



MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RITA BATISTA FIGUEIRÓ

***Capacitação e adesão à terapêutica
farmacológica no idoso***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

Luiz Miguel Santiago, MD, PhD

Capacitação e adesão à terapêutica farmacológica no idoso

Rita Batista Figueiró ¹

Luiz Miguel Santiago ²

1- Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

2- Professor Associado com Agregação, Faculdade de Medicina da
Universidade de Coimbra

Morada Institucional: Faculdade de Medicina, Polo 3, Azinhaga de Santa Comba

Endereço institucional: luizmiguel.santiago@gmail.com

ÍNDICE

ABREVIATURAS	.....3
RESUMO	.....4
ABSTRACT	.....6
1. Introdução	.....8
2. Objetivos	.....10
3. Materiais e métodos	.....11
3.1. Recolha de dados	.....11
3.2. Amostra	.....11
3.3. Caracterização dos instrumentos de recolha de informação	.....12
3.4. Pré-teste	.....13
3.5. Análise estatística	.....13
3.6. Cronograma	.....13
4. Resultados	.....14
4.1. Pré-teste	.....14
4.2. Caracterização da amostra	.....14
4.3. Associação entre as variáveis	.....16
5. Discussão	.....18
6. Conclusão	.....22
7. Agradecimentos	.....23
8. Bibliografia	.....24
9. Anexos	.....28

ABREVIATURAS

ARS: Administração Regional de Saúde

CDC: Centre of Disease Control

HIV: Vírus da Imunodeficiência humana

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF: Unidade de Saúde Familiar

MAT: Medição de adesão aos tratamentos

PEI: Patient Enablement Instrument

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

Introdução: A adesão ao tratamento farmacológico é a extensão do comportamento da pessoa que cumpre recomendações sugeridas pelo médico; esta ocorre em várias fases e é influenciada por múltiplos fatores. O aumento da adesão intencional pode-se obter por aumento da capacitação e empoderamento do doente. A capacitação foi eficaz no aumento da adesão ao tratamento farmacológico em estudos, relativamente, à diabetes e hipertensão arterial.

Objetivos: Avaliar a eficácia da capacitação como forma de aumentar a adesão à terapêutica farmacológica em doentes com idade igual ou superior a 65 anos. Avaliar a relação entre as variáveis sexo, idade e status socioeconómico com a capacitação e adesão à terapêutica farmacológica.

Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal com estatística descritiva e inferencial, através da aplicação de um questionário por autopreenchimento a idosos após a consulta médica, na USF Marques de Marialva e UCSP de Cantanhede de setembro a dezembro de 2020. Mediram-se a capacitação (Escala PEI) e adesão à terapêutica (Escala MAT) e fatores como idade, sexo, índice classe socioeconómica (viver sozinho ou acompanhado, rendimento mensal e educação).

Resultados: A média da escala de MAT foi de $38,5 \pm 3,3$ e o PEI de $4,8 \pm 3,0$. Foram realizados testes de *Levene* e Qui-quadrado, que não verificaram diferenças significativas entre as duas unidades de saúde. Verificou-se uma correlação fraca entre o índice de classe socioeconómica e a idade, estatisticamente significativa ($p = -0.261$, $p = 0.002$). Não se verificou uma correlação estatisticamente significativa entre o valor da escala de MAT e escala PEI de capacitação ($p = 0.059$, $p = 0,490$).

Discussão: A ausência de correlação entre a escala MAT e a escala PEI., deveu-se a fatores não mensurados como percepção de gravidade da doença, continuidade dos cuidados médicos, empatia e comunicação do médico assistente, alterações mnésicas e de compreensão dos doentes. Já a correlação entre a idade e o índice de classe socioeconómica, deveu-se a um aumento progressivo das pensões, diminuição no analfabetismo e maior percentagem de viuvez nos idosos mais velhos.

Conclusão: Apesar de não existir correlação significativa entre a capacitação e adesão ao tratamento farmacológico, não se pode excluir a capacitação da abordagem do idoso e da

pessoa. Por outro lado, será importante identificar os idosos mais velhos e com maior privação para seguimento mais rigoroso e diminuição dos custos de saúde.

Palavras-chave: capacitação, adesão, fármaco, idoso, status socioeconómico

0000-0001-6385-3826

ABSTRACT

Introduction: Adherence to pharmacological treatment is the extent of the person's behavior that complies with recommendations suggested by a doctor; it occurs in several phases and is influenced by multiple factors. The increase in intentional adherence can be obtained by increasing the patient's empowerment. Empowerment was effective in increasing adherence to pharmacological treatment in studies regarding diabetes and arterial hypertension.

Objectives: To evaluate the effectiveness of training as a way to increase adherence to pharmacological therapy in patients aged 65 years and over. Evaluate the relationship between the variables sex, age and socioeconomic status with empowerment and adherence to pharmacological therapy.

Materials and Methods: A cross-sectional observational study was carried out with descriptive and inferential statistics, through the application of a self-administered questionnaire to the elderly after the medical appointment, at the USF Marques de Marialva and UCSP Cantanhede from September to December 2020. Empowerment (PEI scale) and adherence to therapy (MAT scale) and factors such as age, sex, socioeconomic class index (living alone or accompanied, monthly income and education) were measured.

Results: The mean of the MAT scale was 38.5 ± 3.3 and the PEI was 4.8 ± 3.0 . Levene and Chi-square tests were performed, which did not find significant differences between the two health units. There was a weak correlation between the socioeconomic class index and age, which was statistically significant ($\rho = -0.261$, $p = 0.002$). There was no statistically significant correlation between the value of the MAT scale and the PEI training scale ($\rho = 0.059$, $p = 0.490$).

Discussion: The lack of correlation between the MAT scale and the PEI scale, was due to factors that were not measured, such as the perception of the severity of the disease, continuity of medical care, empathy and communication of the attending physician, changes in the memory and understanding of the patients. The correlation between age and the socioeconomic class index, on the other hand, was due to a progressive increase in pensions, a decrease in illiteracy and a higher percentage of widowhood in older elderly people.

Conclusion: Although there is no significant correlation between training and adherence to pharmacological treatment, training cannot be excluded from the approach of the elderly and the person. On the other hand, it will be important to identify older and deprived older people for more rigorous follow-up and reduced health care costs.

Keywords:

1. Introdução

A adesão ao tratamento farmacológico define-se como a extensão do comportamento da pessoa no cumprimento de um conjunto de recomendações aceites e sugeridas pelo profissional de saúde¹. Alternativamente, pode-se definir adesão ao tratamento farmacológico como toma de, pelo menos, 80% dos fármacos prescritos num período de tempo pré-estabelecido².

A adesão pode ser mensurada quanto ao processo de iniciação, implementação e descontinuação. É influenciada por fatores intrínsecos ao doente, pela relação médico doente e por outros³. Deste modo, a não adesão pode ocorrer por retardamento, não iniciação do tratamento, má implementação ou descontinuação precoce da medicação³.

Estima-se que a adesão ao tratamento farmacológico nos países desenvolvidos seja de 50%². Em Portugal a adesão está descrita entre 41,6% e 89%, variando consoante a perceção do risco da patologia pelo doente^{2,3}. Por outro lado, Carvalheira estima que 50% dos doentes que iniciam medicação para a disfunção erétil irão descontinua-la, sem indicação médica, no primeiro ano⁴.

A não adesão ao tratamento pode ser intencional, por decisão consciente, ou não intencional por omissão de tomas e desconhecimento quanto ao esquema terapêutico⁵. O CDC especula que uma das principais causas de não adesão ao tratamento farmacológico seja a carência financeira; seguem-se-lhe a iliteracia, as alterações mnésicas, a má relação com os cuidados saúde e a patologia psiquiátrica^{5,6}.

Numa meta-análise, Cutler e colaboradores revelaram que a não adesão à terapêutica farmacológica custa, por ano e por doente, ao país em questão, entre 41 e 37000 euros. Os maiores custos da não adesão estavam relacionados com internamentos, especialmente na doença cardiovascular, neoplasias, osteoporose, infeção por HIV e diabetes *mellitus*⁷.

Atualmente, não existe uma estratégia universal para aumento da adesão à terapêutica farmacológica, dado esta ser multidimensional. A metodologia deve ser adequada doente a doente, à causa e tipo da não adesão. Na não adesão não-intencional propõe-se a simplificação dos regimes terapêuticos. Na não adesão intencional sugere-se uma

intervenção comportamental para aumentar o conhecimento e procurar esclarecer as preocupações dos doentes, com aumento da capacitação e empoderamento ⁵.

De outra forma, a capacitação é o “ganho que, efetivamente, o consulente adquire numa consulta para poder compreender e lidar com a sua doença o melhor possível” ⁸. Esta pode suportar o processo de decisão em medicina centrada na pessoa ⁹. A capacitação após a consulta relaciona-se com a empatia, comunicação entre outros fatores. A capacitação pode ser influenciada pelo tempo de consulta, dado que um aumento de 2,5 minutos de tempo de consulta leva a aumento significativo da capacitação ¹⁰.

A capacitação origina diminuição da morbi-mortalidade, melhores *outcomes* e menor taxa de complicações por melhoria da adesão ao tratamento não medicamentoso ou medicamentoso ⁹.

Para a população portuguesa, estudos comprovam associação entre a capacitação do doente diabético e adesão à terapêutica não farmacológica, como práticas de autocontrolo da diabetes e controlo glicémico ¹¹. O mesmo se verificou noutros estudos portugueses, relativamente à diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e HIV. ^{3,12-14}. Foi, também, provado que a intervenção do enfermeiro permite maior adesão à terapêutica ¹⁵.

Por fim, não se identificaram estudos relativos à capacitação após consulta médica e adesão à terapêutica farmacológica no idoso. Este estudo é, particularmente, importante dado os idosos serem o grupo com regimes terapêuticos mais complexos, maior frequência de polifarmacoterapia e possivelmente, menor adesão à terapêutica farmacológica e piores resultados de saúde.

2. Objetivos

Pretendeu-se avaliar a eficácia da capacitação como forma de melhorar a adesão à terapêutica farmacológica em doentes com idade igual ou superior a 65 anos. Para além disso, pretendeu-se avaliar a relação entre as variáveis sexo, idade e status socioeconómico com a capacitação e adesão à terapêutica farmacológica.

3. Materiais e Método

3.1. Recolha de Dados

Realizou-se um estudo observacional e transversal, na USF Marquês de Marialva e na USCP Cantanhede. A recolha de dados foi realizada numa amostra quasi-aleatória de idosos que frequentaram a consulta na sua unidade de saúde, para seguimento de doença crónica ou por doença aguda. Os critérios de inclusão usados foram a idade igual ou superior a 65 anos, fluência em língua portuguesa, nacionalidade portuguesa e capacidade para comunicar a sua opinião, de forma escrita ou oral.

Todos os participantes foram abordados pela investigadora após a consulta, houve lugar ao preenchimento do Consentimento Informado; garantindo-se a participação livre e voluntária e a confidencialidade. Seguiu-se o preenchimento do questionário em formato de autopreenchimento. Nos casos de dificuldade marcada no autopreenchimento por ausência de óculos ou incapacidade para ler e/ou escrever, foi realizada uma entrevista dirigida pela investigadora com os dados registados pela investigadora.

3.2. Amostra

Definiu-se um tamanho mínimo amostral de 60 indivíduos da USF da Marquês de Marialva e 60 indivíduos da UCSP de Cantanhede em função do número de questões colocadas no instrumento de conhecimento de capacitação. A quasi-aleatorização iniciou-se pela articulação entre a investigadora e as unidades de saúde, permitindo o levantamento dos dias com mais consultas com doentes elegíveis. Neste processo, a investigadora teve acesso apenas ao número de doentes que cumpriam critérios.

Os doentes pertencentes à listagem de cada dia foram sorteados, tendo em conta um número máximo expectável de questionários por dia. O número máximo de questionários por dia foi estabelecido; de acordo com o atual panorama de menos consultas presencias; estabelecendo-se um limite de 8 questionários por dia.

3.3. Caracterização dos instrumentos de recolha de informação.

As variáveis colhidas para este estudo foram a idade, sexo, o índice de classe socioeconómica, a escala MAT e a escala de PEI.

O índice de classe socioeconómica avalia o status socioeconómico, focando-se na privação socioeconómica. Segundo Townsend, a privação socioeconómica é multidimensional, podendo definir-se como num estado de desvantagem em relação à comunidade em que indivíduo se insere ^{16,17,18}. Este índice foi pensado especificamente para este estudo, sendo que avalia as condições de vida (viver só=0 e viver acompanhado=1), educação (educação inferior à 4ª classe=0 e ter formação maior ou igual que a 4ª classe=1), rendimento mensal (rendimento mensal inferior ao ordenado mínimo nacional=0 e superior ou igual =1).

A escala MAT é um instrumento indireto de caracterização da adesão à terapêutica farmacológica. É usada, frequentemente, por ser fácil e acessível de preencher com custos praticamente nulos, ao contrário de outras formas de medição da adesão à terapia farmacológica ¹⁹. Foi validada por Delgado e Lima para Portugal em 2001 ²⁰. É constituída por 7 questões; cada questão é avaliada numa escala de *Likert* (escala de 1 a 6, sendo que o número 1 corresponde a sempre e o número 6 a nunca). As questões colocadas correlacionam-se com situações que conduzem a uma interrupção do tratamento ou gestão inadequada da terapêutica. Destacam-se a questão 5 que poderá ter alguma evidência na avaliação do consumo de múltiplos fármacos desnecessários e a questão 6 para avaliar as dificuldades económicas ¹². O cálculo da adesão, segundo os criadores da escala MAT, é realizado por soma de todas as respostas e divisão pelo número de perguntas. De seguida, avalia-se a mediana e os resultados individuais são avaliados em relação à mediana ²⁰.

A escala PEI é uma escala de autopreenchimento que avalia a capacitação, focando-se na relação médico-doente e satisfação do doente com a consulta. A escala PEI foi adaptada culturalmente e validada para Portugal ¹⁴. É constituída por 6 perguntas realizadas após a consulta médica. As questões avaliam a capacidade de lidar e compreender a doença, a capacidade de se manter saudável, bem como a confiança em relação à sua saúde. As

respostas variam numa escala qualitativa de "muito melhor" a "igual ou pior" ou de "muito mais" a "igual ou menos" ^{21,22}.

3.4. Pré-teste

Foi realizado um pré teste com 15 idosos, para avaliar a compreensibilidade e facilidade de preenchimento do questionário. Os indivíduos que realizaram o pré-teste, foram selecionados entre a comunidade da cidade de Cantanhede (local de realização da investigação) e cumpriam os critérios de inclusão para a amostra.

3.5. Análise estatística

A análise estatística foi feita com recurso ao programa *SPSS Software* com análise estatística descritiva e inferencial, sendo paramétrica se dados numéricos de distribuição normal, e não-paramétrica para variáveis ordinais ou numéricas não normais. Neste estudo o valor de *alfa* foi considerado de 0,05.

3.6. Cronograma

A recolha de dados iniciou-se no dia 11 de setembro de 2020, após a autorização da Comissão de Ética da ARS Centro, tendo durado 4 meses, até ao final de Dezembro.

4. Resultados

4.1. Pré-teste

Percebeu-se que o consentimento informado era perceptível, pela grande maioria dos idosos, e que o questionário apresentava instruções claras e fáceis de executar. O índice de classe socioeconómica era, facilmente, compreendida e respondida; a escala MAT foi também de compreensível pelos idosos.

Na escala PEI de capacitação existiram dificuldades de compreensão por alguns idosos sobretudo em casos de baixa literacia e baixa escolaridade, dado esta se referir a conceitos abstratos, com alguma dificuldade de compreensão por esta população. Esta dificuldade foi ultrapassada com uma explicação completa, mas sucinta, da investigadora sobre a escala.

4.2. Caracterização da amostra

Foram entrevistados 141 utentes, 70 da USF Marquês de Marialva e 71 da UCSP de Cantanhede, na USF sendo entrevistados 32 homens e 28 homens na UCSP. A maioria da amostra vivia acompanhada e o salário para a maioria era inferior ao salário mínimo nacional (53 na USF e 52 na UCSP). Sendo a escolaridade sobretudo igual ou maior ao 4º ano do ensino básico, segundo a Tabela 1.

Tabela 1: Amostra em função do tipo de Unidade de Saúde para sexo, viver só ou acompanhado, salário mensal e escolaridade obtida e respetiva diferença estatística.

Dados		USF (n=70) n (%)	UCSP (n=71)	Total n(141)	P (*)
Sexo	Masculino	32 (45,7)	28 (39,4)	60 (42,6)	0.280
	Feminino	38 (54,3)	43 (60,6)	81 (57,4)	
Viver	Sozinho	31 (44,3)	24 (33,8)	55 (39,0)	0.135
	Acompanhado	39 (55,7)	47 (66,2)	86 (61,0)	

Salário	Inferior ao salário mínimo nacional	53 (75,7)	52 (73,2)	105 (74,5)	0.443
	Superior ou igual	17 (24,3)	19 (26,8)	36 (25,5)	
Escolaridade	Menor que a 4ª classe	20 (28,6)	28 (39,4)	48 (34,0)	0.118
	Igual ou superior à 4ª classe	50 (71,4)	43 (60,6)	93 (66,0)	

(*) teste qui-quadrado de *Pearson*

Na Tabela 2, mostram-se os dados numéricos por unidade de saúde. A idade média global foi de $75,8 \pm 6,7$, o índice classe socioeconómica teve um valor global de $1,6 \pm 1,0$, o MAT global foi de $38,5 \pm 3,3$ e o PEI de $4,8 \pm 3,0$. Destaca-se a existência de diferenças significativas para idade e MAT, sendo a idade e o índice de MAT mais elevados na USF.

Sendo os valores numéricos de escala de classe socioeconómica, MAT e PEI de distribuição normal, pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*, utilizou-se o teste de *Levene*. O valor de p é maior que alfa no índice de classe socioeconómica e escala de PEI não havendo diferença significativa entre as unidades de saúde nestes parâmetros. Já a idade e a escala MAT apresentam diferenças significativas.

Foram também realizados os testes de qui-quadrado de *Pearson* para as variáveis sexo, viver sozinho ou acompanhado, salário e estudos. Confirmando que as diferenças entre as unidades de saúde, relativas a estas variáveis, são devidas ao acaso.

Tabela 2: Média e desvios padrão da idade, de classe socioeconómica, MAT e PEI por unidade de saúde.

Dados	Unidade de Saúde	Média	p (*)
Idade	USF	$77,3 \pm 6,6$	0.005
	UCSP	$74,2 \pm 6,5$	
Índice de classe socioeconómica	USF	$1,6 \pm 1,0$	0.756
	UCSP	$1,5 \pm 1,0$	
MAT	USF	$39,0 \pm 3,2$	

	UCSP	37,9±3,3	0.040
PEI	USF	4,5±2,9	0.183
	UCSP	5,2±3,0	

(*) Teste de *Levene*

4.3. Associação entre variáveis

O teste de *Mann-Whitney U* foi usado para avaliar associação entre as várias escalas. Começou-se pela relação entre o sexo e a escala de MAT e PEI. Não existiu evidência que suporte uma associação entre o sexo e as escalas MAT ($p=0,285$) e PEI ($p=0,573$).

Não se verificou evidência que suporte diferença entre a classe socioeconómica e a escala de MAT ($p=0,349$) e escala PEI ($p=0,161$). Também não se observou diferença significativa entre o salário e a escala de MAT ($p=0,322$) e o salário e escala de PEI ($p=0,746$). Por fim, não se evidenciou diferença entre o nível de estudos e a pontuação da escala MAT ($p=0,192$) e de PEI ($p=0,234$).

Foram usadas correlações de *Pearson* e *Spearman* entre variáveis. Verificou-se que a escala MAT apresenta uma correlação muito ligeira com a escala PEI ($\rho=0.059$, $p=0,490$). A idade apresenta uma correlação negativa pequena ($\rho=-0.150$, $p=0,760$) com a escala de PEI.

Por outro lado, as escalas PEI e o índice de classe socioeconómica, apresentam uma correlação não estaticamente significativa ($\rho=0.022$, $p=0,796$). As escalas MAT e idade apresentaram uma correlação pequena positiva, mas não estatisticamente significativa ($\rho=0.111$, $p=0,191$) e as escalas MAT e classe socioeconómica tiveram uma correlação ($\rho=-0.150$, $p=0,760$). A correlação de *Pearson* entre a escala de MAT e de classe socioeconómica, verificou uma correlação fraca negativa e não significativa ($\rho=-0.101$, $p=0,233$).

Por fim, a correlação entre classe socioeconómica e idade verificou-se ser fraca negativa e estatisticamente significativa ($\rho=-0.261$, $p=0,002$), referindo-se na figura 1 a sua visualização.

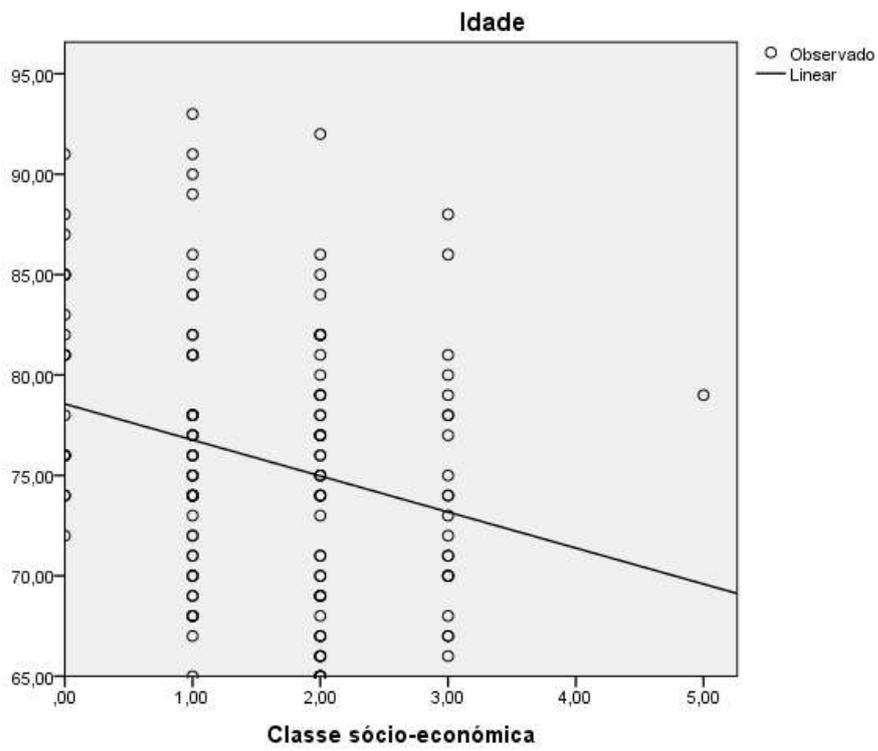


Figura 1: Resultados da regressão linear entre o índice de classe socioeconómica e idade

5. Discussão

O presente estudo visou avaliar a capacitação e a sua relação com a adesão ao tratamento farmacológico na população portuguesa idosa e avaliar a influência das variáveis (sexo, idade e status socioeconómico) com a adesão e capacitação na população idosa.

Neste estudo foram entrevistados 141 utentes de 2 unidades de saúde localizadas no Município de Cantanhede. A população deste município caracteriza-se por uma elevada percentagem de idosos quando comparada com a estatística nacional ²⁴, com uma frequência de analfabetismo superior à taxa nacional ²⁵.

Como pontos fortes, este trabalho apresenta metodologia em quasi-aleatorização e a representatividade da amostra, pois é superior ao, inicialmente, estipulado em protocolo. Os pontos fracos são o facto de a amostra ser composta por idosos de um único Município.

Como vieses identificamos o de informação, especialmente nas entrevistas dirigidas, as crenças da investigadora e a interação com o utente podem ter influenciado a resposta escolhida. É de enfatizar que poderá ter existido uma sobrevalorização, pelos doentes, da sua adesão e capacitação, caso estes tenham interpretado estas escalas como forma de autoavaliação e de avaliação do médico assistente. Tentou-se combater esta perceção, explicando ao doente o objetivo do estudo e reforçando que este questionário não apresenta carácter avaliativo.

Outro viés importante é o viés de seleção. Dado serem entrevistados idosos que recorrem aos cuidados de saúde, mais frequentemente, pode-se inferir que os idosos entrevistados possuem doença crónica, possivelmente, mal controlada e com piores *outcomes* e por isso, menor adesão à terapêutica.

De outra forma, a capacitação e adesão são influenciadas por múltiplas variáveis como a continuidade dos cuidados médicos, perceção da patologia pelo doente, alterações mnésicas e de compreensão e empatia ^{5,6}. Estes fatores não foram avaliados neste estudo.

Não existiu associação entre o sexo e a escala de MAT. Vários estudos não reportam uma correlação entre a adesão e o sexo. Para além disso, não foram encontradas diferenças entre a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo nos homens e mulheres ²⁶.

Em contrapartida, não se verificou diferença entre o facto de viver sozinho ou acompanhado e a escala de MAT. Uma meta-análise de 2008 refere que estar casado associa-se a um aumento ou não alteração da adesão terapêutica ²⁸. Neste caso, é importante referir que o estado civil não corresponde, linearmente, ao facto de viver sozinho ou acompanhado.

O rendimento mensal não se correlacionou com a escala MAT. Para esta correlação, não foram encontrados estudos na população geral ou idosa de países ocidentais. Deste modo, num estudo no Irão, foi indicado o status socioeconómico como o principal fator para a baixa adesão ²⁹. Contudo, o sistema de saúde português acarreta menores custos para utente e as condições socioeconómicas portuguesas são extremamente diferentes das iranianas. Especulou-se, então, que as condições socioeconómicas são menos relevantes na adesão à terapêutica farmacológica.

A escala de MAT não apresentou correlação com o grau de educação escolar, este achado foi consistente com uma meta-análise que refere que maior educação pode-se traduzir em maior, menor ou igual adesão à população com menor educação ²⁸.

A escala MAT teve uma correlação pequena positiva com a idade, mas não estatisticamente significativa. Tal é consistente com alguns estudos que referem uma diminuição da adesão com maior idade. No entanto, também, há estudos que relatam correlação negativa ou ausência de correlação. É por isso importante fazer mais estudos neste campo, incluindo doentes de idades variadas ²⁸.

O sexo não apresentou associação com a escala de PEI. Foram utilizados dois estudos, estes referem uma diminuição pequena, mas significativa da adesão no sexo feminino. No entanto, devemos destacar que a relação da capacitação com um único fator é difícil de avaliar ^{28,29}.

A escala de PEI não se associou ao facto de o utente viver sozinho ou acompanhado. Estudos referem que os doentes que vivem sozinhos apresentam mais 2,7% de probabilidade de recorrer a serviços de internamento e maior número de idas ao Serviço de Urgência. Apesar destes estudos não abordarem, diretamente, a capacitação, poder-se-á especular que a maior recorrência a internamentos e ao Serviço de Urgência seja causada por má capacitação e adesão destes doentes ³⁰.

A idade apresentou uma correlação negativa pequena com a escala de PEI, não estatisticamente significativa. Um estudo britânico revelou uma diminuição da capacitação na faixa etária dos 31 aos 60 anos em comparação com a população dos 16 aos 30 anos, mas tal não se aplica a partir dos 61 anos ²⁹, estando de acordo com os achados deste estudo.

Não foi verificada correlação entre a escala de PEI e a escala de classe socioeconómica. Um estudo escocês refere não haver diferença entre a capacitação em doentes que vivem em áreas com baixa ou alta privação socioeconómica; pelo que as condições socioeconómicas não apresentam um papel preponderante na capacitação do doente.³¹ Estas conclusões podem-se, também, extrapolar para o rendimento mensal e a educação, dado estes serem parte integral do índice classe sócioeconómica.³¹

A escala MAT não se correlacionou estatisticamente com a escala PEI. A ausência desta correlação pode dever-se a fatores que interferem com tais escalas e não avaliados no presente estudo como a empatia e comunicação com o médico assistente, a flexibilidade e a autonomia na tomada de decisões, o tempo de consulta, as expectativas do doente, a sua etnia, o seu estado geral, a sua perceção da patologia de que sofre, a continuidade de cuidados pelo mesmo clínico e alterações mnésicas e de compreensão ^{3,5,6}. Para além disso, poderá ter existido uma sobrevalorização da capacitação e adesão por interpretação destas escalas como avaliação do clínico e autoavaliação; apesar de se ter enfatizado que o questionário não tinha carácter avaliativo³². Outro fator de confundimento importante, poderá ter sido a interpretação errada, pelo doente, da capacitação como cumprimento das expectativas do doente.

Por fim, o índice de classe socioeconómica e a idade apresentam uma correlação fraca negativa, mas estatisticamente significativa. Esta poderá ter-se devido a vários fatores entre os quais, o aumento progressivo do rendimento mensal e diminuição do analfabetismo; levando que os idosos mais velhos tenham reformas mais pequenas e maiores índices de analfabetismo. Por outro lado, verifica-se maior privação socioeconómica no sexo feminino, tendo esta maior esperança de vida. Podemos ainda especular que nos idosos mais velhos existiria maior percentagem de idosos a viver sozinhos.

Este achado enfatiza o facto de os doentes idosos com baixo status socioeconómico, necessitarem de um acompanhamento adequado da pessoa, tendo em conta que terá piores consequências de saúde, pior qualidade de vida e maior risco de complicações ³³.

6. Conclusão

O índice de classe socioeconómica e idade apresentaram uma correlação estatisticamente significativa. Esta correlação, permite-nos identificar os idosos com menor status socioeconómico, através da idade. Deste modo, deve-se reforçar o seguimento dos idosos mais velhos e com menor status socioeconómico para diminuir a morbi-mortalidade.

Por outro lado, não foi encontrada uma correlação entre a adesão ao tratamento farmacológico e a capacitação. No entanto, não se pode excluir a capacitação da abordagem do idoso e da pessoa, como forma de melhoria da adesão terapêutica farmacológica.

7. Agradecimentos

Não poderia terminar sem agradecer a todos aqueles que contribuíram para tornar este trabalho possível:

Gostaria de agradecer ao meu orientador Professor Doutor Luiz Santiago, pela disponibilidade em ser meu orientador e pela ajuda dada ao longo de todo o processo;

Gostaria de agradecer à Dr. Teresa de Santis; diretora da USF Marquês de Marialva e à Dr. Raquel Fonseca Ferreira, diretora da UCSP de Cantanhede, por concordarem com a realização deste estudo nas unidades de saúde. Gostaria também de agradecer à restante equipa médica, de enfermagem destas unidades de saúde, pela disponibilidade e amabilidade.

Por fim, agradeço aos meus familiares e amigos pelo apoio prestado durante este longo processo.

8. Referências bibliográficas

1. WHO | Adherence to long-term therapies: Evidence for action. 2015 [citado em 2020 Nov 22]; Disponível em: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/
2. Brown MT, Bussell J, Dutta S, Davis K, Strong S, Mathew S. Medication adherence: Truth and consequences. *Am J Med Sci*. 2016;351(4):387–99.
3. Coelho A, Professor Adjunto. Área científica de Farmácia. Departamento das Ciências e Tecnologias Laboratoriais e Saúde Comunitária. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, Vilares C, Silva M, Rodrigues C, Costa M, et al. Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito. *Rpmgf*. 2017;33(4):262–76.
4. Carvalheira AA, Pereira NM, Maroco J, Forjaz V. Dropout in the treatment of erectile dysfunction with PDE5: a study on predictors and a qualitative analysis of reasons for discontinuation. *J Sex Med*. 2012;9(9):2361–9.
5. Hugtenburg JG, Timmers L, Elders PJ, Vervloet M, van Dijk L. Definitions, variants, and causes of nonadherence with medication: a challenge for tailored interventions. *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:675–82.
6. Lee S, Jiang L, Dowdy D, Hong YA, Ory MG. Attitudes, beliefs, and cost-related medication nonadherence among adults aged 65 or older with chronic diseases. *Prev Chronic Dis*. 2018;15(180190):E148.
7. [Citado em 2020 Nov 12]. Available from: <http://Https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e016982>
8. Pintalhão I, Botas P, Pereira C, Santiago LM. Desenvolvimento de Tradução para Português do Patient Enablement Instrument. *RevADSO*. 2013;1(2):18–22.
9. Hudon C, St-Cyr Tribble D, Légaré F, Bravo G, Fortin M, Almirall J. Assessing enablement in clinical practice: a systematic review of available instruments: Instruments measuring enablement in clinical practice. *J Eval Clin Pract*. 2010;16(6):1301–8.
10. Frost J, Currie MJ, Cruickshank M. An integrative review of enablement in primary health care. *J Prim Care Community Health*. 2015;6(4):264–78.

11. Relação da Capacitação, Conhecimentos e Qualidade de Vida com a Adesão à Terapêutica Não Farmacológica na Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82264/1/Trabalho Final Ana Carolina Carvalho Pratas.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82264/1/Trabalho%20Final%20Ana%20Carolina%20Carvalho%20Pratas.pdf)
12. Ferreira R, Graça L, Calvino M. Therapeutic adherence of hypertensive patients in primary health care. *Rev Enferm Ref.* 2016;IV Série(No8):7–15.
13. Duarte MJ de A. Gestão da Adesão do Tratamento da Tuberculose. 2016.
14. Científico A. Adesão à Terapêutica, Capacitação, Qualidade de vida: relação com o controlo da Hipertensão Arterial [Internet]. Sib.uc.pt. [citado 2021 Fev 10]. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/82013/1/Trabalho%20Final%20-%20Pedro%20Nuno%20Pereira.pdf>
15. Martins A, Martins J, Santos S. Adherence to the medication regimen before and after a therapeutic awareness-raising intervention. *Rev Enferm Ref.* 2017;IV Série(No14):9–16.
16. Townsend P. Poverty in the United Kingdom. London: Allen Lane and Penguin Books; 1979.
17. Townsend P. Deprivation. *J Soc Policy.* 1987:125-4
18. Salário mínimo nacional [Internet]. Pordata.pt. [cited 2021 Mar 12]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Sal%C3%A1rio+m%C3%ADnimo+nacional-74>
19. Ribeiro AI, Mayer A, Miranda A, De Pina M de F. The Portuguese version of the European Deprivation Index: An instrument to study health inequalities. *Acta Med Port.* 2017;30(1):17.
20. Anghel LA, Farcas AM, Oprean RN. An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Med Pharm Rep.* 2019;92(2):117–22.
21. Barata AD, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2001;2:81–100.
22. I. P, L. S, C S. Validação da versão portuguesa do patient enablement instrument e sua aplicação em medicina geral e familiar.
23. Pintalhão I, Botas P, Pereira C, Santiago LM. Desenvolvimento de Tradução para Português do Patient Enablement Instrument. *RevADSO.* 2013;1(2):18–22.
24. Índice de envelhecimento [Internet]. Pordata.pt. [citado 2021 Fev 03]. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/%c3%8dndice+de+envelhecimento-458>

25. Taxa de analfabetismo segundo os Censos: total e por sexo [Internet]. Pordata.pt. [citado 2021 Mar 05].Disponível em: <https://www.pordata.pt/Municipios/Taxa+de+analfabetismo+segundo+os+Censos+total+e+por+sexo-721>
26. Biffi A, Rea F, Iannaccone T, Filippelli A, Mancina G, Corrao G. Sex differences in the adherence of antihypertensive drugs: a systematic review with meta-analyses. *BMJ Open*. 2020;10(7):e036418.
27. Naghavi S, Mehrolhassani MH, Nakhaee N, Yazdi-Feyzabadi V. Effective factors in non-compliance with therapeutic orders of specialists in outpatient clinics in Iran: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):413.
28. Li S-C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag*. 2008;4(1):269–86.
29. Mead N, Bower P, Roland M. Factors associated with enablement in general practice: cross-sectional study using routinely-collected data. *Br J Gen Pract*. 2008;58(550):346–52.
30. Dreyer K, Steventon A, Fisher R, Deeny SR. The association between living alone and health care utilisation in older adults: a retrospective cohort study of electronic health records from a London general practice. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):269.
31. Researchgate.net. [citado 2021 Mar 09].Disponível em : https://www.researchgate.net/publication/221816357_Patient_enablement_requires_phsician_empathy_A_crosssectional_study_of_general_practice_consultations_in_areas_of_high_and_low_socioeconomic_deprivation_in_Scotland
32. Frost J, Currie MJ, Cruickshank M. An integrative review of enablement in primary health care. *J Prim Care Community Health*. 2015;6(4):264–78.
33. Org.uk. [cited 2021 Mar 12].Disponível em: <https://www.ageing-better.org.uk/sites/default/files/201712/Inequalities%20scoping%20review%20full%20report.pdf>

9. Anexos

Anexo 1: Consentimento Informado

Consentimento Informado

Eu, Rita Batista Figueiró, sou aluna do 6º Ano de Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra estou a realizar estudo que relaciona o seu conhecimento com a adesão ao tratamento com medicamentos.

Pretendo saber se aceita colaborar neste estudo respondendo a algumas questões.

As suas informações são confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizadas apenas neste estudo, ninguém podendo saber quem respondeu nem como respondeu.

Esta participação será voluntária, pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento. Se não aceitar participar ou se optar por desistir do estudo não será prejudicado.

Agradeço desde já a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Estudante nº 2015237479

6º Ano – FMUC

Tlmv: 967378625

Eu, _____, afirmo que recebi toda a informação necessária de modo a ficar esclarecido relativamente ao estudo e aceito participar voluntariamente.

Data: __/__/__

Assinatura: _____

Assinatura da investigadora: _____

Anexo 2: Questionário

Por favor, responda às perguntas; quando a pergunta tiver uma caixa assinale a resposta com uma cruz. Nas perguntas com uma linha (____), escreva a resposta na linha.

1- Qual é a sua idade? _____

2- Qual é o seu sexo

- Feminino
- Masculino

Assinale as respostas com que se identifica mais colocando uma cruz (X) no quadrado ().

1- Vive sozinha(o)?

- Sim
- Não

2-Ganha o salário mínimo ou mais?

- Não
- Sim

3-Frequentou a escola durante quantos anos

- Menos de 4 anos
- Igual ou mais de 4 anos

Por favor, preencha este questionário escolhendo a resposta com que se identifique mais quanto aos seus medicamentos habituais.

1- Já alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2- Alguma vez foi descuidado com a hora de toma dos medicamentos para as suas doenças?					
Sempre	Quase sempre	Com frequência	Por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se sentir melhor?					
--	--	--	--	--	--

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	------------------------	----------------	----------------	------------

4- Alguma vez deixou de tomar os seus medicamentos, por sua iniciativa, por se sentir pior?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	------------------------	----------------	----------------	------------

5- Alguma vez tomou mais um/vários medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, por se sentir pior?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	------------------------	----------------	----------------	------------

6- Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	------------------------	----------------	----------------	------------

7- Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por outra razão que não seja indicação médica?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	------------------------	----------------	----------------	------------

Como um resultado com a consulta com o médico, **hoje**, sente que está:

	Muito melhor	Melhor	Igual ou pior
Capaz de lidar com a vida			
Capaz de compreender a sua doença			
Capaz de lidar com a sua doença			
Capaz de se manter saudável			
	Muito mais	Mais	Igual ou menos
Confiante em relação á sua saúde			
Capaz de se ajudar a si próprio			

Anexo 3: Permissão da UCSP Cantanhede

Permissão da realização do estudo **Capacitação e adesão terapêutica farmacológica nos idosos**

Excelentíssimo/a Diretor/a da UCSP Cantanhede,

Eu, Rita Batista Figueiró, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e o Prof. Dr. Luiz Santiago vimos por este meio pedir autorização para a realização de uma investigação sobre a capacitação do doente após uma consulta e adesão ao tratamento nos doentes com mais de 65 anos.

Este estudo consistirá no preenchimento de um questionário de 3 páginas pelo doente, após a consulta médica. O questionário permitirá relacionar a capacitação e adesão entre si e com dados demográficos e socioeconómicos.

Gostaria de referir que esta investigação fará parte da minha tese de mestrado. Para além disso, enviarei-lhe um relatório após a conclusão do estudo e que em anexo envio a proposta de estudo, o questionário.

Agradeço, desde já, a atenção

Com os melhores cumprimentos,



(Rita Batista Figueiró)

Eu, Raquel Fonseca Ferreira, diretoror/a da Unidade UCSP Cantanhede, localizada em Cantanhede; permito a realização do **estudo Capacitação e adesão terapêutica farmacológica nos idosos** na Unidade UCSP Cantanhede

Raquel Ferreira

Diretor/a da UCSP Cantanhede)



Anexo 4: Permissão da USF Marquês de Marialva

Permissão da realização do estudo **Capacitação e adesão terapêutica farmacológica nos idosos**

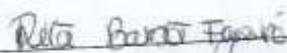
Excelentíssima coordenadora da USF Marquês de Marialva,

Eu, Rita Batista Figueiró, sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e o Prof. Dr. Luiz Santiago vimos por este meio pedir autorização para a realização de uma investigação sobre a capacitação do doente após uma consulta e adesão ao tratamento nos doentes com mais de 65 anos.

Este estudo consistirá no preenchimento de um questionário de 3 páginas pelo doente, após a consulta médica. O questionário permitirá relacionar a capacitação e adesão entre si e com dados demográficos e socioeconómicos.

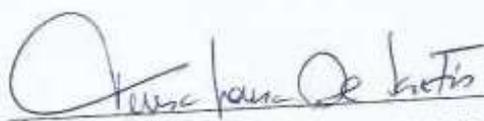
Gostaria de referir que esta investigação fará parte da minha tese de mestrado. Para além disso, envarei-lhe um relatório após a conclusão do estudo e que em anexo envio a proposta de estudo, o questionário.

Agradeço, desde já, a atenção
Com os melhores cumprimentos,



(Rita Batista Figueiró)

Eu, Teresa Sousa De Santis, Coordenadora da USF Marquês de Marialva, localizada no Centro de Saúde de Cantanhede permito a realização do estudo **Capacitação e adesão terapêutica farmacológica nos idosos** na USF Marquês de Marialva.



(Coordenadora da USF Marquês de Marialva)



ARS Centro IP
CS de Cantanhede
USF
Marquês de Marialva
Dra. Teresa De Santis

Anexo 5: Permissão da Comissão de Ética da ARS Centro



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<p>Processo Núm.: Favorável:</p>	<p>Distrito: <i>Hospitalidade ARS Centro</i></p> <p><i>[Signature]</i></p>
--------------------------------------	--

Assunto: Título: "Capacitação e adesão terapêutica farmacológica nos idosos." (processo 057-2020).
 Autores: Rita Batista Figueira/Isabel Miguel Santiago | Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra /USF Marquês de Marialva/USCP Cantanhede.

"A multimedicação está associada à polifarmacoterapia e a regimes de tratamento complexos; podendo isto traduzir-se numa má adesão à terapêutica. Nos países desenvolvidos a taxa de adesão à terapêutica será de aproximadamente 50% e nos países em desenvolvimento menor. Em Portugal os níveis de adesão à terapêutica variam entre 41,0% e 65%, estando esta variabilidade relacionada com a percepção do risco da patologia. Pensar que a capacitação implica melhores resultados a nível de adesão à terapêutica e diminuição da mortalidade.

No âmbito do diabetes existem estudos portugueses que comprovam uma correlação entre a capacitação do doente e adesão à terapêutica não farmacológica com políticas de autocuidado de diabetes e um melhor controlo glicémico. Para além deste estudo português, existem alguns trabalhos semelhantes focando-se neste tema em populações com patologia específica (diabetes, hipertensão). Porém, não existem estudos na área de capacitação e adesão à terapêutica no idoso com multimedicação."

Os autores pretendem avaliar a eficácia da capacitação como forma de adesão à terapêutica farmacológica em doentes com idade igual ou superior a 65 anos. Pretendem também avaliar a relação da multimedicação com a capacitação e adesão ao tratamento farmacológico.

A população alvo será constituída por utentes inscritos na USF Marquês de Marialva e na USCP Cantanhede, com uma amostra de 10 doentes em cada unidade. Os critérios de inclusão são doentes com mais de 65 anos, fluentes em língua portuguesa e de nacionalidade portuguesa com capacidade de consentir a sua opinião. Todos os participantes serão abordados pela equipa, convidados a participar no estudo perante o respetivo Consentimento informado, seguido do preenchimento dos formulários.

A recolha de dados será realizada após a consulta médica. O questionário será realizado sob o formato de autoquestionário, exceto casos em que será realizada uma entrevista dirigida.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

As variáveis deste estudo serão a idade, sexo, índice de SEBT, score na escala Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e score na escala de capacitação Patient Enablement Instrument (PEI).

É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes. A garantia da confidencialidade das dados obtidos, está assegurada.

O Relator e Presidente da CES-ATI do Centro



Prof. Doutora Isabel Vitória Figueiredo



Prof. Doutor Fátima Ribeiro