. Available from: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_main&xpid=CENSOS21&xlang=pt
16. Instituto Nacional de Estatística. Projeções da População Residente 2015-2080 [Internet]. 2017 [cited 2023 Jul 29]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
17. Dziechciaż M, Filip R. Biological psychological and social determinants of old age: bio-psycho-social aspects of human aging. *Ann Agric Environ Med.* 2014;21(4):835–8.
18. Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM, Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC, et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med.* 1990;112(9):699–706.
19. Siquenique, S. Avaliação Multidimensional da Pessoa idosa: análise crítica da literatura e proposta de protocolo. Lisboa. Universidade Nova de Lisboa; 2015.
20. Fonseca, A. O envelhecimento- Uma abordagem psicológica. Lisboa. Universidade Católica de Lisboa; 2006.
21. Whitbourne K WB. Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives. 4th ed. Wiley; 2011.
22. Engel L. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* 1980;137(5):35–44.
23. Martin DJ, Gillen LL. Revisiting gerontology's scrapbook: from Metchnikoff to the Spectrum Model of Aging. *Gerontologist.* 2014;54(1):51–8.
24. Crowther MR, Parker MW, Achenbaum WA, Larimore WL, Koenig HG. Rowe and Kahn's model of successful aging revisited: positive spirituality--the forgotten factor. *Gerontologist.* 2002;42(5):613–20.
25. MacKinlay E. The spiritual dimension of ageing. Jessica Kingsley Publishers; 2001.
26. Advinha, A. Avaliação da Capacidade Funcional da População Idosa na Gestão da Sua Medicação. Lisboa. Faculdade de Farmácia; 2017.
27. Borrero CSW, Borrero JC. Descriptive and experimental analyses of potential precursors to problem behavior. *J Appl Behav Anal.* 2008;41(1):83–96.

28. Ferrucci L, Giallauria F, Guralnik JM. Epidemiology of aging. *Radiol Clin North Am*. 2008 Jul;46(4):643–52.
29. Botelho, M. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano. Porto. Laboratório Bial; 2000.
30. Novo, A. Capacidade funcional e risco de queda - aptidão física, composição corporal e medo de cair em idosos institucionalizados. Bragança. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança; 2011.
31. Sequeira, C. Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. *LIDEL*; 2010. 1–388 p.
32. Cooper R, Kuh D, Hardy R, Mortality Review Group, FALCon and HALCyon Study Teams. Objectively measured physical capability levels and mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2010;341:c4467.
33. Cooper R, Kuh D, Cooper C, Gale CR, Lawlor DA, Matthews F, et al. Objective measures of physical capability and subsequent health: a systematic review. *Age Ageing*. 2011;40(1):14–23.
34. Cabete, D. O Idoso, a Doença e o Hospital – O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico das Pessoas Idosas. *LUSODIDACTA*; 2005. 1–200 p.
35. Rasmussen J, Langerman H. Alzheimer’s Disease - Why We Need Early Diagnosis. *Degener Neurol Neuromuscul Dis*. 2019;9:123–30.
36. World Health Organization. Non-communicable diseases [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
37. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012;380(9836):37–43.
38. Rodrigues L, Rezende A, Moura L, Nunes P, Noll M, Oliveira C, et al. What is the impact of multimorbidity on the risk of hospitalisation in older adults? A systematic review study protocol. *BMJ Open*. 2021;11(6):e049974.
39. Villacampa-Fernández P, Navarro-Pardo E, Tarín JJ, Cano A. Frailty and multimorbidity: Two related yet different concepts. *Maturitas*. 2017;95:31–5.
40. Chand SS, Singh B, Kumar S. The economic burden of non-communicable disease mortality in the South Pacific: Evidence from Fiji. *PLoS One*. 2020;15(7):e0236068.
41. Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q*. 2005;83(4):731–57.

42. Portegijs E, Keskinen KE, Eronen J, Saajanaho M, Rantakokko M, Rantanen T. Older Adults' Physical Activity and the Relevance of Distances to Neighborhood Destinations and Barriers to Outdoor Mobility. *Front Public Health*. 2020;8:335.
43. Crome P, Lally F, Cherubini A, Oristrell J, Beswick AD, Clarfield AM, et al. Exclusion of older people from clinical trials: professional views from nine European countries participating in the PREDICT study. *Drugs Aging*. 2011;28(8):667–77.
44. Beers E, Moerkerken DC, Leufkens HGM, Egberts TCG, Jansen PAF. Participation of older people in preauthorization trials of recently approved medicines. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(10):1883–90.
45. Plochg T, Klazinga NS. Community-based integrated care: myth or must? *Int J Qual Health Care*. 2002;14(2):91–101.
46. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-UHC-SDS-2019.11>
47. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä SL, Isoaho R. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol*. 2002;55(8):809–17.
48. Pitkälä KH, Suominen MH, Bell JS, Strandberg TE. Herbal medications and other dietary supplements. A clinical review for physicians caring for older people. *Ann Med*. 2016;48(8):586–602.
49. Saedder EA, Lisby M, Nielsen LP, Rungby J, Andersen LV, Bonnerup DK, et al. Detection of Patients at High Risk of Medication Errors: Development and Validation of an Algorithm. *Basic Clin Pharmacol Toxicol*. 2016;118(2):143–9.
50. Alshammari H, Al-Saeed E, Ahmed Z, Aslanpour Z. Prevalence and Predictors of Potentially Inappropriate Medications Among Patients Aged ≥ 65 Years on Hospital Admissions in Kuwait. *Clin Interv Aging*. 2022;17:1025–36.
51. Hines LE, Murphy JE. Potentially harmful drug-drug interactions in the elderly: a review. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2011;9(6):364–77.
52. Swinglehurst D, Fudge N. Organising polypharmacy: unpacking medicines, unpacking meanings-an ethnographic study. *BMJ Open*. 2021;11(8):e049218.
53. Ferreira JM, Galato D, Melo AC. Medication regimen complexity in adults and the elderly in a primary healthcare setting: determination of high and low complexities. *Pharm Pract (Granada)*. 2015;13(4):659.
54. Ma A, Chen DM, Chau FM, Saberi P. Improving adherence and clinical outcomes through an HIV pharmacist's interventions. *AIDS Care*. 2010;22(10):1189–94.

55. Vrijens B, Geest S, Hughes DA, Przemyslaw K, Demonceau J, Ruppert T, et al. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol*. 2012;73(5):691–705.
56. Bell JS, Airaksinen MS, Lyles A, Chen TF, Aslani P. Concordance is not synonymous with compliance or adherence. *Br J Clin Pharmacol*. 2007;64(5):710–1
57. Urquhart J, Vrijens B. New findings about patient adherence to prescribed drug dosing regimens: an introduction to pharmionics. *Eur J Hosp Pharm Sci*. 2005;64(5):710–1.
58. Williams AB, Amico KR, Bova C, Womack JA. A proposal for quality standards for measuring medication adherence in research. *AIDS Behav*. 2013;17(1):284–97.
59. Dunbar P, Browne JP, O'Connor L. Determinants of regulatory compliance in health and social care services: a systematic review protocol. *HRB Open Res*. 2021;4:13.
60. Garfield S, Clifford S, Eliasson L, Barber N, Willson A. Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: a systematic review. *BMC Med Res Methodol*. 2011;11:149.
61. Andrade SE, Kahler KH, Frech F, Chan KA. Methods for evaluation of medication adherence and persistence using automated databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2006;15(8):565–74.
62. Chakrabarti S. What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2014;4(2):30–6.
63. Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. *Biomed Res Int*. 2015;2015:217047.
64. World Health Organization. Adherence to Long Term Therapies [Internet]. 2003 [cited 2023 Jul 29]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>
65. Lim MT, Rahman N, Teh XR, Chan CL, Thevendran S, Hamdi N, et al. Optimal cut-off points for adherence measure among patients with type 2 diabetes in primary care clinics: a retrospective analysis. *Ther Adv Chronic Dis*. 2021;12:2040622321990264.
66. Lehane E, McCarthy G. Intentional and unintentional medication non-adherence: a comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(8):1468–77.
67. Lowry KP, Dudley TK, Oddone EZ, Bosworth HB. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive medication. *Ann Pharmacother*. 2005;39(7–8):1198–203.
68. Piña IL, Palo E, Brown MT, Choudhry NK, Cvengros J, Whalen D, et al. Medication adherence: Importance, issues and policy: A policy statement from the American Heart Association. *Prog Cardiovasc Dis*. 2021;64:111–20.
69. Jimmy B, Jose J. Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman Med J*. 2011;26(3):155–9.

70. Demonceau J, Ruppap T, Kristanto P, Hughes DA, Fargher E, Kardas P, et al. Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. *Drugs*. 2013;73(6):545–62.
71. Barbas NR, Wilde EA. Competency issues in dementia: medical decision making, driving, and independent living. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2001;14(4):199–212.
72. Cadel L, Cimino S, Baumen T, James K, McCarthy L, Guilcher S. Medication Management Frameworks in the Context of Self-Management: A Scoping Review. *Patient Prefer Adherence*. 2021;15:1311-1329.
73. Allemann S, Nieuwlaat R, Bemt B, Hersberger K, Arnet I. Matching Adherence Interventions to Patient Determinants Using the Theoretical Domains Framework. *Front Pharmacol*. 2016;7:429.
74. Marengoni A, Monaco A, Costa E, Cherubini A, Prados-Torres A, Muth C, et al. Strategies to Improve Medication Adherence in Older Persons: Consensus Statement from the Senior Italia Federanziani Advisory Board. *Drugs Aging*. 2016;33(9):629–37.
75. Michie S, Wood CE, Johnston M, Abraham C, Francis JJ, Hardeman W. Behaviour change techniques: the development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data). *Health Technol Assess*. 2015;19(99):1–188.
76. Conn VS, Ruppap TM. Medication adherence outcomes of 771 intervention trials: Systematic review and meta-analysis. *Prev Med (Baltim)*. 2017;99:269–76.
77. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(11):CD000011.
78. Excellence in Motivational Interviewing. Understanding Motivational Interviewing [Internet]. 2019 [cited 2023 Jul 30]. Available from: <https://motivationalinterviewing.org/understanding-motivational-interviewing>
79. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305–12.
80. Roth MT, Ivey JL, Esserman DA, Crisp G, Kurz J, Weinberger M. Individualized medication assessment and planning: optimizing medication use in older adults in the primary care setting. *Pharmacotherapy*. 2013;33(8):787–97.
81. Elliott RA, Goeman D, Beanland C, Koch S. Ability of older people with dementia or cognitive impairment to manage medicine regimens: a narrative review. *Curr Clin Pharmacol*. 2015;10(3):213–21.
82. Beckman AGK, Parker MG, Thorslund M. Can elderly people take their medicine? *Patient Educ Couns*. 2005;59(2):186–91.

83. American Foundation for the Blind. Access to Drug Labels Survey Report [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 30]. Available from: <https://www.afb.org/blindness-and-low-vision/your-rights/rx-label-enable-campaign/access-drug-labels-survey-report>
84. Age-Related Eye Disease Study Research Group. The Age-Related Eye Disease Study (AREDS): design implications. AREDS report no. 1. *Controlled Clinical Trials*. 1999; 20(6): 573–600.
85. McCann RM, Jackson AJ, Stevenson M, Dempster M, McElnay JC, Cupples ME. Help needed in medication self-management for people with visual impairment: case-control study. *Br J Gen Pract*. 2012;62(601):e530-7.
86. Odberg KR, Hansen BS, Wangensteen S. Medication administration in nursing homes: A qualitative study of the nurse role. *Nurs Open*. 2019;6(2):384–92.
87. Pergolizzi J, Taylor R, Nalamachu S, Raffa RB, Carlson DR, Varanasi RK, et al. Challenges of treating patients with chronic pain with dysphagia (CPD): physician and patient perspectives. *Curr Med Res Opin*. 2014;30(2):191–202.
88. Harada CN, Love M, Triebel KL. Normal cognitive aging. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(4):737–52.
89. Davis TC, Wolf MS, Bass PF, Middlebrooks M, Kennen E, Baker DW, et al. Low literacy impairs comprehension of prescription drug warning labels. *J Gen Intern Med*. 2006;21(8):847–51.
90. Said S, Amin G, Helal E, Radwan R, Wahba H. The Effect of a Tailored Health Education Programme on Medication Management in the Elderly. *ScientificWorldJournal*. 2020;2020:1903191.
91. Richard M, Ryan and Edward L, Deci. *Self-Determination Theory Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*; 2018.
92. Marylène Gagné ELD. *The History of Self-Determination Theory in Psychology and Management*. Oxford Library of Psychology; 2014.
93. Morris LS, Grehl MM, Rutter SB, Mehta M, Westwater ML. On what motivates us: a detailed review of intrinsic v. extrinsic motivation. *Psychol Med*. 2022;52(10):1801–16.
94. Martela F, Ryan RM. The Benefits of Benevolence: Basic Psychological Needs, Beneficence, and the Enhancement of Well-Being. *J Pers*. 2016;84(6):750–64.
95. Martela F, Riekkari TJJ. Autonomy, Competence, Relatedness, and Benevolence: A Multicultural Comparison of the Four Pathways to Meaningful Work. *Front Psychol*. 2018;9:1157.
96. Folan PA, Juster HR, Lennon SE, Briest PJ, Gero CB. Improving Tobacco Dependence Treatment Delivery: Medical Student Training and Assessment. *Am J Prev Med*. 2015;49(2):e9–12.

97. Teixeira PJ, Silva MN, Mata J, Palmeira AL, Markland D. Motivation, self-determination, and long-term weight control. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012;9:22.
98. Lock M, Post D, Dollman J, Parfitt G. Development of a Self-Determination Theory-Based Physical Activity Intervention for Aged Care Workers: Protocol for the Activity for Well-being Program. *Front Public Health.* 2018;6:341.
99. Chen M, Yun Q, Lin H, Liu S, Liu Y, Shi Y, et al. Factors Related to Diabetes Self-Management Among Patients with Type 2 Diabetes: A Chinese Cross-Sectional Survey Based on Self-Determination Theory and Social Support Theory. *Patient Prefer Adherence.* 2022;16:925–36.
100. Murphy K, Chuma T, Mathews C, Steyn K, Levitt N. A qualitative study of the experiences of care and motivation for effective self-management among diabetic and hypertensive patients attending public sector primary health care services in South Africa. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:303.
101. De Man J, Wouters E, Delobelle P, Puoane T, Daivadanam M, Absetz P, et al. Testing a Self-Determination Theory Model of Healthy Eating in a South African Township. *Front Psychol.* 2020;11:2181.
102. Bhattacharya G. Psychosocial impacts of type 2 diabetes self-management in a rural African-American population. *J Immigr Minor Health.* 2012;14(6):1071–81.
103. Eassey D, Reddel HK, Ryan K, Smith L. The impact of severe asthma on patients' autonomy: A qualitative study. *Health Expect.* 2019;22(3):528–36.
104. Greene SM, Tuzzio L, Cherkin D. A framework for making patient-centered care front and center. *Perm J.* 2012;16(3):49–53.
105. Lauri MA. WASP (Write a Scientific Paper): Collecting qualitative data using focus groups. *Early Hum Dev.* 2019;133:65–8.
106. Das MK. An Introduction to Qualitative and Mixed Methods Study Designs in Health Research. *Indian Pediatr.* 2022;59(5):416–23.
107. Scott W, VanderStoep DDJ. *Research Methods for Everyday Life: Blending Qualitative and Quantitative Approaches.* Jossey-Bass Publishers; 2009.
108. Cheryl N, Poth JWC. *Qualitative Inquiry and Research Design.* Sage Publications; 2017.
109. Renjith V, Yesodharan R, Noronha JA, Ladd E, George A. Qualitative Methods in Health Care Research. *Int J Prev Med.* 2021;12:20.
110. Pathak V, Jena B, Kalra S. Qualitative research. *Perspect Clin Res.* 2013;4(3):192.
111. Wiblin L, Sleeman I, Burn D. Embarking on a research project...or research for the absolute novice. *J R Coll Physicians Edinb.* 2016;46(3):182–6.

112. Hunt E, Lavoie AM. Quantitative and qualitative research methods, can they coexist yet?. *Rech Soins Infirm.* 2011;(105):25–30.
113. Murphy MK, Black NA, Lamping DL, McKee CM, Sanderson CF, Askham J, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development. *Health Technol Assess.* 1998;2(3):1–88.
114. Freeman T. “Best practice” in focus group research: making sense of different views. *J Adv Nurs.* 2006;56(5):491–7.
115. Tausch AP, Menold N. Methodological Aspects of Focus Groups in Health Research. *Glob Qual Nurs Res.* 2016 1;3:233339361663046.
116. Eiroa-Orosa J, San Pio MJ, Marcet G, Sibuet I, Rojo E. Interaction between the Participation in and the Impact on Mental Health Service Users and Their Relatives of a Multicomponent Empowerment-Based Psychosocial Intervention. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(21).
117. Altwaijry N, Ibrahim A, Binsuwaidan R, Alnajjar LI, Alsouk BA, Almutairi R. Distance Education During COVID-19 Pandemic: A College of Pharmacy Experience. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021;14:2099–110.
118. Parsons M, Greenwood J. A guide to the use of focus groups in health care research: Part 1. *Contemp Nurse.* 2000;9(2):169–80.
119. Greenwood J, Parsons M. A guide to the use of focus groups in health care research: Part 2. *Contemp Nurse.* 2000;9(2):181–91.
120. Advinha AM, Nunes C, de Barros CT, Lopes MJ, de Oliveira-Martins S. Key factors of the functional ability of older people to self-manage medications. *Sci Rep.* 2021;11(1):22196.
121. Desmarais JE, Beauclair L, Margolese HC. Switching from brand-name to generic psychotropic medications: a literature review. *CNS Neurosci Ther.* 2011;17(6):750–60.
122. Rathe J, Andersen M, Jarbøl DE, dePont Christensen R, Hallas J, Søndergaard J. Generic switching and non-persistence among medicine users: a combined population-based questionnaire and register study. *PLoS One.* 2015;10(3):e0119688.
123. Endestad T, Wortinger LA, Madsen S, Hortemo S. Package Design Affects Accuracy Recognition for Medications. *Hum Factors.* 2016;58(8):1206–16.
124. Federman AD, Halm EA, Zhu C, Hochman T, Siu AL. Association of income and prescription drug coverage with generic medication use among older adults with hypertension. *Am J Manag Care.* 2006;12(10):611–8.
125. Federman AD, Halm EA, Siu AL. Use of generic cardiovascular medications by elderly Medicare beneficiaries receiving generalist or cardiologist care. *Med Care.* 2007;45(2):109–15.

126. Himmel W, Simmenroth-Nayda A, Niebling W, Ledig T, Jansen RD, Kochen MM, et al. What do primary care patients think about generic drugs? *Int Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 2005;43(10):472–9.
127. Iosifescu A, Halm EA, McGinn T, Siu AL, Federman AD. Beliefs about generic drugs among elderly adults in hospital-based primary care practices. *Patient Educ Couns*. 2008;73(2):377–83.
128. Bryan R, Aronson JK, Williams A, Jordan S. The problem of look-alike, sound-alike name errors: Drivers and solutions. *Br J Clin Pharmacol*. 2021;87(2):386–94.
129. Rash-Foanio C, Galanter W, Bryson M, Falck S, Liu KL, Schiff GD, et al. Automated detection of look-alike/sound-alike medication errors. *Am J Health Syst Pharm*. 2017;74(7):521–7.
130. Mühlfeld L, Langguth P, Häusler H, Hagels H. Influence of blister package design on usability among older adults. *Int J Clin Pharm*. 2012;34(4):553–60.
131. Philbert D, Notenboom K, Koster ES, Fietjé EH, van Geffen ECG, Bouvy ML. Pharmacy Technicians' Attention to Problems With Opening Medicine Packaging. *J Pharm Technol*. 2014;30(1):3–7.
132. Zaid AN, Ghosh AA. Compliance of scored tablet halves produced by Palestinian Pharmaceutical Companies with the new European Pharmacopoeia requirements. *Arch Pharm Res*. 2011;34(7):1183–9.
133. van Riet-Nales DA, Doeve ME, Nicia AE, Teerenstra S, Notenboom K, Hekster YA, et al. The accuracy, precision and sustainability of different techniques for tablet subdivision: Breaking by hand and the use of tablet splitters or a kitchen knife. *Int J Pharm*. 2014;466(1–2):44–51.
134. Liu CJ, Kemper S, Bovaird JA. Comprehension of Health-related Written Materials by Older Adults. *Educ Gerontol*. 2009;35(7):653–68.
135. Vlieland ND, van den Bemt BJB, Bekker CL, Bouvy ML, Egberts TCG, Gardarsdottir H. Older Patients' Compliance with Drug Storage Recommendations. *Drugs Aging*. 2018;35(3):233–41.
136. Stawarz K, Gardner B, Cox A, Blandford A. What influences the selection of contextual cues when starting a new routine behaviour? An exploratory study. *BMC Psychol*. 2020;8(1):29.
137. Boron JB, Rogers WA, Fisk AD. Everyday memory strategies for medication adherence. *Geriatr Nurs*. 2013;34(5):395–401.
138. De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon JP, Van Bortel L, Christiaens T. Home medication cabinets and self-medication: a source of potential health threats? *Ann Pharmacother*. 2008;42(4):572–9.
139. Ewen S, Baumgarten T, Rettig-Ewen V, Mahfoud F, Griese-Mammen N, Schulz M, et al. Analyses of drugs stored at home by elderly patients with chronic heart failure. *Clin Res Cardiol*. 2015;104(4):320–7.

140. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Roberts MS. Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age Ageing*. 2005;34(6):626–32.

Apêndices

Apêndice I- Tabela que apresenta os tópicos discutidos e propostos pelos participantes, constituindo uma barreira à autogestão da medicação.

Tópicos discutidos com os grupos focais	Novos tópicos propostos pelos participantes
Identificação de diferentes embalagens do mesmo medicamento (marca e genérico)	Identificação do indivíduo que gere a medicação na casa do idoso
Identificação de embalagens de medicamentos diferentes, mas que possuem aspeto semelhante	Identificação da utilização correta da via de administração
Abertura de caixas/frascos dos medicamentos	Identificação da metodologia de renovação de receituário
Remoção dos comprimidos do blister	Identificação da prevalência de automedicação
Necessidade de partir os comprimidos e ficarem em proporções iguais	Identificação de sinais de ocultação da toma da medicação
Leitura do folheto informativo	
Local de armazenamento da medicação	
Armazenamento de medicamentos fora do prazo de validade	

Apêndice II- Síntese descritiva do estudo submetida ao Encarregado de Proteção de Dados da Universidade de Évora.

Projeto de Investigação

Tema: Autogestão da medicação pela população idosa: um ponto de partida para o estudo etnográfico (ENIGM@byElder)

Equipa de investigação:

Maria do Rosário Irio

- Estagiária na Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro e Norte Alentejano, Universidade de Évora (2022);
- Aluna finalista do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade do Algarve.

Margarida Perdigão

- Farmacêutica da Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro e Norte Alentejano, Universidade de Évora;
- Aluna da Pós-Graduação em Ciclos de Vida do Medicamento e do Dispositivo Médico da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade de Évora.

Ana Isabel Serralheiro

- Professora Auxiliar da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade do Algarve.

Sofia de Oliveira-Martins

- Professora Auxiliar da Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa;
- Investigadora Integrada do *Comprehensive Health Research Centre* (CHRC).

Manuel José Lopes

- Professor Coordenador Principal da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora;
- Coordenador Científico da Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro e Norte Alentejano, Universidade de Évora;
- Investigador Integrado do *Comprehensive Health Research Centre* (CHRC).

Ana Margarida Advinha (Investigador Principal)

- Professora Auxiliar da Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano da Universidade de Évora;
- Gestora da Qualidade da Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro e Norte Alentejano, Universidade de Évora;
- Investigadora Integrada do *Comprehensive Health Research Centre* (CHRC).

Descrição:

A “Autogestão da medicação pela população idosa: um ponto de partida para o estudo etnográfico (ENIGM@byElder)” é um projeto de investigação que tem como objetivo desenvolver a primeira fase de um estudo etnográfico sobre a autogestão da medicação pela população idosa residente na comunidade.

Neste sentido, este estudo terá como principais objetivos:

1. Reunir e auscultar três grupos focais correspondentes aos principais intervenientes no processo de gestão da medicação em e por idosos residentes na comunidade. Durante a realização dos grupos focais, serão apresentadas questões identificadas previamente na literatura, com vista ao envolvimento ativo de todos os participantes;

2. Validar a pertinência e adequação das questões efetuadas no questionário previamente construído para utilização na fase de estudo posterior, de acordo com as experiências e vivências de cada participante;
3. Perceber a forma como é realizada a gestão da medicação pelos indivíduos desta faixa etária da população, tendo em conta os exemplos discutidos durante as sessões com os grupos focais;
4. Compreender as diversas limitações e barreiras que conduzem a uma incorreta gestão da terapêutica;
5. Reunir toda a informação de relevo discutida nos grupos focais, com o intuito de perceber nesta primeira fase, ainda que de forma global, as experiências, expectativas, preferências, sentimentos, crenças e atitudes relativamente à autoadministração de medicamentos em contexto domiciliário;
6. Aferir os conteúdos e termos de consentimento informado a utilizar no estudo posterior.

Ao longo da reunião com os grupos focais serão abordados os tópicos:

- I) Doenças crónicas e terapêutica farmacológica;
- II) Polimedicação e complexidade do regime terapêutico;
- III) Adesão à terapêutica (intencional e não intencional);
- IV) O comportamento como um determinante na adesão à medicação;
- V) Gestão da medicação;
- VI) Autodeterminação na gestão da medicação.

Neste estudo, será previamente explicado o objetivo das reuniões e solicitada a autorização de cada participante para a recolha de informação escrita, gravação de voz, vídeo e fotografia, assim como para a publicação e divulgação dos resultados em revistas e fóruns da especialidade. Ao inscrever-se para esta atividade, os seus dados vão servir para gerir a atividade em causa e, eventualmente, enviar-lhe informações e atualizações em virtude da relação gerada pelo seu registo.

Para efeitos de divulgação, os dados recolhidos serão absolutamente confidenciais e tratados de forma anonimizada, sendo apresentados de forma agrupada. Até lá, apenas a equipa de investigação acima descrita terá acesso aos registos com identificação de pessoas, sendo os mesmos guardados em local seguro (*drive* Google dentro do servidor da Universidade de Évora, com palavra-passe renovada a cada 12 meses) com acesso restrito aos membros da referida equipa, através do Investigador Principal, Ana Margarida Advinha (*e-mail*: anamma@uevora.pt). O responsável pelos seus dados pessoais é a Universidade de Évora, com sede em Portugal, Colégio do Espírito Santo, Largo dos Colegiais,2, CP: 7000-803 Évora.

Se precisar de ajuda sobre o tratamento de informações, entre em contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade de Évora através do endereço de correio eletrónico: epd@uevora.pt.

O responsável concreto pelo tratamento dos seus dados pessoais no âmbito deste projeto é o Investigador Principal, Ana Margarida Advinha (anamma@uevora.pt). Pode consultar as informações detalhadas sobre o tratamento dos seus dados pessoais junto da equipa de investigação ou através da documentação disponibilizada aquando da aceitação de participação no estudo.

Não transferimos os seus dados pessoais a terceiros sem a sua prévia e expressa autorização esclarecida. A ferramenta informática usada para a criação e divulgação de eventos poderá ser indicada através do pedido endereçado a si@uevora.pt (assegurando o respeito pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD): Regulamento (UE) 2016/679) e Lei de Execução.

Os dados permanecerão sob tutela do Investigador Principal e serão destruídos decorridos após 5 anos ou caso os interessados o demandem.

Serão constituídos três grupos focais, tendo em vista o envolvimento de todos os potenciais intervenientes no processo de gestão da medicação dos idosos residentes na comunidade:

- 1) Grupo focal constituído por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na comunidade, que tomem pelo menos um medicamento de forma crónica e sejam responsáveis pela gestão da própria medicação;
- 2) Grupo focal constituído por *proxies* (i.e. familiares, amigos, vizinhos, entre outros) com papel de relevo no processo de gestão da medicação dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa;
- 3) Grupo focal constituído por profissionais de saúde (i.e. farmacêuticos, médicos, enfermeiros, entre outros) com papel de relevo no processo de gestão da medicação dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa.

Seja para as entrevistas, seja para a seleção de cada um dos demais grupos focais serão recolhidos consentimentos esclarecidos dos idosos selecionados, em vista do voluntariado tal como, da confidencialidade. Estas manifestações de vontade serão documentadas.

Pode ter acesso, retificar, excluir, opor-se ou exercer o seu direito de limitar o processamento dos seus dados e revogar o seu consentimento a qualquer momento nos termos de solicitação expressa nesse sentido.

O estudo será realizado na região do Alentejo. Os resultados obtidos a partir destes grupos focais constituirão a base do estudo etnográfico posterior, revestindo-se assim de um cariz fundamental para o protocolo de estudo a submeter à Comissão de Ética da Universidade de Évora.

Será igualmente envolvido o Encarregado de Proteção de Dados (EDP) da Universidade de Évora nos procedimentos correspondentes.

Apêndice III- Declaração de Consentimento Informado.

Declaração de Consentimento Informado

A “Autogestão da medicação pela população idosa: um ponto de partida para o estudo etnográfico (ENIGM@byElder)” é um projeto de investigação que tem como objetivo desenvolver a primeira fase de um estudo etnográfico sobre a autogestão da medicação pela população idosa residente na comunidade.

Neste sentido, este estudo terá como principais objetivos:

1. Reunir e auscultar três grupos focais correspondentes aos principais intervenientes no processo de gestão da medicação em e por idosos residentes na comunidade. Durante a realização dos grupos focais, serão apresentadas questões identificadas previamente na literatura, com vista ao envolvimento ativo de todos os participantes;
2. Validar a pertinência e adequação das questões efetuadas no questionário previamente construído para utilização na fase de estudo posterior, de acordo com as experiências e vivências de cada participante;
3. Perceber a forma como é realizada a gestão da medicação pelos indivíduos desta faixa etária da população, tendo em conta os exemplos discutidos durante as sessões com os grupos focais;
4. Compreender as diversas limitações e barreiras que conduzem a uma incorreta gestão da terapêutica;
5. Reunir toda a informação de relevo discutida nos grupos focais, com o intuito de perceber nesta primeira fase, ainda que de forma global, as experiências, expectativas, preferências, sentimentos, crenças e atitudes relativamente à autoadministração de medicamentos em contexto domiciliário;
6. Aferir os conteúdos e termos de consentimento informado a utilizar no estudo posterior.

Serão constituídos três grupos focais, tendo em vista o envolvimento de todos os potenciais intervenientes no processo de gestão da medicação dos idosos residentes na comunidade:

- 1) Grupo focal constituído por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na comunidade, que tomem pelo menos um medicamento de forma crónica e sejam responsáveis pela gestão da própria medicação;
- 2) Grupo focal constituído por *proxies* (i.e. familiares, amigos, vizinhos, entre outros) com papel de relevo no processo de gestão da medicação dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa;
- 3) Grupo focal constituído por profissionais de saúde (i.e. farmacêuticos, médicos, enfermeiros, entre outros) com papel de relevo no processo de gestão da medicação dos idosos, mesmo que estes sejam os responsáveis por essa tarefa.

Ao longo da reunião com os grupos focais serão abordados os tópicos:

- I) Doenças crónicas e terapêutica farmacológica;
- I) Polimedicação e complexidade do regime terapêutico;
- II) Adesão à terapêutica (intencional e não intencional);
- III) O comportamento como um determinante na adesão à medicação;
- IV) Gestão da medicação;
- V) Autodeterminação na gestão da medicação.

A recolha de informação decorrerá nas instalações da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, Largo Sr. Da Pobreza, 7000-811 Évora. Os grupos focais serão convidados a analisar a informação previamente disponibilizada, em entrevista conduzida pela equipa de investigação. A informação será recolhida nas formas de imagem, som e escrita.

- a) Pode ter acesso, retificar, excluir, opor-se ou exercer o seu direito de limitar o processamento dos seus dados e revogar o seu consentimento a qualquer momento nos termos de solicitação expressa nesse sentido;
- b) Para efeitos de divulgação, os dados recolhidos serão absolutamente confidenciais e tratados de forma anonimizada, sendo apresentados de forma agrupada. Até lá, apenas a equipa de investigação acima descrita terá acesso aos registos com identificação de pessoas, sendo os mesmos guardados em local seguro (*drive* Google dentro do servidor da Universidade de Évora, com palavra-passe renovada a cada 12 meses) com acesso restrito aos membros da referida equipa,

através do Investigador Principal, Ana Margarida Advinha (*e-mail*: anamma@uevora.pt). O responsável pelos seus dados pessoais é a Universidade de Évora, com sede em Portugal, Colégio do Espírito Santo, Largo dos Colegiais, 2, CP: 7000-803 Évora.;

- c) Se precisar de ajuda sobre o tratamento de informações, entre em contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade de Évora através do endereço de correio eletrónico: epd@uevora.pt;
- d) O responsável concreto pelo tratamento dos seus dados pessoais no âmbito deste projeto é o Investigador Principal, Ana Margarida Advinha (anamma@uevora.pt). Pode consultar as informações detalhadas sobre o tratamento dos seus dados pessoais junto da equipa de investigação ou através da documentação disponibilizada aquando da aceitação de participação no estudo;
- e) Não transferimos os seus dados pessoais a terceiros sem a sua prévia e expressa autorização esclarecida. A ferramenta informática usada para a criação e divulgação de eventos poderá ser indicada através do pedido endereçado a si@uevora.pt (assegurando o respeito pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD): Regulamento (UE) 2016/679) e Lei de Execução;
- f) Os dados permanecerão sob tutela do Investigador Principal e serão destruídos decorridos após 5 anos ou caso os interessados o demandem.

Eu, declaro para os devidos efeitos que participo de livre e espontânea vontade no grupo focal do estudo “Autogestão da medicação pela população idosa: um ponto de partida para o estudo etnográfico (ENIGM@byElder)”.

Mais declaro que me foram explicados os objetivos do estudo e que me foi garantida a confidencialidade dos dados recolhidos. Recebi a informação de que posso recusar participar ou interromper a minha participação a qualquer momento.

Consinto a recolha de dados durante o grupo focal nas formas de imagem, som e escrita. Compreendi e consinto o tratamento e publicação dos dados recolhidos, de forma absolutamente confidencial e anonimizada.

Aceito participar no grupo focal do estudo “Autogestão da medicação pela população idosa: um ponto de partida para o estudo etnográfico (ENIGM@byElder)”, nas condições acima referidas.

Participante:

..... / / Assinatura

Investigador Principal:

..... / / Assinatura

(Produza-se e assine-se em duplicado para participante e equipa de investigação)

Apêndice IV- Poster Publicado



4th CHRC Annual Summit

May 25th & 26th, 2023

Medication self-management by elderly: a starting point for the ethnographic study

MARIA IRIO¹, MARGARIDA PERDIGÃO², ANA MARGARIDA ADVINHA^{2,4}

¹ Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade do Algarve

² Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro e Norte Alentejano, Universidade de Évora, Évora, Portugal

³ CHRC- Comprehensive Health Research Centre, Universidade de Évora, Évora, Portugal

⁴ Escola de Saúde e Desenvolvimento Humano, Universidade de Évora, Portugal

Background: The aging of the population is accompanied by an increase in the prevalence of chronic diseases, polypharmacy, and intentional or unintentional non-adherence to therapy. In addition to these factors, the behavior, self-determination, as well as the experiences and preferences of the elderly, are key determinants that need to be assessed in the medication management process.

Objectives: Some of the specific objectives of the study will be:

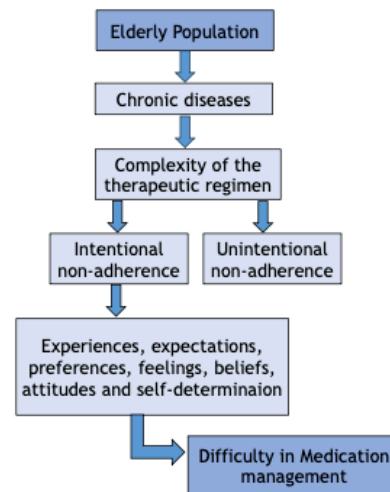
1. Validate the relevance and appropriateness of the questions asked in the previously constructed questionnaire for use in the subsequent study phase, based on each participant's experiences and life experiences.
2. Collect all pertinent information discussed in the focus group to gain a preliminary understanding, on a global level, of the experiences, expectations, preferences, feelings, beliefs, and attitudes towards self-administration.

Methods: We used a qualitative methodological approach in the first phase, consisting of three focus groups that correspond to the main stakeholders in the medication management process for community-dwelling elders in Alentejo. Based on the results of the first phase, we will launch the second phase of this study.

- Elderly individuals aged 65 or older, taking at least one medication chronically
- Healthcare professionals (pharmacists, nurses and physicians)
- Family members, neighbors, and friends who assist in the medication management

The topics that will be discussed in the three focus groups include concepts that affect medication management, such as polypharmacy and the complexity of the therapeutic regimen, and medication adherence

Preliminary Results:



Conclusions: The primary goal of this research is to gain a deeper understanding of the attitudes of elderly individuals in the home setting that negatively affect medication management. Additionally, the study aims to explore innovative approaches to help patients avoid problematic behaviors managing their medications.

References:

1. Fadare, O., Witry, M. (2023). "There Is Method to This Madness" A Qualitative Investigation of Home Medication Management by Older Adults. *Pharmacy*, 11, 42. <https://doi.org/10.3390/pharmacy11020042>
2. Faisal, S., Ivo, J., McMillan, C., Grindrod, K., & Patel, T. (2022). In-home medication management by older adults: a modified ethnography study using digital photography walkabouts. *Age and Ageing*, 51(1). <https://doi.org/10.1093/ageing/afab207>

