



UNIVERSIDADE DE  
**COIMBRA**

Guilherme Afonso Santana de Oliveira

**ADESÃO TERAPÊUTICA NUMA POPULAÇÃO IDOSA  
COM DIABETES, HIPERTENSÃO E DISLIPIDÉMIA  
SEGUIDA EM CENTRO DE SAÚDE  
ESTUDO OBSERVACIONAL**

Dissertação no âmbito do Mestrado de Geriatria orientada pela  
Professora Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva, e apresentada à  
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Setembro de 2023



Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Geriatria, realizada sob a orientação científica da Doutora Inês Rosendo Carvalho e Silva, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e da Doutora Cristina Isabel Tejo Gonçalves, da USF Esgueira Mais, ACeS Baixo Vouga.

## **Agradecimentos**

*"O indivíduo é um universo e uma prisão.  
Sem os outros, nós não somos."*

- Gendar Kinah, antigo bardo Spader

À Professora Inês Rosendo, pelo valioso apoio e orientação neste percurso.

À Doutora Cristina Tejo, por me guiar na árdua viagem que é o internato médico, da qual este trabalho é uma de muitas partes.

Aos Altos Oficiais Vestren e Oerlikon da Hegemonia Okaba, cujo conselho ultrapassa todos os outros, e sem os quais não estaria aqui.

Ao Temgar e à Kitsun, que mesmo noutra universo guiam a minha mão e a minha mente, respetivamente.

Ao Red, à Jane, ao May, à Rhea, ao Niko, à Jolanta, ao Djoraak, à Nike, ao Dhamil, ao Farid, à Faye, ao Peary e a todos os outros cujos nomes encheriam um documento maior que o presente, e a quem devo uma parte do meu ser.

À Kira, independentemente do espaço e do tempo, por me fazer ver que a dor pode ceder o seu lugar ao amor.

Ao desconhecido.

## **Siglas e Abreviaturas**

<b>ACeS</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>CSP</b>	Cuidados de Saúde Primários
<b>DL</b>	Dislipidémia
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>EAM</b>	Enfarte Agudo do Miocárdio
<b>HTA</b>	Hipertensão Arterial
<b>ICPC-2</b>	International Classification of Primary Care (2ª edição)
<b>MAT</b>	Medida de Adesão aos Tratamentos
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b><i>p</i></b>	Significância Estatística
<b>PEM</b>	Prescrição Eletrónica de Medicamentos
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar

# Índice

1.	Resumo .....	8
2.	Abstract.....	10
3.	Introdução.....	12
3.1	Contexto.....	12
3.2	Multimorbilidade .....	12
3.3	Polimedicação no idoso .....	13
3.4	Adesão medicamentosa .....	13
	Definição.....	13
	Quantificar a adesão .....	14
4.	Objetivos .....	18
4.1	Objetivo Geral 1.....	18
	Objetivos Específicos.....	18
4.2	Objetivo Geral 2.....	18
	Objetivos Específicos.....	18
5.	Metodologia.....	19
5.1	Amostra .....	19
5.2	Colheita de dados.....	19
5.3	Análise de dados .....	20
6.	Resultados.....	22
6.1	Análise Descritiva .....	22
6.1.1	Caracterização da amostra .....	22
6.1.2	Nível de adesão .....	23
6.1.3	Motivos de adesão e não adesão .....	27
6.2	Análise Inferencial.....	31
7.	Discussão.....	34
7.1	Resultados .....	34
	Nível de adesão .....	34

Fatores que afetam a adesão.....	35
Motivos de adesão .....	36
7.2 Limitações e potenciais vieses.....	37
Desenho do estudo .....	37
Vieses intrínsecos à população .....	38
7.3 Como podemos melhorar a adesão? .....	39
Fatores socioeconómicos .....	39
Fatores relacionados com o sistema de saúde.....	39
Fatores relacionados com a doença.....	40
Fatores relacionados com a medicação .....	40
Fatores intrínsecos ao utente.....	41
8. Conclusão.....	42
9. Bibliografia.....	43
10. Anexos.....	46
10.1 Questionário .....	46
10.2 Aprovação da Comissão de Ética.....	51

# 1. Resumo

**Introdução:** A adesão à terapêutica prescrita pelo médico é um componente essencial da gestão da doença crónica, com impacto não só na saúde do doente mas também no esforço que é requerido ao sistema e aos serviços de saúde, aos cuidadores informais, às famílias e à comunidade, como um todo. Numa população em envelhecimento, com crescente carga de multimorbilidade e polimedicação frequente, a adesão medicamentosa assume especial relevância. Verifica-se que os estudos publicados acerca da adesão medicamentosa no idoso, para além de escassos, apresentam resultados heterogéneos e, por vezes, díspares. Mais ainda, não existem estudos que comparem a adesão da mesma população a medicamentos para diferentes doenças.

**Objetivos:** O objetivo principal deste estudo foi caracterizar a adesão à medicação crónica em idosos com multimorbilidade, especificamente com os diagnósticos de hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e dislipidémia (DL). Pretendeu-se também averiguar os motivos para a adesão ou não adesão aos fármacos prescritos para as doenças em causa.

**Metodologia:** Estudo quali-quantitativo. Aplicou-se um questionário envolvendo a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), adaptado de Delgado e Lima (2001), a uma amostra de adultos idosos numa Unidade de Saúde Familiar (USF) no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Vouga. Foram questionados os motivos de adesão e não adesão em perguntas de resposta aberta.

**Resultados:** Obteve-se um total de 64 respostas válidas, tendo os participantes uma média de idade de 74,6 anos e sendo maioritariamente homens. O perfil de adesão global foi excelente para os três diagnósticos, com uma média de 4,88 em 5 para todos os itens da MAT. Os fatores de adesão reportados com mais frequência estão relacionados com o utente, o prescritor e a doença, exceto para a hipertensão no caso deste último. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o preenchimento do questionário em contexto de consulta e uma média de resultados de adesão auto-reportada mais elevada.

**Discussão e conclusão:** Os resultados vão de encontro ao descrito na literatura, mas oferecem uma nova perspetiva sobre os motivos por detrás da correta adesão. Supôs-se um acentuado viés de aceitabilidade social, dado o perfil de adesão global. As

limitações do estudo prendem-se principalmente com o tamanho da amostra, com a especificidades da população e as com aspetos inerentes à construção do questionário e à sua aplicação. Trabalhos futuros poderão combinar diferentes métodos de medir a adesão, reduzindo os vieses inerentes aos resultados auto-reportados pelos doentes. É também importante investigar os motivos que levam à adesão numa amostra representativa da população geral. Julgamos ainda relevante colher informação adicional, como o grau de dependência, doenças concomitantes e o apoio disponível aos doentes para a gestão da medicação.

## 2. Abstract

**Introduction:** Medication adherence is a centerpiece of chronic disease management, impacting not only patient health but also the effort required of health systems, caretakers, families and the community as a whole. In an aging world of multimorbidity and growing polypharmacy, medication adherence is especially relevant. Previous studies on medication adherence in the elderly are, apart from few in number, varied in results. Moreover, no studies comparing adherence to medications prescribed for different diseases, in the same population, were found.

**Objectives:** The aim of this article was to characterize adherence to chronic medication in a population of elderly adults with multimorbidity, specifically with the following diagnoses: hypertension (HTA), diabetes mellitus (DM) and dyslipidemia (DL). It also aimed to investigate the motives for adequate or nonadherence to the chronic medication.

**Methods:** Quali-quantitative study. A questionnaire including the Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), adapted from Delgado e Lima (2001), was conducted on a sample of elderly adults in a Family Health Unit (USF), part of the Baixo Vouga Health Center Group (ACeS) Motives for adherence and nonadherence were inquired in open ended questions.

**Results:** A total of 64 valid responses were obtained, with a majority the responders being men and the average age being 74,6 years. Global adherence profiles were excellent for all three diseases, averaging 4,88 out of 5 for the combined MAT items. The most frequently reported factors affecting adherence were related to the patient, the prescriber, and the disease – save for hypertension, in the latter's case. A statistically significant correlation between filling the questionnaire in the context of an in-person appointment and higher MAT average scores was found.

**Discussion and conclusion:** The results are in line with what has been described in former studies. Study limitations mainly pertained to sample size, population characteristics and questionnaire structure. An important social acceptability bias was presumed by the authors, given the global adherence profile. Future studies could pair different methods of measuring adherence, possibly reducing bias inherent to patient-reported results. It is also relevant to investigate the motives for adequate medication adherence in a more representative sample, as well as obtaining additional

information, such as degree of dependency, other comorbidities, and available patient support.

## 3. Introdução

### 3.1 Contexto

Vivemos uma importante transição demográfica. A população mundial continua a aumentar, algo que se prevê manter ao longo de todo o século XXI: em 2100, estima-se que será de cerca de 10,9 mil milhões de indivíduos. O aumento da esperança de vida tem levado a uma inversão das pirâmides etárias, algo já observado em países mais desenvolvidos. Determinados fenómenos, como o período de elevada natalidade que se seguiu à Segunda Guerra Mundial - o chamado *baby boom* - vêm ainda intensificar esta tendência, dado que a população nascida durante este período é agora idosa. Em simultâneo, é evidente a queda da taxa de natalidade a nível global, resultando numa diminuição de indivíduos nas faixas etárias mais jovens (1,2).

Em Portugal, as projeções do Instituto Nacional de Estatística apontam para um cenário inverso relativamente ao tamanho da população. A estimativa para 2080 é de 8,2 milhões, um decréscimo de cerca de 20% relativamente a 2018. Sendo, hoje, um dos países mais envelhecidos do mundo (3), Portugal continuará a perder jovens - de 1,4 para cerca de 1,0 milhões - e a ganhar idosos - de 2,2 para 3 milhões, em 2080. Esta projeção traduz-se numa quase duplicação do índice de envelhecimento, o qual se espera que estabilize perto de 2050. Mesmo as migrações de outros povos para o país, por norma de indivíduos mais jovens, dificilmente poderão contrariar esta mudança (2,4).

### 3.2 Multimorbilidade

O aumento da esperança de vida não é livre de consequências, em especial para a saúde do indivíduo. A acumulação de dano molecular e celular leva a uma inevitável perda de função e a maior vulnerabilidade (1,2). Sendo assim, apesar de o envelhecimento nem sempre ser acompanhado de doença, a prevalência de doença crónica tende a aumentar com a idade. Da mesma forma, a multimorbilidade - a coexistência de várias patologias crónicas - é mais frequente nos indivíduos idosos. O impacto da multimorbilidade ultrapassa a soma do impacto de cada patologia, influenciando negativamente a qualidade de vida e a autonomia; e aumentando a fragilidade, a procura de serviços de saúde e os custos associados à doença (5).

Com a melhoria da qualidade dos alimentos, da água e do saneamento, assim como a evolução de diversas áreas da saúde, o tipo de doenças que causam maior morbidade e mortalidade tem vindo a mudar. Limitadas pela vacinação e pelos antibióticos, as doenças infecciosas perderam o peso que tinham até há um século (6,7).

Ao mesmo tempo, o sedentarismo e o acesso cómodo a produtos alimentares - algo exacerbado em regiões socioeconomicamente mais desenvolvidas -, aliados a outros fatores ambientais, fizeram disparar a prevalência de doenças como a obesidade, a hipertensão arterial (HTA), a diabetes mellitus (DM) e a dislipidémia (DL) (8–10). Estas são fatores de risco conhecidos para outras doenças cardiovasculares, incluindo eventos cardiovasculares major, como o enfarte agudo do miocárdio (EAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) - as duas causas de morte mais prevalentes a nível global, em 2019 (7).

Mais do que a elevada mortalidade, estes diagnósticos implicam ainda um significativo fardo socioeconómico, dados os custos associados ao tratamento em fase aguda e crónica, a possível incapacidade ulterior, o simples absentismo laboral e o impacto ao nível dos cuidadores informais e familiares (11).

### **3.3 Polimedicação no idoso**

A gestão de uma doença crónica no idoso representa um enorme desafio terapêutico. A perda de capacidade funcional, juntamente com alterações na tolerância e metabolismo dos fármacos, limitam as opções terapêuticas em faixas etárias avançadas. Apesar disso, o contexto cada vez mais frequente de multimorbilidade implica medicar várias doenças em simultâneo, muitas vezes arriscando interações ou efeitos secundários indesejados (12). Embora não exista uma definição consensual para a mesma, o impacto da polimedicação é conhecido – em especial quando esta é inapropriada. A título de exemplo, pode ser um fator importante no desenvolvimento de várias síndromes geriátricas, entre os quais a fragilidade (12,13), ou na adesão à própria medicação (14).

### **3.4 Adesão medicamentosa**

#### **Definição**

Num cenário de vida real e de uma forma prática, a adesão medicamentosa pode ser descrita como a toma da medicação como prescrita – na dose, momento, frequência e duração indicadas (15). De um ponto de vista puramente analítico, a adesão medicamentosa é a razão entre o número de doses tomadas e o número de doses prescritas num determinado período de tempo. Neste caso, segundo Haynes (16), o limiar da correta adesão medicamentosa é de 80% das doses tomadas. Este, tal como outros, é um número arbitrário; e tal como outras definições de boa, ou má adesão, não é suportado por dados substanciais.

### **Quantificar a adesão**

O método para medir a adesão medicamentosa depende, em grande parte, do contexto e dos recursos disponíveis para o aplicar. Podemos dividir estes métodos em diretos e indiretos (17,18).

Os métodos diretos incluem: a) a monitorização da toma ou administração assistida, que, em teoria, assegura que esta foi feita de acordo com a prescrição, mas que pode ser contornada por doentes que ocultem a medicação na boca; b) a medição de concentrações séricas dos fármacos, a qual é teoricamente inequívoca, mas dispendiosa, invasiva e não aplicável a todos os princípios ativos; c) a medição de determinados valores fisiológicos, como é o caso da pressão arterial, da hemoglobina glicada, das glicémias capilares e do colesterol da fração LDL; contudo, a especificidade dos valores em causa limita este método a certas patologias e não existe forma de distinguir o impacto da adesão medicamentosa do da adesão às medidas não farmacológicas (18); d) o cálculo do rácio de posse de medicação – *medication possession ratio* –, o qual mais facilmente segue a definição de Haynes. Neste rácio, o denominador é o número de doses prescritas, sendo o numerador o número de doses levantadas na farmácia. Este método pode ser vulnerável a inúmeros fatores confundidores, sendo que em determinados contextos se torna impraticável a correta medição de variáveis como o número de doses tomadas; mesmo que seja possível determinar as doses levantadas na farmácia, estas nem sempre serão utilizadas (19).

Os métodos indiretos incluem o uso de questionários de auto-reporte da adesão, os quais poderão incluir medidas de avaliação da mesma. Estes podem explorar diversos aspetos da adesão, como a assiduidade e pontualidade relativas à posologia, assim como fatores que influenciam a adesão num contexto de vida real. Por outro lado, têm vieses intrínsecos, dependendo da literacia da população-alvo.

### **Fatores que afetam a adesão**

Considerando a heterogeneidade de métodos, é expectável que os dados disponíveis de adesão medicamentosa ofereçam evidência por vezes contraditória e, no fundo, difícil de compilar. Entretanto, características afetas aos medicamentos, como listas extensas de medicação crónica e posologias complexas, são obstáculos a uma correta adesão. Outros fatores podem estar relacionados com o doente, com o com o prescriptor, com o sistema de saúde, ou com as condições socioeconómicas no qual estes se inserem. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define cinco dimensões de fatores que afetam a adesão medicamentosa, listadas na **Tabela 1** (19,20).

**Tabela 1** - Fatores que influenciam a adesão

<b>Fatores socioeconómicos</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Nível de desenvolvimento e recursos locais</li><li>• Estabilidade social</li><li>• Minorias ou grupos étnicos (opressão, dificuldades acesso)</li><li>• Acesso aos cuidados de saúde</li></ul>
<b>Fatores relacionados com o sistema de saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Prescritor<ul style="list-style-type: none"><li>○ Desconhecimento do problema de não adesão</li><li>○ Preparação técnica</li><li>○ Comunicação ineficaz</li><li>○ Falta de confiança</li><li>○ Tempo de consulta ou contacto com o utente</li></ul></li><li>• Sistema de saúde<ul style="list-style-type: none"><li>○ Cuidados de saúde fragmentados, não continuados/longitudinais</li><li>○ Transição de cuidados (e.g. alta hospitalar)</li></ul></li></ul>
<b>Fatores relacionados com a doença</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Incapacidade derivada da doença</li><li>• Gravidade</li><li>• Evolução</li></ul>
<b>Fatores relacionados com a terapêutica</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Medicamento<ul style="list-style-type: none"><li>○ Custo</li><li>○ Características físicas (forma, dimensões, cor)</li><li>○ Modo de administração, formulação</li><li>○ Medicamentos genéricos</li><li>○ Efeitos adversos</li><li>○ Expectativa de benefício</li></ul></li><li>• Posologia<ul style="list-style-type: none"><li>○ Número de formulações</li><li>○ Frequência</li><li>○ Complexidade das instruções</li></ul></li></ul>
<b>Fatores intrínsecos ao utente</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Idade</li><li>• Limitações individuais</li><li>• Crenças e/ou preferências</li><li>• Estigma</li><li>• Literacia em saúde, habilitações</li></ul>

### **Adesão no idoso**

Tal como a polimedicação inapropriada, a má ou não adesão medicamentosa pode aumentar a incidência de eventos preveníveis e implicar custos significativos. Nos EUA, por exemplo, estima-se que até 10% dos custos relacionados com a saúde sejam derivados de não adesão (19). Em doentes idosos com multimorbilidade, esta pode acelerar a progressão para um estado de fragilidade, com crescente perda de autonomia, muitas vezes irrecuperável.

Os dados mais atuais sobre adesão medicamentosa no idoso referem-se ou ao conjunto da sua medicação crónica ou à medicação específica para uma certa doença (21). Num estudo de 2020 realizado na Polónia com recurso a um questionário anónimo, 88% dos participantes com 60 a 74 anos referiram tomar sempre a medicação para a DM segundo a sua prescrição; acima dos 74 anos, esta percentagem passava a 40% (22). Um estudo de 2016 levado a cabo na Coreia do Sul utilizou a base de dados do sistema nacional de seguro de saúde para calcular o rácio de posse da medicação em três amostras de doentes idosos, cada uma com um de três diagnósticos – HTA, DM e DL. Quase um terço dos participantes demonstraram má adesão segundo o limiar de Haynes, com a amostra de DL a liderar esta mesma (23). De notar que, embora tenha avaliado a adesão medicamentosa nos três diagnósticos de forma distinta, não era um objetivo do estudo avaliar a adesão do mesmo participante às várias doenças; adicionalmente, os autores não referem qualquer correlação da adesão com a idade ou faixa etária.

Outro estudo de 2014 em Itália avaliou a adesão medicamentosa de uma amostra de idosos polimedicados na transição de cuidados, nomeadamente após a alta de internamento em Medicina Interna (24). Os autores descobriram que mais de metade dos participantes reportava má adesão aos quinze a trinta dias, e que este número subia para quase dois terços da amostra aos três meses. O estudo refere ainda que menos de um terço dos participantes compreendia o motivo pelo qual a medicação fora prescrita. Uma vez mais, dentro da amostra, não foi encontrada correlação entre a idade e a adesão.

Um estudo realizado em Portugal em 2020 recorreu a um questionário com uma medida de adesão nacional – a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), validada para uso na população Portuguesa (25). De uma amostra de utentes idosos no contexto de cuidados de saúde primários (CSP), os autores determinaram que 47,7% não aderiam à terapêutica; no entanto, o limiar utilizado foi a mediana dos resultados da MAT. Adicionalmente, o estudo revelou que os principais fatores para a não adesão, na amostra em causa, eram o esquecimento, as dificuldades em gerir a medicação, preocupação com efeitos adversos e o preço dos medicamentos.

Um outro estudo, de 2021, utilizou uma adaptação da Morisky Medication Adherence Scale (MMAS), tendo os autores aplicado a mesma a uma amostra de utentes idosos com doença crónica em dois momentos diferentes (26). A adesão foi alta em ambos, embora tenha havido um decréscimo não significativo entre os dois momentos de avaliação (de 82% para 74%). Verificou-se ainda que a maioria dos participantes precisavam de apoio de familiares ou outros cuidadores para adquirir a medicação, tanto a nível financeiro como de mobilidade. Cerca de um quarto dos participantes admitiu esquecimento na toma da medicação.

Considerando que nenhum dos estudos prévios acerca do tema o fez, justificase a necessidade de avaliar a adesão a medicamentos para diferentes doenças no mesmo grupo de doentes, de modo a se comparar não só a adesão a estes como os motivos descritos pelos doentes para tal. Compreendendo estes últimos, esperamos conseguir abordar de forma mais dirigida as lacunas na adesão no contexto da consulta, numa tentativa de a melhorar a longo prazo.

## 4. Objetivos

Foram definidos dois objetivos gerais:

### 4.1 Objetivo Geral 1

Caracterizar a adesão à medicação crónica numa população de doentes idosos com hipertensão, diabetes e dislipidemia, numa Unidade de Saúde Familiar;

#### **Objetivos Específicos**

- 1) Caracterizar os dados sociodemográficos da amostra;
- 2) Caracterizar os dados terapêuticos e clínicos da amostra;
- 3) Caracterizar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa na amostra;
- 4) Averiguar, a associação entre o nível de adesão e o sexo, idade, escolaridade, número de medicamentos e anos de doença;
- 5) Averiguar os desafios metodológicos inerentes à colheita e análise de dados.

### 4.2 Objetivo Geral 2

Avaliar motivos de adesão e não-adesão medicamentosa numa população de doentes idosos com hipertensão, diabetes e dislipidemia, numa Unidade de Saúde Familiar.

#### **Objetivos Específicos**

- 1) Identificar e categorizar os fatores de adesão mais frequentemente referidos pelos doentes;
- 2) Identificar e categorizar os fatores de não adesão mais frequentemente referidos pelos doentes.

## 5. Metodologia

Realizou-se um estudo quali-quantitativo, observacional e transversal na USF Esgueira +, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Vouga.

Foi obtido o parecer da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Foi ainda obtida a autorização do Coordenador da USF em causa.

### 5.1 Amostra

Foram selecionados todos os utentes com idade igual ou superior a 65 anos, com os diagnósticos concomitantes de hipertensão arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) e dislipidémia (DL), assim como seguimento em consulta de vigilância de Risco Cardiovascular (Diabetes/Hipertensão) na unidade em estudo.

Foram excluídos os utentes sem prescrição de medicação crónica para os três diagnósticos supracitados desde há pelo menos um ano. Foram ainda excluídos utentes que dependessem inteiramente de terceiros para a gestão da sua medicação crónica, como utentes institucionalizados, acamados ou com défice cognitivo grave.

Foi utilizada a plataforma de estatística MIM@UF para obter todos os utentes com os diagnósticos em causa, representados pelos respetivos códigos ICPC-2: K86 e K87 (HTA), T89 e T90 (DM), T93 (DL). Cruzando estes na aplicação Microsoft Office Excel®, obtiveram-se os utentes que apresentavam os três diagnósticos em simultâneo. As aplicações SClínico e PEM permitiram aplicar os restantes critérios de inclusão e os critérios de exclusão.

### 5.2 Colheita de dados

Foi elaborado um inquérito (Anexo 1) composto pelos seguintes itens:

- Dados individuais: sexo, idade, habilitações literárias.
- Dados clínicos (preenchidos pelo investigador): data do diagnóstico de HTA, DM, DL; número de fármacos que toma cronicamente; número de comprimidos ou outras formulações que toma cronicamente.
- Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), validada em Português de Portugal (27). Esta consiste em sete itens de resposta múltipla com base numa escala de Likert que foi usada neste estudo com cinco pontos, de "Sempre" a "Nunca";
- Pergunta aberta acerca dos motivos para a adesão ou não adesão.

Os dois últimos itens foram aplicados separadamente para as três patologias em estudo – Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidémia. O inquérito foi anonimizado e toda a informação potencialmente identificativa dos utentes foi descartada.

Os autores da MAT não definem um método específico de interpretação dos seus resultados. Ao contrário de estudos prévios, alguns dos quais se detalham na discussão, decidiu-se não utilizar um limiar que definisse a boa adesão medicamentosa, pelo que não se dividiu a amostra em utentes aderentes e não aderentes; ao invés, partiu-se de um princípio de superioridade para valores mais altos, correspondendo a média de 5, em teoria, a uma adesão medicamentosa perfeita.

A colheita de dados foi realizada pelos autores do estudo de 27 de Fevereiro de 2023 a 25 de Julho de 2023, através de duas vias: entrevista presencial em contacto oportunista, no caso de utentes que vieram a Consulta de Saúde de Adultos ou Vigilância de Risco Cardiovascular; e convocatória telefónica, sendo os utentes inteiramente responsáveis por recolher, preencher e entregar o inquérito e respetivo consentimento informado devidamente preenchido e assinado. A decisão entre as duas foi adequada às características individuais de cada participante, como acesso à USF, literacia ou mera preferência pessoal. O meio preferencial de convocatória foi a via telefónica, dada a dimensão da amostra e a janela temporal disponível para a colheita de dados. Face à dimensão da população, considerando uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, definiu-se – através do software Raosoft® – 150 como o tamanho mínimo da amostra a ser estudada e pretendeu-se recrutar utentes até se atingir este número-alvo. Foram contactados todos os utentes que não foram entrevistados presencialmente, tendo-se repetido o contacto uma vez nos que não atenderam ao primeiro.

### **5.3 Análise de dados**

No tratamento inicial dos dados foi utilizada a aplicação Microsoft Office Excel®, tendo-se recorrido à aplicação JMP Statistical Discovery® para realizar a análise descritiva e toda a análise inferencial. Aos dados de natureza qualitativa aplicou-se análise de conteúdo, com categorização e descrição da informação resultante.

A análise descritiva incluiu a descrição das variáveis em estudo, tendo-se determinado as respetivas médias, desvios-padrão e medianas.

Foram utilizados diferentes testes estatísticos, dos quais o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, o teste de Wilcoxon para duas amostras independentes (uma

alternativa ao teste de U de Mann Whitney, indisponível na aplicação em causa), o teste de correlação de Spearman e o teste de Kruskal-Wallis.

Foi escolhido um valor de significância ( $p$ ) de 0,05, considerando-se que havia significância estatística se  $p < 0,05$ .

## 6. Resultados

### 6.1 Análise Descritiva

#### 6.1.1 Caracterização da amostra

Foi obtida uma população de 244 utentes. Aplicando os critérios de exclusão, obteve-se 173 potenciais participantes. Obteve-se um grupo de estudo de 64 utentes, dos quais 22 (34,4%) preencheram o questionário em contexto de consulta, sob a supervisão de um investigador ou, em casos de limitação maior como analfabetismo, através de um destes. Os restantes participantes recolheram o questionário na secretaria da USF e preencheram-no no domicílio, não tendo sido possível determinar quantos, ao certo, o fizeram com o apoio de familiares. A **Tabela 2** apresenta um sumário das características da amostra.

A média de idades no grupo e estudo foi de 74,6 anos, e 57,8% dos participantes eram homens. Quanto às habilitações literárias, 60,9% possuíam o quarto ano de escolaridade e apenas 12,5% tinham formação superior.

**Tabela 2** – Características da amostra

<b>Características da amostra</b>
Idade: <ul style="list-style-type: none"><li>• 65-86 anos</li><li>• Média 74,6 (<math>\pm 6,1</math>) anos</li></ul>
Escolaridade: <ul style="list-style-type: none"><li>• 5 (7,8%) nenhuma</li><li>• 1 (1,5%) menor que o quarto ano</li><li>• 39 (60,9%) ensino básico</li><li>• 5 (7,8%) ensino preparatório</li><li>• 6 (9,4%) ensino secundário</li><li>• 8 (12,5%) ensino superior</li></ul>
Contexto de preenchimento: <ul style="list-style-type: none"><li>• 22 (34,4%) com supervisão de um investigador</li><li>• 42 (65,6%) no domicílio</li></ul>
Anos de diagnóstico <ul style="list-style-type: none"><li>• HTA: média 13 anos</li><li>• DM: média 11,5 anos</li><li>• DL: média 12,5 anos</li></ul>

No que respeita aos anos de diagnóstico, os utentes da amostra apresentavam, tendencialmente, mais anos de diagnóstico de HTA, com DM a ser codificado há menos tempo. Relativamente à medicação em curso, 78,1% dos participantes tinham um número de princípios ativos superior às formulações prescritas; a média de formulações prescritas era de 6,8 por utente, e a média de princípios ativos na medicação crónica era de 8,4.

### 6.1.2 Nível de adesão

No que respeita ao nível de adesão, os resultados obtidos no conjunto das questões, por utente e para um intervalo teórico de 1 a 5, apresentaram uma média de 4,88 e a mediana 4,98, sendo que metade dos participantes (n=32) tiveram o valor máximo de 5. Não se verificou a normalidade desta variável para a amostra em questão, como demonstrado pelo resultado do teste W de Shapiro-Wilk ( $p < 0,05$ ).

As respostas à MAT para a medicação de cada patologia em causa são descritas nas **Tabelas 3 a 5**. As perguntas com as menores médias (cerca de 4,70) foram as relacionadas com o esquecimento e com a pontualidade da toma, algo verificado para os três grupos de medicamentos. As restantes perguntas, em qualquer das secções, obtiveram médias acima de 4,86, e em alguns casos uma média de 5. A mediana foi 5 para todas as perguntas, e a média para o conjunto das três patologias foi de 4,88.

**Tabela 3** - Adesão aos medicamentos para a Hipertensão.

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Raramente	Nunca	Média	Mediana
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a Hipertensão?	0	0	1,6% (1)	26,6% (17)	71,9% (46)	4,7	5
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a Hipertensão?	0	0	1,6% (1)	28,1% (18)	70% (45)	4,69	5
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão por se ter sentido melhor?	0	1,6% (1)	0	3,1% (2)	95,3% (61)	4,92	5
4. Alguma deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão, por sua iniciativa após se ter sentido pior?	0	0	0	4,7% (3)	95,3% (61)	4,95	5
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a Hipertensão, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0	1,6% (1)	0	0	98,4% (63)	4,95	5
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a Hipertensão por ter deixado acabar os medicamentos?	0	0	1,6% (1)	7,8% (5)	90,6% (58)	4,89	5
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	0	0	1,6% (1)	3,1% (2)	95,3% (61)	4,94	5

**Tabela 4** - Adesão aos medicamentos para a Diabetes Mellitus.

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Raramente	Nunca	Média	Mediana
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a Diabetes?	0	0	0	26,6% (17)	73,4% (47)	4,73	5
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a Diabetes?	0	0	1,6% (1)	26,6% (17)	71,9% (46)	4,7	5
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Diabetes por se ter sentido melhor?	0	0	0	1,6% (1)	98,4% (63)	4,98	5
Alguma deixou de tomar os medicamentos para a Diabetes, por sua iniciativa após se ter sentido pior?	0	0	0	0	100% (64)	4,95	5
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a Diabetes, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0	0	0	1,6% (1)	98,4% (63)	5	5
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a Diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?	0	0	0	4,7% (3)	95,3% (61)	4,95	5
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Diabetes por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	0	0	0	0	100% (64)	5	5

**Tabela 5 - Adesão aos medicamentos para a Dislipidemia**

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Raramente	Nunca	Média	Mediana
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a Dislipidemia?	0	0	1,6% (1)	26,6% (17)	71,9% (46)	4,7	5
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a Dislipidemia?	0	0	1,6% (1)	26,6% (17)	71,9% (46)	4,7	5
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Dislipidemia por se ter sentido melhor?	0	0	0	4,7% (3)	95,3% (61)	4,95	5
4. Alguma deixou de tomar os medicamentos para a Dislipidemia, por sua iniciativa após se ter sentido pior?	0	0	0	0	100% (64)	5	5
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a Dislipidemia, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0	0	0	0	100% (64)	5	5
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a Dislipidemia por ter deixado acabar os medicamentos?	0	0	1,6% (1)	9,4% (6)	93,8% (57)	4,86	5
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Dislipidemia por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	0	1,6% (1)	0	3,1% (2)	95,3% (61)	4,92	5

### 6.1.3 Motivos de adesão e não adesão

De todos os participantes, 86% responderam às perguntas abertas acerca dos motivos de adesão e não adesão. O grupo de participantes que respondeu oralmente ao questionário frequentemente não ofereceu motivos distintos entre diferentes patologias, aplicando de igual forma as respostas relativas à Hipertensão às restantes perguntas. Pela diferença no método de colheita, decidiu-se descrever estas respostas à parte.

As respostas à pergunta aberta foram classificadas de acordo com os motivos expressos de adesão e não adesão. Destes últimos, houve apenas menção de 4, tendo dois participantes referido o preço dos medicamentos (Geral), um referido reações adversas (HTA – tonturas) e outro referido falta de apoio para a toma adequada (Geral).

Quanto aos motivos de adesão, obteve-se um total de 137 motivos distintos. Foram utilizadas as cinco dimensões que afetam a adesão definidas pela OMS, tendo-se triado e identificado o conjunto das respostas com quatro destas. A única categoria a que não correspondeu qualquer resposta foram os fatores socioeconómicos; as restantes são descritas e exemplificadas na **Tabela 6**. No caso dos participantes que referiram vários motivos de adesão, estes foram contabilizados e registados de forma distinta.

**Tabela 6** – Motivos de adesão

<b>Fatores relacionados com o sistema de saúde</b> (n=40)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Confio na médica de família"</li> <li>• "Foi receitado pelo médico"</li> </ul>
<b>Fatores relacionados com a doença</b> (n=19)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Tomo (...) por medo do sangue gordo, bloqueia as artérias e pode provocar ataque cardíaco"</li> <li>• "Para aumentar o tempo de vida nas melhores condições possíveis"</li> </ul>
<b>Fatores relacionados com a terapêutica</b> (n=16)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Faz-me sentir melhor"</li> <li>• "Sinto-me confortável com a medicação"</li> </ul>
<b>Fatores relacionados com o utente</b> (n=62)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• "A gente tem a consciência que tem que ser"</li> <li>• "Sinto que tomando tudo a horas estou a olhar pelo meu bem-estar"</li> </ul>

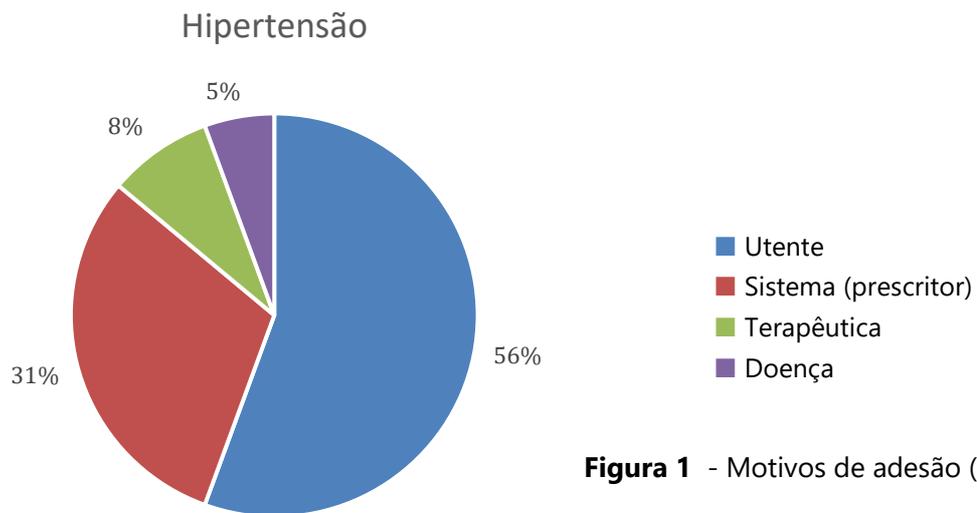
Os fatores relacionados com o sistema de saúde incluíram, principalmente, o papel do prescritor, tendo este influência pela relação médico-doente, confiança do utente ou mera indicação. Nos fatores relacionados com a doença, incluíram-se respostas que mencionaram complicações prévias de qualquer uma das doenças em causa, assim como menções da gravidade ou possível evolução destas, caso

estivessem mal controladas. Quanto aos fatores relacionados com a terapêutica, considerou-se descrições de benefício palpável atribuído diretamente à toma da medicação, fosse a nível de sintomas ou de diferentes meios complementares de diagnóstico. Por fim, relativamente aos fatores relacionados com o utente – a categoria com maior frequência –, considerou-se menções às crenças individuais do doente, assim como respostas que descrevessem a literacia para a própria saúde.

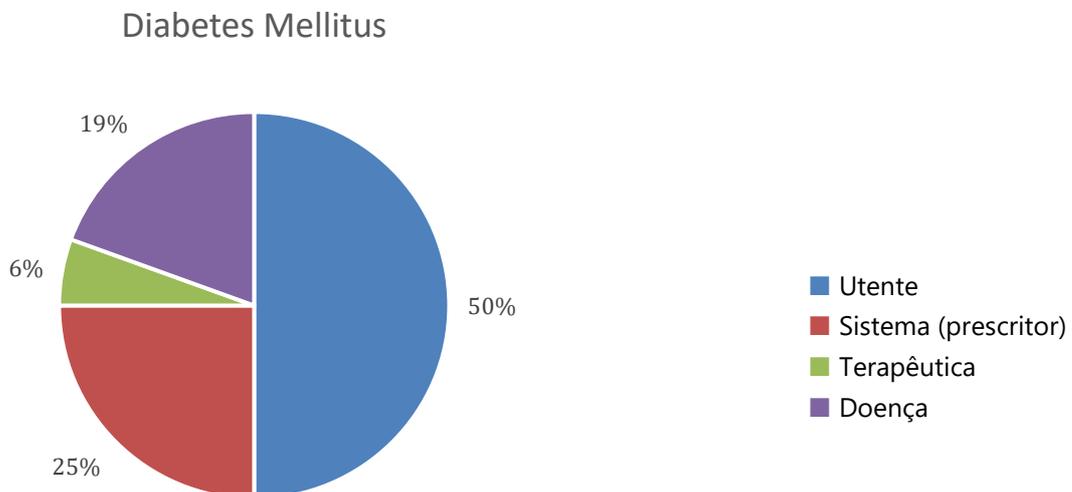
Os motivos de adesão são quantificados nas **Figuras 1 a 4**, as quais apresentam um gráfico circular para cada uma das três patologias, assim como um quarto gráfico para as respostas assumidas como “Gerais”. Cada um dos gráficos mostra a frequência de cada resposta sob a forma de percentagem.

Para as três patologias, assim como para os participantes que generalizaram os motivos de adesão, o fator predominante que motivou a adesão foi o utente, com o foco a incidir sobre a literacia em saúde. Seguiu-se o sistema de saúde, nomeadamente o prescritor. O terceiro motivo mais frequente relativamente à medicação para a DM e para a DL foram as características ou experiência da doença – 19% e 17%, respetivamente, em contraste com os antihipertensores (6%). A terapêutica teve uma relevância menor nas respostas de todas as doenças consideradas.

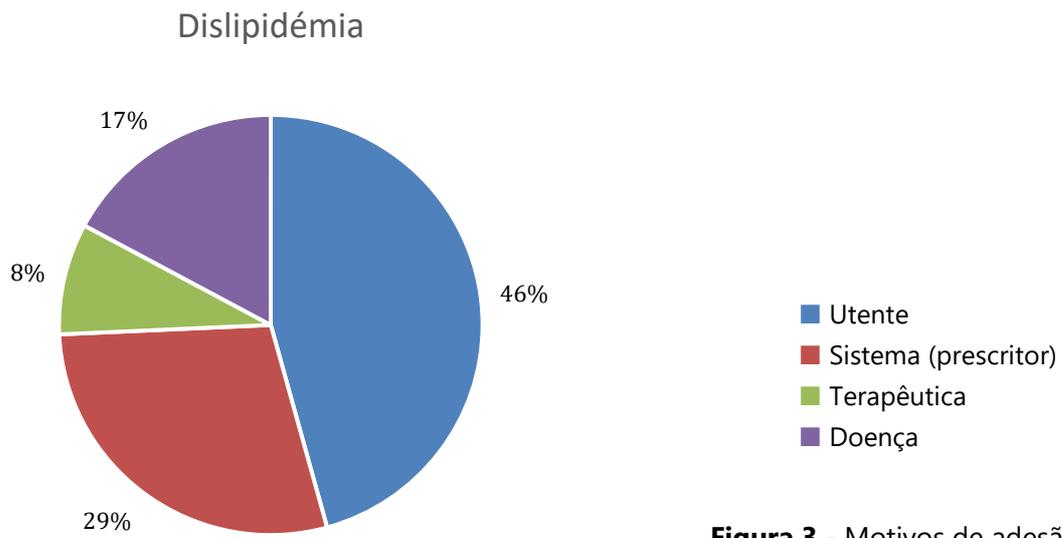
No caso das respostas qualificadas como “Gerais”, os fatores relacionados com o sistema e com o utente tiveram a mesma frequência (31%). De notar, porém, que uma maioria das respostas relacionadas com o prescritor referiam a confiança neste ou respeito sentido, ao invés da simples indicação médica; em simultâneo, metade das respostas relacionadas com o utente mencionaram crenças pessoais, uma minoria nas respostas a cada doença em específico. O terceiro motivo mais frequente foram os fatores relacionados com a terapêutica (25%).



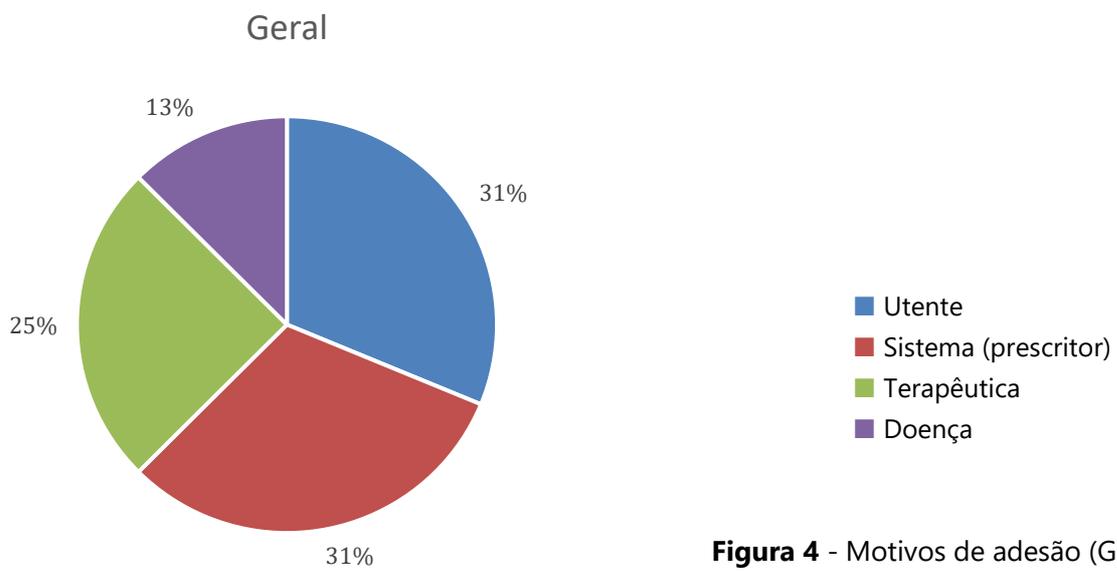
**Figura 1** - Motivos de adesão (HTA)



**Figura 2** - Motivos de adesão (DM)



**Figura 3** - Motivos de adesão (DL)



**Figura 4** - Motivos de adesão (Gerais)

## 6.2 Análise Inferencial

Partindo dos dados acima, foi procurada a relação entre o nível de adesão e o sexo, idade, escolaridade, número de medicamentos e anos de doença.

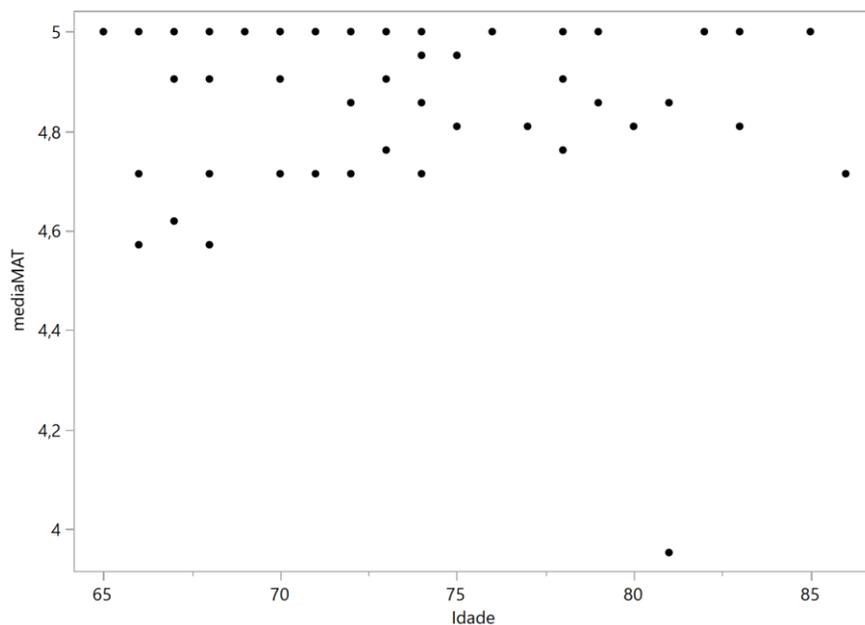
### Sexo

Observou-se uma mediana de adesão superior nos participantes do sexo masculino (4,92) em comparação com o sexo feminino (4,83). O teste de Wilcoxon de duas amostras independentes revelou que esta diferença não foi estatisticamente significativa ( $p=0,09$ ).

De notar, ainda, que o número de participantes do sexo masculino com uma média de resposta à MAT de 5 (21) foi quase o dobro do sexo feminino (11).

### Idade

Foi realizado o teste de correlação de Spearman entre a idade dos participantes e a média de todas as perguntas, tendo-se obtido um  $\rho$  de Spearman de 0,17 e não se tendo verificado significância da mesma ( $p=0,19$ ). A ausência de correlação é evidente na **Figura 5**.



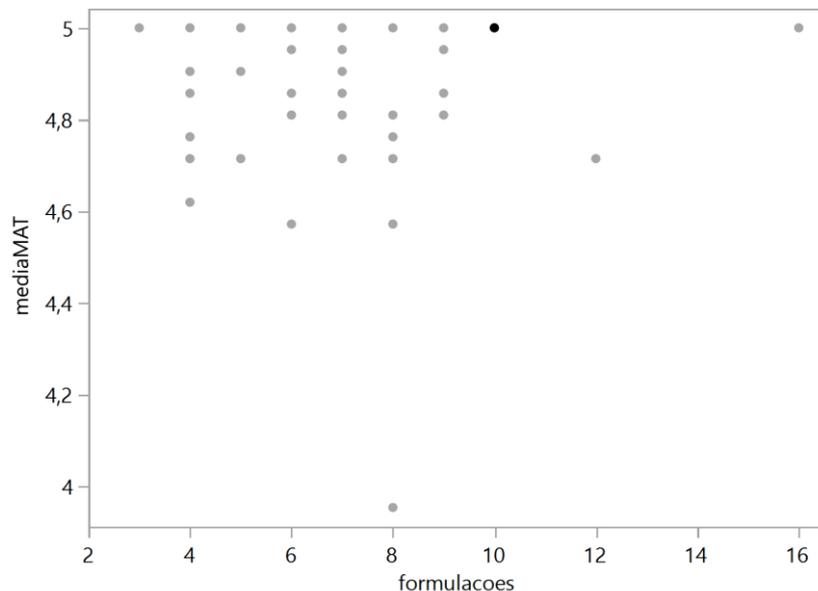
**Figura 5** - *Bivariate fit* entre a idade e a média de todas as respostas

### Escolaridade

Relativamente à escolaridade, as respostas foram triadas em seis categorias: nenhuma, inferior ao 4º ano de escolaridade, 4º ano de escolaridade, inferior ao 10º ano de escolaridade, ensino secundário e ensino superior. Verificaram-se medianas superiores nos participantes com o 4ª ano de escolaridade ou inferior. Foi realizado o teste de Kruskal-Wallis, não se tendo verificado uma diferença significativa entre as seis categorias ( $p=0,22$ ).

### Número de formulações

Foi realizado o teste de correlação de Spearman entre o número de formulações e a média de todas as perguntas, tendo-se obtido um  $\rho$  de Spearman de  $-0,05$  e não se tendo verificado significância da mesma ( $p=0,69$ ). A ausência de correlação é evidente na **Figura 6**.



**Figura 6** - Bivariate fit entre o número de formulações e a média de todas as respostas

Realizou-se ainda o teste de correlação de Spearman para o número de princípios ativos, assim como para o rácio entre este último e o número de formulações; não se verificou correlação estatisticamente significativa em qualquer um dos dois ( $p=0,58$  e  $p=0,50$ , respetivamente).

### **Anos de doença**

Foi realizado o teste de correlação de Spearman entre os anos de doença e a média das respostas das perguntas relativas à doença em causa, tendo-se obtido um  $\rho$  de Spearman de -0,02 e não se tendo verificado significância da mesma ( $p=0,76$ ).

### **Contexto de preenchimento**

Diferenciando as duas vias de preenchimento do questionário, observou-se uma mediana superior no grupo de participantes que responderam em contexto de consulta (4,96) em comparação com aqueles que o fizeram no domicílio, sem supervisão do investigador (4,84). O teste de Wilcoxon de duas amostras independentes revelou que esta diferença era estatisticamente significativa ( $p<0,05$ ).

## 7. Discussão

### 7.1 Resultados

Este estudo teve os seguintes objetivos: caracterizar os dados sociodemográficos, terapêuticos e clínicos de uma amostra de idosos com multimorbilidade; caracterizar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa na amostra; averiguar a relação, se possível, entre o nível de adesão e o sexo, idade, escolaridade, número de medicamentos e anos de doença; caracterizar os fatores de adesão e de não adesão mais frequentemente expressos pelos doentes; e averiguar os desafios metodológicos inerentes à colheita e análise de dados.

#### Nível de adesão

Os resultados do questionário mostram um perfil de adesão global excelente para qualquer um dos três diagnósticos, com uma média aproximada de 4,88 e mediana de 4,98, numa escala de 1 a 5, para todos os itens da Medida de Adesão aos Tratamentos. Abaixo exploramos os resultados de diferentes estudos que utilizaram a MAT em Portugal.

Um estudo de 2018 que mediu a adesão em adultos com DM observou uma adesão teoricamente perfeita em 34,4% dos participantes. Este estabeleceu ainda uma escala dicotómica à qual correspondeu as respostas: "Não Aderente" para "Nunca" (6) e "Raramente" (5); "Aderente" para as restantes quatro opções. Segundo esta escala, o nível de adesão da amostra foi de 90%. A idade média (e DP) desta amostra era de 66,1 ( $\pm 10,5$ ) anos (28).

Outro estudo de 2014 que também mediu a adesão em adultos com DM estabeleceu uma escala dicotómica nos mesmos moldes, com 67% dos participantes a serem considerados aderentes. Embora a amostra fosse constituída por adultos, a faixa etária dos 60 aos 79 anos incluía a maioria dos participantes (67,5%). Não se encontrou, no entanto, relação estatisticamente significativa entre a adesão e a idade (29).

Um estudo de 2020 mediu a adesão a todos os medicamentos numa amostra de adultos idosos e polimedicados e utilizou, tal como o presente trabalho, as médias das respostas à MAT; o valor médio destas foi de 5.47 ( $\pm 0.47$ ), ligeiramente inferior ao equivalente nos resultados do presente estudo. Os autores definiram também uma escala dicotómica com os valores destas últimas, sendo o valor de corte a mediana da variável; segundo esta, 52,7% dos utentes eram aderentes à medicação (25).

Por fim, um estudo de 2011 mediu a adesão a todos os medicamentos numa amostra de adultos idosos, mas que frequentavam um centro de dia. Os autores pontuaram as respostas numa escala própria, de “não adere totalmente” (1) a “adere completamente” (6). Os níveis 5 e 6 de adesão foram os que obtiveram maior frequência (45% e 49%, respetivamente), não tendo havido qualquer resposta abaixo de 4 (30).

Apesar da diferença no número de níveis na escala de medida – das originais seis para cinco –, o facto de não se ter estabelecido um limiar de boa adesão permite na mesma a análise dos resultados; esta diferença compromete, porém, possíveis comparações diretas com estudos prévios. No entanto, verifica-se que, tal como no presente estudo, a restante literatura que recorreu à MAT verificou um nível de adesão elevado.

O relatório de adesão medicamentosa da OMS, de 2003, estimava esta a 50% para a população em geral, dados retirados de revisões prévias (20); uma outra revisão apontava para 43 a 78% (17), e outra para 26 a 59% em doentes com 60 ou mais anos (31). Existia, porém grande variedade nos métodos utilizados para medir a adesão, dos quais raramente se incluíam ferramentas de auto-reporte.

Tendo em conta o supracitado, consideramos que os valores de adesão auto-reportada encontrados no presente estudo não correspondem à realidade relatada no estado da arte, o que se poderá dever a vários fatores. Um destes poderá ser a perceção que os utentes têm da gravidade da doença, em especial quando existe multimorbilidade, como é o caso desta amostra. Pesa ainda o contexto em que o questionário foi preenchido, incluindo o facto de, mesmo no preenchimento no domicílio, a convocatória ter sido feita por um profissional de saúde – nomeadamente um médico. Estas ilações são detalhadas na secção 7.2 (Limitações e vieses).

### **Fatores que afetam a adesão**

Não se verificou uma associação estatisticamente significativa entre a média de resultados de adesão e o sexo, a idade, a escolaridade, o número de formulações ou princípios ativos tomados diariamente e os anos de doença.

Relativamente ao sexo e à escolaridade, estudos prévios em Portugal também não encontraram uma associação significativa (25,29); no entanto, um desses estudos determinou uma correlação positiva entre a idade e o nível de adesão. Uma revisão de 2017 realizou uma análise de subgrupos e determinou que o sexo masculino tinha um risco de não adesão aos antihipertensores 1.3 vezes superior ao do sexo feminino, mas que a percentagem de não adesão nas mulheres era superior, sendo a diferença para o sexo masculino estatisticamente significativa (32).

Relativamente ao componente metodológico, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o preenchimento do questionário em contexto de consulta e uma média de resultados de adesão auto-reportada mais altos. Esta tendência pode-se dever a um viés de aceitabilidade social, porventura acentuado na presença de um investigador que é, também, prescritor – e em certos casos até prestador frequente de cuidados ao participante. Um estudo de 2007 investigou as perspetivas dos prestadores de cuidados de saúde e dos doentes, tendo concluído que os profissionais de saúde suporiam que apenas 9% dos doentes não lhes contariam que não iriam levantar a medicação, um forte contraste com os 83% de doentes que admitiram a possibilidade de fazer isso mesmo (33).

### **Motivos de adesão**

Dentro dos motivos de adesão, o padrão de resposta foi semelhante entre as três doenças estudadas, com a exceção dos fatores relacionados com a doença. É notória a maior frequência destes no caso da medicação para a DM e para a DL, acima de tudo pela perceção de maior gravidade da doença, antecedentes relacionados com a mesma, evolução futura, e anteriores ou potenciais complicações.

Da pesquisa efetuada em diversas bases de dados, não se encontrou qualquer estudo que categorizasse os motivos de adesão da mesma forma que o presente trabalho; frequentemente, o foco estava nos motivos de não adesão. Isto não impede os autores de detalhar os achados de outros estudos considerados prementes para este objetivo.

Um estudo de 2021 em Portugal investigou a perspetiva dos doentes sobre a adesão medicamentosa da hipertensão, tendo utilizado, ao contrário do presente trabalho, questões específicas sobre dificuldades na adesão. Estas foram aplicadas no contexto de grupos focais e abordaram fatores específicos que, aos olhos dos utentes, afetam a adesão. Destes destacamos: obstáculos como os efeitos adversos, os quais a maioria dos participantes afirmou não ter sofrido, sendo mesmo assim uma preocupação para alguns; dificuldades na toma como o esquecimento, frequentemente associado a irregularidades na rotina; estratégias facilitadoras da toma correta, como mnemónicas, tabelas de posologia, organização das caixas dos medicamentos, ou simplificação do esquema posológico; a família ou esfera social próxima, seja através de um papel informativo ou apoio mais direto à adesão; os cuidados de saúde primários, através da informação, motivação e monitorização; e o uso da tecnologia, através de medidas simples como lembretes ou pelo acesso fácil que oferece a informação sobre a doença e respetiva medicação – embora esta nem sempre seja fiável (34).

Um outro estudo realizado em Portugal descreve primariamente os motivos de não adesão no idoso, dos quais o esquecimento (38,8%), o número elevado de medicamentos (14,3%), a preocupação com efeitos secundários (10,7%) e o preço (9,2%) foram os mais frequentemente relatados. Não obstante, os autores notam também fatores com possível influência positiva na adesão: a literacia acerca da própria doença e dos medicamentos, a esfera social próxima, como amigos e família (25).

## **7.2 Limitações e potenciais vieses**

O presente trabalho não está livre de limitações, das quais algumas poderão condicionar importantes vieses. Estas são descritas abaixo.

### **Desenho do estudo**

Relativamente à amostra, a principal limitação foi o tamanho, pelo tempo e recursos humanos disponíveis para a obter. Apesar da colaboração de outros elementos da equipa da USF, foram convocados, com sucesso, menos de metade do mínimo de 150 utentes estabelecido em protocolo: a taxa de resposta face à amostra potencial foi de apenas 37%. Um número residual de utentes entregou o questionário após o tratamento de dados.

Contribuíram para o supracitado diversos fatores alheios à metodologia, como a dificuldade na comunicação com os utentes, no acesso destes à USF, a indisponibilidade, ausência ou mero desinteresse na participação no estudo. De notar que, por erros de codificação médica – como, por exemplo, o não diagnóstico da dislipidémia –, certos utentes elegíveis acabaram por ficar excluídos, reduzindo inevitavelmente a dimensão da população base.

Quanto à colheita de dados, destaca-se a natureza redutora do questionário, em especial o facto de se basear apenas numa forma de medir a adesão medicamentosa. Embora o objetivo tenha sido simplificar a interação dos participantes com o estudo, assim como os dados resultantes, a qualidade destes últimos seria superior ao se combinar a Medida de Adesão aos Tratamentos com outro método: a título de exemplo, dados do prescritor, como o rácio de medicamentos levantados sobre medicamentos prescritos. É também de referir que não se realizou qualquer pré-teste com vista a avaliar a consistência do questionário ou averiguar obstáculos ao seu correto preenchimento.

Existe ainda a distinção entre os participantes que preencheram o questionário de forma autónoma e aqueles que, por conveniência ou limitações como o analfabetismo, o realizaram de forma assistida por um investigador. No primeiro caso,

admite-se um maior impacto da literacia ao teor das respostas de texto livre, ou mesmo inadaptação do participante ao questionário (e vice-versa), preenchido num meio no qual o esclarecimento de dúvidas é, embora possível, dificultado. No segundo caso, é possível que vieses como os de desempenho e aceitabilidade social possam ter tido mais impacto. Uma solução seria uniformizar o método de colheita de dados, embora mesmo isso pudesse dar origem a um viés de seleção. Admite-se ainda que este último poderá ter ocorrido apesar dos diferentes métodos de convocatória, dado que inevitavelmente se excluíram utentes não frequentadores, com dificuldades de acesso à USF ou que por algum motivo não responderam aos contactos telefónicos nesse sentido.

De notar que, embora suficientes para os objetivos em causa, os dados individuais pedidos no questionário poderiam incluir aspetos mais relevantes no contexto dos CSP. Alguns exemplos poderiam ser a dimensão do agregado familiar, o nível de apoio às atividades do dia-a-dia ou o valor arredondado do rendimento familiar – outros fatores a ter em conta na adesão medicamentosa.

Devemos ainda mencionar que embora, em teoria, mais rigorosa que a informação oferecida pelos participantes, os registos clínicos nem sempre traduziam a realidade dos utentes: muitas vezes, o tempo de doença não corresponde ao verdadeiro tempo desde o diagnóstico da mesma, considerando que nem sempre os registos são feitos da forma correta no SClínico.

### **Vieses intrínsecos à população**

Apesar da diversidade do ficheiro ao qual a unidade de saúde presta cuidados, este está sujeito a vieses pelas suas características. A população local é mista, pela geografia do concelho onde se enquadra: uma grande parte dos seus elementos reside numa capital de distrito, outros tantos num meio semirural. Porém, o acesso dos utentes à unidade de saúde e às instituições cuidados de saúde secundários da região é razoável, algo comprovado pelos Indicadores de Desempenho Global (IDG) afetos a essa mesma dimensão (35). Tal seria mais difícil, a título de exemplo, numa região predominantemente rural, com uma população geograficamente mais dispersa ou com défices a nível de infraestrutura. Ao se garantir o acesso aos cuidados de saúde, diminui-se o risco de perder a continuidade de cuidados, a qual pode ser fulcral para sustentar a adesão medicamentosa ao longo do tempo (36,37).

Adicionalmente, sendo a amostra constituída apenas por utentes idosos, algo central ao objetivo deste trabalho, é expectável que a adesão média difira da adesão na população em geral (19,22). Isto poderá reduzir a variabilidade dos resultados e, indiretamente, o peso de possíveis fatores que modificam a adesão.

### 7.3 Como podemos melhorar a adesão?

Os resultados deste trabalho, embora aparentemente tranquilizadores, podem esconder uma realidade de não ou pelo menos menor adesão medicamentosa – um receio corroborado por evidência anterior. Mesmo que esta menor adesão não se verifique na população em estudo, continua a ser importante preveni-la. Abaixo exploram-se possíveis medidas com vista a melhorar a adesão medicamentosa, partindo das cinco dimensões que a afetam de acordo com a OMS. Focar-nos-emos nos fatores evocados pelos motivos de adesão e não adesão.

#### **Fatores socioeconómicos**

No contexto de uma população envelhecida e muitas vezes com pensões reduzidas, cabe aos governos intervir na interação dos adultos idosos com os cuidados de saúde ou com as instituições satélites a estes, através de apoios financeiros, da isenção de taxas moderadoras ou da comparticipação acrescida da medicação crónica, se possível.

#### **Fatores relacionados com o sistema de saúde**

Dada a importância do prescriptor para um número substancial de indivíduos da amostra em estudo, urge capacitar o seu potencial de melhorar a adesão. Fora uma adequada preparação técnica, para a qual se pode contribuir com iniciativas transversais de formação, existem vários pontos ou estratégias que influenciam a adesão medicamentosa dentro da esfera de ação do médico. De uma forma mais imediata, este deve procurar averiguar a adesão, dado que, como já abordado, a tendência é que o utente oculte quando esta não é adequada (33); para isto, podem servir ferramentas de apoio à consulta, algumas tão simples como meros lembretes no registo clínico. A curto prazo, pode-se normalizar a revisão periódica da medicação crónica em consulta, através de métodos como a *brown bag review* (38). Abordagens como a "Ask me 3" podem promover a literacia acerca das próprias doenças, o que por sua vez pode melhorar a adesão ao plano terapêutico (39,40). Pode-se ainda sugerir o uso de apoios à toma da medicação, como é o caso de caixas de medicação crónica ou sistemas semelhantes (34).

A longo prazo, a relação médico-doente pode ser uma arma importante na manutenção da adesão medicamentosa. Uma meta-análise determinou que a probabilidade de haver correta adesão é 2,16 vezes superior se houver boa comunicação com os utentes (41). Preparar para efeitos adversos e esclarecer a expectativa de benefício poderá levar a que mais utentes não abandonem uma prescrição nova. A comunicação deve, assim, ser um componente central da formação

em saúde, seja para os médicos, enfermeiros, técnicos ou para os profissionais administrativos. Acresce ainda a importância da continuidade de cuidados, tão relevantes a nível dos CSP, já referidos anteriormente (36,37).

Em contextos de dependência, mesmo que parcial, para a gestão da medicação crónica, a família e/ou esfera social próxima servem o papel de intermediário, mas também de ferramenta. Aqui, pela proximidade com o ambiente em que se insere o utente, os cuidados de saúde longitudinais têm especial poder.

Quando é possível a adequada formação dos profissionais de saúde, métodos mais especializados como a entrevista motivacional podem melhorar a adesão, como demonstra um estudo de 2015 em Espanha para uma população de adultos idosos com doença crónica em contexto de cuidados de saúde primários (42).

### **Fatores relacionados com a doença**

Relativamente aos fatores intrínsecos à doença, estes dependem da terapêutica disponível para a mesma, que por sua vez depende do estado da arte. A título de exemplo, a evolução recente a nível da terapêutica da insuficiência cardíaca veio melhorar a qualidade de vida de muitos doentes com o diagnóstico, podendo assim aumentar a probabilidade de adequada adesão. Acrescem ainda características clínicas ou mesmo culturais da doença, as quais podem moldar a perceção que os utentes têm da sua gravidade e, por extensão, dos benefícios em esta estar adequadamente medicada (43). Aqui, a responsabilidade de promover a literacia em saúde está tanto nas mãos dos profissionais de saúde como nas dos governos.

### **Fatores relacionados com a medicação**

A escolha da medicação está sujeita a diversas variáveis, algumas não dependentes do prescriptor. Do que este último influencia, pode-se optar pela alternativa mais barata dentro do efeito desejado, seja entre nomes comerciais ou entre diferentes princípios ativos. Em casos específicos, como é o exemplo de utentes com dificuldades na deglutição, a própria formulação pode ter influência na toma. Em termos de posologia, o total de medicamentos, a frequência e a complexidade das instruções podem todos afetar a correta adesão. O uso de *polypills*, cada vez mais frequentes na prática clínica moderna, pode ajudar a simplificar os esquemas posológicos, como demonstrado por uma revisão sistemática de 2020 (44). Entretanto, como abordado anteriormente, destaca-se a adequada literacia acerca da própria medicação, abordada por um estudo de 2022 realizado em Portugal (45), e destacada também pelos participantes no presente estudo.

### **Fatores intrínsecos ao utente**

Por fim, é importante ter em atenção às características próprias de cada utente, as quais podem tornar mais ou menos eficazes certas abordagens descritas acima. Uma vez mais, a abordagem do prescritor ou restantes prestadores de cuidados de saúde pode ajudar a adequar o plano ao respetivo doente – e vice-versa.

As preferências e crenças pessoais podem ser obstáculos importantes à adesão, dado que condicionam a não adesão intencional. Num estudo de 2020 em Portugal, um total de 11,5% da amostra de adultos idosos referiu alguns motivos que levavam a esta última: não gostar de tomar medicação, não querer tomar medicação com álcool, dúvida sobre a necessidade de tomar medicação ou não confiar nesta (25).

Encarar estes fatores inclui, como já referido, uma abordagem individualizada ao doente e ao contexto que o rodeia. Respeitar as crenças dos doentes e providenciar o melhor cuidado pode, porém, ser desafiante. Uma vez mais, a continuidade de cuidados tem um papel fulcral.

## 8. Conclusão

Este trabalho caracterizou a adesão medicamentosa de uma amostra de doentes idosos com multimorbilidade seguidos numa unidade de saúde familiar e os motivos por detrás da correta adesão. Os resultados obtidos correspondem a um perfil de adesão medicamentosa excelente, em qualquer uma das três doenças estudadas. Não se encontrou relação entre os dados sociodemográficos da amostra e o nível de adesão. Verificou-se um perfil superior de adesão nos participantes que preencheram o questionário na presença de um investigador, ao invés daqueles que o fizeram no domicílio; esta diferença era estatisticamente significativa. Os motivos de adesão mais frequentemente reportados pelos doentes estavam mais vezes associados ao utente e ao prescritor. Um número maior de utentes referiu fatores relacionados com a doença no caso da diabetes mellitus e da dislipidémia, em comparação com a hipertensão.

O facto de não existirem outros estudos que descrevam os motivos de adesão de forma organizada mostra-nos que esta poderá ser uma direção a ser seguida em trabalhos futuros sobre a adesão terapêutica no idoso, os quais poderão combinar diferentes métodos de a medir, ou inclusive colher informação adicional, como o grau de dependência, as doenças concomitantes e o apoio disponível aos doentes.

## 9. Bibliografia

1. World Health Organization (WHO). WHO Aging Report 2015. 2015.
2. Veríssimo MT. Geriatria Fundamental: saber e praticar. LIDEL; 2014.
3. Population Reference Bureau. Countries With the Oldest Populations in the World. Available from: <https://www.prb.org/resources/countries-with-the-oldest-populations-in-the-world/>
4. Instituto Nacional de Estatística (INE). Projeções de População Residente 2080 . Contudo , na Área Metropolitana de Lisboa e no Algarve a população residente poderá aumentar. Destaque informação à Comun Soc. 2020;1–21.
5. Manfredi G, Midão L, Paúl C, Cena C, Duarte M, Costa E. Prevalence of frailty status among the European elderly population: Findings from the Survey of Health, Aging and Retirement in Europe. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(8):723–9.
6. Shaw-Taylor L. An introduction to the history of infectious diseases, epidemics and the early phases of the long-run decline in mortality†. *Econ Hist Rev*. 2020;73(3):E1–19.
7. World Health Organization (WHO). The top 10 causes of death. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
8. Glovaci D, Fan W, Wong ND. Epidemiology of Diabetes Mellitus and Cardiovascular Disease. *Curr Cardiol Rep*. 2019;21(4):1–8.
9. Zhou B, Perel P, Mensah GA, Ezzati M. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. *Nat Rev Cardiol* [Internet]. 2021;18(11):785–802. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41569-021-00559-8>
10. Pirillo A, Casula M, Olmastroni E, Norata GD, Catapano AL. Global epidemiology of dyslipidaemias. *Nat Rev Cardiol* [Internet]. 2021;18(10):689–700. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41569-021-00541-4>
11. Fong JH. Disability incidence and functional decline among older adults with major chronic diseases. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):1–9.
12. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):1–10.
13. Gutiérrez-Valencia M, Izquierdo M, Cesari M, Casas-Herrero, Inzitari M, Martínez-Velilla N. The relationship between frailty and polypharmacy in older people: A systematic review. *Br J Clin Pharmacol*. 2018;84(7):1432–44.
14. Ulley J, Harrop D, Ali A, Alton S, Fowler Davis S. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: A systematic review. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):1–13.
15. Yap AF, Thirumoorthy T, Kwan YH. Medication adherence in the elderly. *J Clin Gerontol Geriatr* [Internet]. 2016;7(2):64–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.001>
16. Morrison A, Stauffer ME, Kaufman AS. Defining medication adherence in individual patients. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:893–7.

17. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353(5):487–97.
18. Ho PM, Bryson CL, Rumsfeld JS. Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*. 2009;119(23):3028–35.
19. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication Adherence: Truth and Consequences. *Am J Med Sci* [Internet]. 2016 Apr;351(4):387–99. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0002962915379969>
20. Yach D. Adherence to long-term therapies. *World Heal Organ* [Internet]. 2003;1–194. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
21. Smaje A, Weston-Clark M, Raj R, Orlu M, Davis D, Rawle M. Factors associated with medication adherence in older patients: A systematic review. *Aging Med*. 2018;1(3):254–66.
22. Masaryková L, Tesař T, Lehocká L, Bernáthová K. Evaluation of adherence to treatment in patients suffering from diabetes mellitus. *Ces a Slov Farm*. 2020;69(2):67–74.
23. Han E, Sohn HS, Lee JY, Jang S. Health Behaviors and Medication Adherence in Elderly Patients. *Am J Heal Promot*. 2017;31(4):278–86.
24. Pasina L, Brucato AL, Falcone C, Cucchi E, Bresciani A, Sottocorno M, et al. Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. *Drugs and Aging*. 2014;31(4):283–9.
25. Gomes D, Placido AI, Mó R, Simões JL, Amaral O, Fernandes I, et al. Daily medication management and adherence in the polymedicated elderly: A cross-sectional study in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(1).
26. Punnapurath S, Vijayakumar P, Platty P, Krishna S, Thomas T. A study of medication compliance in geriatric patients with chronic illness. *J Fam Med Prim Care* [Internet]. 2021;10(4):1644. Available from: <http://www.jfmpc.com/article.asp?issn=2249-4863;year=2017;volume=6;issue=1;spage=169;epage=170;aulast=Faizi>
27. Barata Delgado A, Luísa Lima M. Contributo para a validação concorrente de uma Medida de Adesão aos Tratamentos. *Psicol Saúde Doenças* [Internet]. 2001;2(2):81–100. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.12/1114>
28. Silva Caetano IRC, Santiago LM, Marques M. Impact of written information on control and adherence in type 2 diabetes. *Rev Assoc Med Bras*. 2018;64(2):140–7.
29. Martins AC. Adesão à Terapêutica Medicamentosa em doentes com Diabetes Mellitus Tipo 2: um estudo no ACES Almada e Seixal. 2014;1–93.
30. Sousa S, Pires A, Conceição C, Nascimento T, Grenha A, Braz L. Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Rev Port Clínica Geral*. 2011;27:176–82.
31. MacLaughlin EJ, Raehl CL, Treadway AK, Sterling TL, Zoller DP, Bond CA. Assessing medication adherence in the elderly: Which tools to use in clinical

- practice? *Drugs and Aging*. 2005;22(3):231–55.
32. Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA. Nonadherence to antihypertensive drugs. *Medicine (Baltimore)*. 2017;96(4):e5641.
  33. Lapane KL, Dubé CE, Schneider KL, Quilliam BJ. Misperceptions of Patients vs. Providers. 2005;13(11):613–8.
  34. Beatriz I, Silva L. ADESÃO À TERAPÊUTICA FARMACOLÓGICA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: PERSPETIVA DOS DOENTES. 2021;
  35. Serviço Nacional de Saúde. BI dos Cuidados de Saúde Primários [Internet]. 2023 [cited 2023 Sep 9]. Available from: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/contratualizacao/idg/Paginas/default.aspx>
  36. Warren JR, Falster MO, Tran B, Jorm L. Association of continuity of primary care and statin adherence. *PLoS One*. 2015;10(10):1–13.
  37. Chen CC, Cheng SH. Continuity of Care and Changes in Medication Adherence among Patients with Newly Diagnosed Diabetes. *Am J Manag Care*. 2016;22(2):136–42.
  38. Murtha E, Elder B, Faragher M. Brown Bag Medication Review: Using AHRQ's Brown Bag Medication Tool. *J Nurs Care Qual*. 2020;35(1):58–62.
  39. Miller MJ, Abrams MA, McClintock B, Cantrell MA, Dossett CD, McCleary EM, et al. Promoting health communication between the community-dwelling wellelderly and pharmacists: The Ask Me 3 program. *J Am Pharm Assoc [Internet]*. 2008;48(6):784–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1331/JAPhA.2008.07073>
  40. Winiger AM, Shue-McGuffin K, Moore-Gibbs A, Jordan K, Blanchard A. Implementation of an Ask Me 3® education video to improve outcomes in post-myocardial infarction patients. *Am J Prev Cardiol [Internet]*. 2021;8(May):100253. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajpc.2021.100253>
  41. Haskard Zolnier KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826–34.
  42. Moral RR, de Torres LAP, Ortega LP, Larumbe MC, Villalobos AR, García JAF, et al. Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases: A cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Educ Couns*. 2015;98(8):977–83.
  43. Chen SL, Tsai JC, Lee WL. The impact of illness perception on adherence to therapeutic regimens of patients with hypertension in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2009;18(15):2234–44.
  44. Baumgartner A, Drame K, Geutjens S, Airaksinen M. Does the polypill improve patient adherence compared to its individual formulations? A systematic review. *Pharmaceutics*. 2020;12(2).
  45. Isabel S, Barbosa O. Conhecimento dos utentes acerca da medicação: grupos farmacológicos de maior conhecimento e fatores que o influenciam. 2022;

## 10. Anexos

### 10.1 Questionário

Número \_\_\_\_

Questionário

**A ser preenchido pelo participante:**

**1) Variáveis sociodemográficas**

Sexo: Feminino \_\_\_ Masculino \_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Ano de escolaridade que completou: \_\_\_\_\_

**ANTES DE CONTINUAR:**

Deve saber quais são os medicamentos que faz para as seguintes doenças:

- Hipertensão Arterial
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia (p. ex. colesterol alto)

Mostre os medicamentos ao investigador se os trouxer consigo para a consulta.

Se tiver dúvidas acerca dos medicamentos que toma, peça ao investigador que as esclareça.

Número \_\_\_\_

**2) Adesão à medicação crónica: Hipertensão Arterial**

As duas subsecções que se seguem referem-se exclusivamente à medicação que faz para a Hipertensão Arterial.

**2.1) Medida de Adesão aos Tratamentos – Hipertensão Arterial**

*Para cada um destes itens, escolha apenas uma resposta.*

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a Hipertensão?					
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a Hipertensão?					
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão por se ter sentido melhor?					
4. Alguma deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão, por sua iniciativa após se ter sentido pior?					
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a Hipertensão, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a Hipertensão por ter deixado acabar os medicamentos?					
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Hipertensão por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					

**2.2) Motivos para a adesão ou não-adesão – Hipertensão Arterial**

Escreva aqui o(s) motivo(s) porque toma (ou não toma) a medicação para esta doença.

---

---

---

Número \_\_\_\_

### 3) Adesão à medicação crónica: Diabetes Mellitus

As duas subsecções que se seguem referem-se exclusivamente à medicação que faz para a Diabetes Mellitus.

#### 3.1) Medida de Adesão aos Tratamentos – Diabetes Mellitus

*Para cada um destes itens, escolha apenas uma resposta.*

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a Diabetes?					
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a Diabetes?					
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Diabetes por se ter sentido melhor?					
4. Alguma deixou de tomar os medicamentos para a Diabetes, por sua iniciativa após se ter sentido pior?					
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a Diabetes por ter deixado acabar os medicamentos?					
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Diabetes por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					

#### 3.2) Motivos para a adesão ou não-adesão – Diabetes Mellitus

Escreva aqui o(s) motivo(s) porque toma (ou não toma) a medicação para esta doença.

---

---

---

3

Número \_\_\_\_

**4) Adesão à medicação crónica: Dislipidémia**

As duas subsecções que se seguem referem-se exclusivamente à medicação que faz para a Dislipidémia.

**4.1) Medida de Adesão aos Tratamentos – Dislipidémia**

*Para cada um destes itens, escolha apenas uma resposta.*

	Sempre	Quase sempre	Com frequência	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a Dislipidémia (Colesterol alto)?					
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a Dislipidémia (Colesterol alto)?					
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Dislipidémia (Colesterol alto) por se ter sentido melhor?					
4. Alguma deixou de tomar os medicamentos para a Dislipidémia (Colesterol alto), por sua iniciativa após se ter sentido pior?					
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a Dislipidémia (Colesterol alto) por ter deixado acabar os medicamentos?					
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a Dislipidémia (Colesterol alto) por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					

**4.2) Motivos para a adesão ou não-adesão – Dislipidémia**

Escreva aqui o(s) motivo(s) porque toma (ou não toma) a medicação para esta doença.

---



---



---

4

Número \_\_\_\_

**As questões a serem preenchidas pelo participante terminam aqui.  
Obrigado por participar.**

---

**A ser preenchido pelo investigador:**

**5) Informação clínica complementar**

6.1) Número de formulações\* tomadas diariamente, segundo a lista de  
medicação crónica: \_\_\_\_\_

6.2) Número de princípios activos tomados diariamente, segundo a lista de  
medicação crónica: \_\_\_\_\_

6.4) Anos de doença (Hipertensão arterial): \_\_\_\_\_

6.5) Anos de doença (Diabetes mellitus): \_\_\_\_\_

6.6) Anos de doença (Dislipidémia): \_\_\_\_\_

*\*Exemplo: a Sr<sup>a</sup> X toma 3 comprimidos e 1 ampola por dia, para um total de 4. Um destes contém uma associação de três princípios activos, mas conta como um único comprimido.*

## 10.2 Aprovação da Comissão de Ética

Envio parecer CE\_Proc. CE-178/2022\_Guilherme Oliveira 

**CF** Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.pt>     

Para: Você ter, 07/03/2023 17:19

Cc: inesrcs@gmail.com; tejo.cristina@gamil.com; 'Gabinete de Estudos Avançados'; 'Pos Graduado'

Exmo. Senhor  
Dr. Guilherme Afonso Santana de Oliveira,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. no âmbito do Mestrado em Geriatria, com o título ***“Adesão numa população idosa com diabetes, hipertensão e dislipidémia seguida em centro de saúde: estudo observacional”***, foi analisado na reunião da Comissão de Ética de 02 de março, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

***“Correções recebidas e aceites. Mantém-se parecer favorável e encerra-se o procedimento administrativo”.***

Na presente data segue para o Gabinete de Estudos Avançados da FMUC para aprovação do tema e de orientação científica (conforme deliberação do Conselho Científico de 08.10.2012).

Para futuras informações, é favor contactar o referido gabinete através do e-mail [gea@fmed.uc.pt](mailto:gea@fmed.uc.pt).

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro  
Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo