

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E LICENCIATURA

WILLIAN ALVES DOS SANTOS

**ENVELHECIMENTO VS ADESÃO TERAPÊUTICA:
um foco de atenção em enfermagem**

NITERÓI
2013

WILLIAN ALVES DOS SANTOS

**ENVELHECIMENTO VS ADESÃO TERAPÊUTICA:
um foco de atenção em enfermagem**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação de Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Orientadora: Profa Dra Patrícia dos Santos Claro Fuly

Co-orientador: Prof Dr Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro

NITERÓI
2013

S 237 Santos, Willian Alves dos.
Envelhecimento vs adesão terapêutica: um foco de atenção em enfermagem / Willian Alves dos Santos. – Niterói: [s.n.], 2013.
87 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal Fluminense, 2013.
Orientador: Prof^a. Patrícia dos Santos Claro Fuly.
Co-orientador: Prof. Alberto José Barata G. Cavaleiro.

1. Enfermagem. 2. Saúde do idoso. 3. Diagnóstico de enfermagem. 4. Educação para a saúde. 5. Doença crônica. 6. Adesão terapêutica. 7. Envelhecimento. I. Título.

CDD 610.73

WILLIAN ALVES DOS SANTOS

**ENVELHECIMENTO VS ADESÃO TERAPÊUTICA:
um foco de atenção em enfermagem**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação de Enfermagem e Licenciatura da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro e Licenciado em Enfermagem.

Aprovado em ____ de _____ de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Patrícia dos Santos Claro Fuly - Orientadora

UFF

Prof. Dr. Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro

EsenfC

Prof. Dr. Mauro Leonardo Salvador Caldeira dos Santos

UFF

NITERÓI
2013

“Para o ignorante, a velhice é o inverno da vida; para o sábio, é a época da colheita.”

(Talmude, s.d)

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela inspiração e força que me concedeu durante esta caminhada.

Aos meus pais João José dos Santos (in memoriam) e Maria Eunice Araújo dos Santos, pelo incentivo e apoio durante toda a minha trajetória de vida e por acreditarem em meu sucesso, onde mesmo sem o saber das letras me deram o melhor para que eu pudesse ser o que sou hoje. Obrigado por transformar todos os obstáculos em lições de vida. Vocês são exemplos para mim! Amo vocês!

Ao meu irmão Warllen Alves (in memoriam), apesar de não estar presente em matéria esteve presente em meu coração em todos os momentos de minha graduação. Dedico a você esse trabalho.

À Claudia Lourenço e Valério Lourenço, pelo apoio e torcida. Sem vocês eu não estaria aqui hoje. Sou eternamente grato a vocês.

Aos meus familiares e amigos, pelo amor e companheirismo em todos os momentos. Vocês são também promotores da conclusão de mais uma importante etapa em minha vida.

À professora orientadora Patrícia dos Santos Claro Fuly pelos momentos de dedicação, orientação e preocupação para que este trabalho fosse concluído com exatidão. Agradeço pelo seu acolhimento, sempre me ensinando o valor da partilha de conhecimentos. Te adoro!

Ao professor Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro, pela paciência. Ainda que seja reconhecido pelo seu mérito na área de Enfermagem do Idoso e Geriatria, nunca me demonstrou vaidade, e pelo contrário, mostrou-me que os erros cometidos são essenciais para o processo de aprendizagem.

Ao meu companheiro Lidger Vargas, pelo ombro amigo e presença constante nos momentos tristes e felizes de minha graduação. Dispensa comentários (risos).

À população idosa da Junta de Freguesia de São Martinho de Árvore, pela participação e confiança depositada nesse projeto. Sem vocês, com certeza este trabalho não seria concretizado. O meu mais sincero obrigado.

Aos companheiros de faculdade Vivian Windisch, Fernanda Pinheiro, Juliana Gonçalves, Daniel Tavares e Ana Caroline Landim que estiveram juntos comigo neste percurso desafiador, proporcionando a concretização desse brilhante trabalho. Amo vocês!

À Aline Coca, por participar da concretização de mais esse sonho. Obrigado por estar sempre ao meu lado. Tenho certeza que nossa amizade é para a vida. Amo você!

Às minhas amigas irmãs Ayala Vargas e Renata Martins, pelas conversas e força dispensada. Vocês estiveram ao meu lado nos momentos mais difíceis da minha vida. Obrigado por tudo.

RESUMO

O presente trabalho visa um levantamento das necessidades de saúde da população idosa de São Martinho de Árvore, através da aplicação do instrumento “*Avaliação do risco de não adesão ao tratamento*”. Como objetivo geral desta investigação tem-se a identificação das necessidades/problemas da população-alvo relativo à adesão terapêutica, e como objetivos específicos: a identificação dos diagnósticos de enfermagem mais prevalentes no risco de não adesão terapêutica e implementação de estratégias educativas que favoreçam essa adesão de forma segura e eficaz no seu contexto biopsicossocial. A adesão terapêutica é definida como o comportamento da pessoa, relacionado com a toma de medicamentos, cumprimento do regime alimentar e alteração de hábitos e/ou estilos de vida, advindas de um acordo negociado entre o cliente e o profissional de saúde. Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo de nível II com a sua finalidade de descrever os fatores ou variáveis da amostra. Resultados: As necessidades de saúde encontradas foram relacionadas com a atividade física, regime alimentar e esquema terapêutico medicamentoso. Na população estudada, foi possível observar a grande prevalência do sexo feminino (76%), idade média de 75 anos, estado civil viúvo (60%) e situação laboral de 100% de reformados. Os diagnósticos de enfermagem mais evidentes neste estudo foram: Regime de tratamento complexo (96%), Déficit de conhecimentos (60%) e Analfabetismo (40%). Discussão: A aplicação do referido instrumento para a investigação, “*Avaliação do risco de não adesão ao tratamento*”, em conjunto com as consultas de enfermagem foram essenciais, auxiliando na construção de estratégias educativas através de sessões de educação para a saúde. De acordo com os resultados obtidos na execução desta investigação, 28% da amostra já apresentava o fenómeno de não adesão terapêutica, sendo por isso um valor fundamental para a caracterização da amostra em estudo. Conclusão: É incontestável a necessidade de investir mais sobre o eixo temático da adesão terapêutica no contexto de envelhecimento assim como aplicar o mesmo instrumento de estudo em amostras mais extensas, a fim de realizar estudos de carácter longitudinal e randomizados, abrangendo um maior conhecimento científico na área de enfermagem.

Palavras-chave: doença crônica, adesão terapêutica, enfermagem.

ABSTRACT

This work aims at understanding the health needs of the old aged population in São Martinho de Árvore, undertaken through the working tool "*Evaluation of risk of the non adherence to the treatment.*" As main goal of this investigation we have: the identification of the needs/problems of the targeted population on what concerns the adherence to the therapeutics; and as specific aims the identification of the nursing diagnosis more prevalent in the risk of non-adherence to the therapeutics and implementation of the educative strategies, which benefit this adherence in a safe and effective way in its bio-psychosocial context. The therapeutic adherence is defined as a person's behavior, linked to the medication taking, accomplishment of the diet and change of routines/lifestyles, as a consequence of a deal between client and the health professional. Methodology: It is a level II descriptive study with the goal of describing the factors or variables of the sample. Results: The health needs found were related with the physical activity, diet and pharmacological therapeutic scheme. It was possible to observe the great prevalence of the feminine gender (76%), average age of 75 years old, widowers (60%) and labor situation of the 100% retired in the studied population. The more evident nursing diagnosis in this study was: regime of complex treatment (96%), knowledge deficit (60%) and illiteracy (40%). Discussion: the application of this instrument to the investigation, "*Evaluation of risk of the non-adherence to the treatment*", together with the nursing appointments was essential, helping in the construction of the educative strategies through the health education sessions. According to the results of this investigation, 28% of the sample had already represented the phenomenon of non-therapeutic adherence, being a fundamental value to the characterization of the sample at study. Conclusion: The need to invest more in the thematic axis of the therapeutic adherence in the context of old-aging as well as using the same instrument of study in wider samples to carry on longitudinal and randomized studies holding a bigger scientific knowledge in nursing is undeniable.

Key words: chronic disease, therapeutic adherence, nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAVD	Atividades Avançadas de Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AVD	Atividades de Vida Diária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGS	Direção Geral de Saúde
EBSCO	Ebsco Information Services
HTA	Hipertensão Arterial
ICN	Internacional Council of Nurses
IMB	Informação – Motivação – Comportamento
INE	Instituto Nacional de Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PIAE	Plano Internacional de Ações sobre o Envelhecimento
PNS	Plano Nacional de Saúde
PNSPI	Plano Nacional da Saúde para a Pessoa Idosa
PUBMED	US National Library of Medicine National Institutes of Health
SACE	Sistema de Apoio à Consulta de Enfermagem

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fatores potenciais de adesão adaptado de Mclaughin (2005), p. 35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos dados da amostra segundo o estado civil (n e %), p.46

Gráfico 2: Distribuição dos dados da amostra segundo os grupos farmacológicos (n e %), p.
49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos dados da amostra segundo as suas características sociodemográficas ($n=25$), p. 45

Tabela 2: Distribuição dos dados da amostra segundo as condições de saúde (n e %), p. 48

Tabela 3: Distribuição dos dados da amostra segundo os diagnósticos de enfermagem identificados com a aplicação do instrumento “*Avaliação do risco de não adesão ao tratamento*” (n e %), p. 50

Tabela 4: Distribuição dos dados da amostra obtidos através da aplicação do questionário pré-teste e pós-teste da sessão educativa “*Alimentação saudável e hidratação*”, p. 51

Tabela 5: Distribuição dos dados da amostra obtidos através da aplicação do questionário pré-teste e pós-teste da sessão educativa “*Medicamento Certo à Hora Certa*”, p. 53

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS, p. 14

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA, p. 18

2.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E INDIVIDUAL, p. 18

2.1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL – ASPETOS DEMOGRÁFICOS, p. 18

2.1.2 ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL, p. 20

2.1.3 ENVELHECIMENTO ATIVO, p. 22

2.2 MODELOS CONCEPTUAIS, p. 23

2.2.1 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS, p. 24

2.2.2 MODELOS/TEORIAS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL EXPLICATIVOS DA ADESÃO, p. 25

2.3 TEORIA DE OREM, p. 31

2.4 ADESÃO TERAPÊUTICA, p. 34

2.4.1 REGIME ALIMENTAR, p. 38

2.4.2 ATIVIDADE FÍSICA, p. 39

2.4.3 ESQUEMA TERAPÊUTICO FARMACOLÓGICO, p. 41

3 METODOLOGIA, p. 43

3.1 TIPO DE ESTUDO, p. 43

3.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO, p. 44

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA, p. 44

3.3.1 VARIÁVEIS ESTUDADAS, p. 45

3.4 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA, p. 45

3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS, p. 47

3.5.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO, p. 47

3.5.2 INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DO RISCO PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO, p. 48

3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO, p. 48

3.7 ASPECTOS ÉTICOS, p. 48

4 RESULTADOS, p. 49

5 DISCUSSÃO, p. 57

6 SINTESE CONCLUSIVA, p. 61

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS, p. 63

8 BIBLIOGRAFIA, p. 66

8.1 OBRAS CITADAS, p. 66

8.2 OBRAS CONSULTADAS, p. 74

9 APÊNDICE, p. 75

9.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO, p. 75

10 ANEXO, p. 77

10.1 INSTRUMENTO AVALIAÇÃO DO RISCO DA NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO,
p. 77

10.2 FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO EM BASE DE DADOS, p. 83

10.3 PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS, p. 84

10.4 QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, p. 88

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI), este preconiza sustentar-se em três alicerces fundamentais: promoção do envelhecimento ativo ao longo de toda a vida; adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas, promoção e desenvolvimento intersetorial de ambientes capacitadores de autonomia e independência das pessoas idosas (DGS, 2004). Considerando estas recomendações, e relacionando com os objetivos propostos para este Ensino Clínico, surge o nosso interesse na investigação da temática Adesão Terapêutica na população idosa.

No âmbito do Ensino Clínico na área opcional de Enfermagem do Idoso, a decorrer na Junta de Freguesia de São Martinho de Árvore, durante o período de 8 semanas, foi do nosso interesse abordar o tema “*Envelhecimento vs Adesão Terapêutica: um foco de atenção em enfermagem*”.

A constatação das problemáticas da população-alvo deste local, e a necessidade de promoção da autonomia e qualidade de vida remeteram-nos para a finalidade principal deste estudo, ou seja, a promoção da adesão terapêutica na população idosa em suas diversas vertentes.

Segundo a entidade Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011) foi estimado para o ano de 2011 o número total de 10 562 178 indivíduos residentes em Portugal, com predomínio do número de mulheres face aos dos homens. É de se destacar que houve crescimento do indicador demográfico da população idosa (65 anos ou mais) de cerca de 19,4%, ou seja, atualmente temos uma proporção de 100 jovens para 131 idosos. Segundo projeções da mesma entidade, espera-se que no ano 2025 existam aproximadamente 1,2 bilhões de indivíduos no mundo com idade superior aos 60 anos, assim como o valor que nos é apresentado, dever-se-á ao baixo nível de fecundidade e aumento da perspectiva da qualidade de vida da população idosa (HENRIQUES, 2006).

Com o aumento da longevidade, surgem conseqüentemente o aumento do índice de doenças crônicas bem como a necessidade de diversos meios de tratamento por um único indivíduo. A não adesão terapêutica é um fenômeno que afeta cerca de 50% dos idosos nos países mais desenvolvidos, contribuindo para o aumento do índice de hospitalizações, internamentos em lares, deterioração da qualidade de vida e aumento da morbi-mortalidade nesta faixa etária. (GALVÃO, 2006; HENRIQUES, 2006)

A compreensão do fenômeno de adesão implica tomar conhecimento dos vários modelos conceituais existentes, bem como da análise dos seus pressupostos teóricos (DIAS *et al*, 2011). Sustentados na opinião destes autores, os marcos conceituais e conceitos teóricos nos remetem para os modelos e teorias de mudança comportamental explicativos da adesão. Estes pretendem explicar as relações existentes entre o pensamento e o comportamento das pessoas, relativamente a questões relacionadas com a saúde e a doença, nomeadamente o Modelo de Crenças da Saúde, Teoria da Aprendizagem Social, Teoria do Locus de Controlo para a Saúde, Teoria da Ação Racional de Fishbein, Teoria da Ação Social, Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento, Modelo de Auto Regulação do Comportamento de Doença de Leventhal e Modelo Informação – Motivação – Comportamento (IMC).

Apoiando no que foi supracitado, os autores evidenciam que estes referenciais teóricos e conceituais se baseiam no principal pressuposto de que compreendendo as crenças, valores e atitudes, é possível planejar intervenções mais eficazes que permitam modificar e controlar os comportamentos adotados (MACHADO, 2009). O principal objetivo deste processo é o alcance de ganhos em saúde para o cliente, enquanto paciente e consumidor de cuidados (MELEIS, 2012), aquando da adesão aos esquemas terapêuticos, que podem incluir a adoção do esquema terapêutico segundo a prescrição, marcação de consultas de vigilância de saúde e comparecimento às mesmas, realização de mudanças no estilo de vida e autogestão de comportamentos que promovam a saúde e os resultados dos cuidados (ICN, 2008).

Existem fatores que influenciam o processo de adesão terapêutica, incluindo por exemplo, o baixo estatuto socioeconômico, analfabetismo e baixo nível educacional, desemprego, distância dos centros de tratamento, custos elevados de transporte e medicação, características da doença, fatores relacionados com a terapêutica e crenças com a doença e tratamento (DIAS *et al*, 2011). Perante estes fatores, podemos referir que alguns deles estão relacionados diretamente com o cliente, enquanto outros se relacionam com os profissionais de saúde e conseqüentemente com as suas intervenções. Para que sejam obtidos ganhos em saúde, cabe ao enfermeiro otimizar a adesão terapêutica, num compromisso de colaboração

ativa e intencionada do cliente, com o fim máximo de produzir o resultado preventivo ou terapêutico desejado, assim como sustenta a Teoria de Sistemas de Enfermagem de Orem (FEIJÃO *et al*, 2009).

A educação necessária para a autogestão envolve o indivíduo numa dualidade entre estratégias educativas e comportamentais. A educação é uma estratégia (terapêutica de enfermagem) importante para melhorar a adesão, mas não basta apenas a informação, tem que existir também motivação do indivíduo e posteriormente encorajamento na adesão ao tratamento e objetivos relacionados com o estilo de vida (DIAS *et al*, 2011). Estes mesmos autores consideram que no processo de educação é importante o envolvimento ativo da família e comunidade perante a promoção da adesão, assim como a cooperação contínua entre os profissionais de saúde, investigadores, e outros.

Este conjunto de ações leva à melhoria da qualidade de vida do indivíduo, e por sua vez a um envelhecimento ativo. Na perspectiva da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), esta define envelhecimento ativo como a “*otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas*” (TEIXEIRA, 2008; NERI, 2008, p.82). Por sua vez e para que exista um envelhecimento ativo bem-sucedido, é essencial o envolvimento dos fatores bio-psico-sociais, tendo em conta questões como a perda de poder de decisão por parte da pessoa idosa, estando esta bem presente, quer por alteração do padrão considerado aceitável pela sociedade quer apenas pela incapacidade de assumir o seu papel na sociedade atual (SANTOS *et al*, 2008.) É perante este possível constrangimento ao nível do autocuidado da pessoa idosa que a Enfermagem assume um papel preponderante na promoção ou manutenção da autonomia e independência/funcionalidade, proporcionando uma melhoria da qualidade de vida englobando as condições individuais e as características ambientais. Existe uma relação direta entre o envelhecimento ativo e a promoção da saúde, objetivando a melhoria da autoestima da pessoa idosa, expandindo o campo de possibilidade de escolha do mesmo e impondo alguma responsabilidade, levando por isso a um comportamento mais ativo na sociedade.

Estas evidências teóricas me conduziram à construção do seguinte objetivo geral, identificar as necessidades/problemas da população-alvo à adesão terapêutica, bem como os objetivos específicos, identificar os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes no risco da Não Adesão Terapêutica; implementar estratégias educativas aos idosos que favoreçam adesão terapêutica segura e eficaz no seu contexto biopsicossocial.

O acesso às evidências científicas foi realizado através das seguintes bases de dados: Literatura latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs¹), US National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed²) e EBSCO³, bem como literaturas clássicas primárias encontradas em bibliotecas tradicionais. A partir de descritores (Mesh terms): doença crónica (chronic disease), adesão terapêutica (therapeutic adherence), enfermagem (nursing). Para a combinação destes termos foi utilizado o operador booleano (AND). O cruzamento dos descritores foi realizado da seguinte forma: doença crónica AND adesão terapêutica AND enfermagem; adesão terapêutica AND doença crónica; adesão terapêutica AND enfermagem e doença crónica AND enfermagem. Esta foi realizada no período temporal de 15 dias (de 5 de Maio de 2013 a 20 de Maio de 2013). Como critérios de inclusão para a seleção de artigos científicos nas bases de dados supracitadas, foram utilizados os seguintes: apresentar texto completo *online*, nos idiomas português e inglês, correspondente ao horizonte temporal de 2007 a 2012, relacionado restritamente à temática do estudo. Quanto aos critérios de exclusão foram excluídos artigos que continham como eixo adesão terapêutica em crianças.

¹ Disponível em: www.lilacs.bvsalud.org/

² Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

³ Disponível em: <http://search.ebscohost.com>

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO E INDIVIDUAL

A complexidade dos desafios colocados pelo envelhecimento, enquanto processo global, implica a necessidade de repensar e atuar sobre as políticas atuais. O envelhecimento da população, enquanto aumento da esperança média de vida e aumento da longevidade, assume-se como a aspiração de qualquer sociedade e representa um enorme desafio para o século XXI, uma vez que representa não só um objetivo individual de vida, mas também uma responsabilidade coletiva para com a população idosa (AZEREDO, 2011).

2.1.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL – QUESTÕES DEMOGRÁFICAS

Rosa e Chitas (2010) afirmam que existe uma progressão demográfica evidente na sociedade, face ao aumento do envelhecimento da população portuguesa, e que isso se traduz pelos baixos níveis de fecundidade. É importante ter em conta as dificuldades que advêm desta realidade, tal como os novos desafios que se propõem agregados ao envelhecimento da população, nos seus diversos setores dentro da sociedade, nomeadamente ao nível da educação, na saúde, onde é evidente a presença de pressão acrescida sobre o sistema de cuidados de saúde, e na proteção social, que engloba em si a sustentabilidade financeira.

Em Portugal, a taxa de envelhecimento (número de idosos por cada 100 jovens) já ultrapassou os 100% em 2000 (em 2001 era de 102%) e prevê-se para 2050 um índice de 243 idosos por 100 jovens. Assim como acontece noutros países da Europa, o fenómeno do envelhecimento da população faz-se sentir mais no grupo com 85 ou mais anos. Esta autora afirma ainda que este grupo, em 2001 já representava cerca de 1,4% da população portuguesa e que se estima que vá atingir os 4%, com predomínio da percentagem de mulheres (AZEREDO, 2011).

Segundo a autora acima citada, o país assim como toda a Europa, passa atualmente por um processo de envelhecimento demográfico. Este tipo de envelhecimento corresponde à “*alteração na estrutura populacional mais importante, com repercussões no padrão geral de desenvolvimento socioeconômico e na saúde*” (p.13).

Considera-se pertinente entender que o envelhecimento demográfico assim como a reestruturação social e familiar se assume como um fator desencadeante de algumas preocupações face ao próprio envelhecimento e suas consequências, sendo uma das principais o aumento da taxa de dependência de idosos, que para além de representar uma redução proporcional da população ativa, implica uma reorganização dos serviços de saúde e de suporte social, a fim de evitar incapacidades precoces e de promoção do bem-estar social do idoso (AZEREDO, 2011).

Partindo da mesma ideia, a autora acrescenta ainda relativamente ao envelhecimento demográfico, que este caracterizou majoritariamente o final do séc. XX e que prevalece no séc. XXI, sendo referência em todo o mundo. Este fato é resultado de uma transição demográfica, caracterizada pela “*evolução de uma situação equilíbrio com taxas de natalidade e mortalidade para uma situação em que o saldo fisiológico (saldo natural) tende para zero ou é mesmo negativo*” (p.16).

Abordada a temática da evolução demográfica é essencial perceber o que a caracteriza, ou seja, que surge como resultado de um aumento da proporção de pessoas idosas em relação aos restantes grupos etários, prevendo-se ainda que em 2025 esta proporção seja de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos, em todo o mundo (WHO⁴, 2003 *apud* HENRIQUES, 2006). Seguindo esta mesma ideia importa referir que existem ainda outros determinantes desta mudança na estrutura das populações, tais como o baixo nível de fecundidade durante um período alargado e os ganhos obtidos ao nível da esperança de vida, particularmente em idades mais elevadas, o que contribui para um aumento da população idosa.

Azeredo (2011) sustentando-se na ideia de Rosa e Vieira (2003) advoga que esta transição demográfica representa consequentemente dois tipos de envelhecimento demográfico: um envelhecimento na base da pirâmide etária, resultado do declínio das taxas de natalidade e fecundidade e um envelhecimento no topo, devido ao crescimento acentuado da proporção de idosos, que é ainda exacerbado pelo aumento da esperança média de vida.

⁴ World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva. 2003. p, 209 . Disponível em: < <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>>. Acessado em 13 Mai. 2013

Este duplo envelhecimento causa um desequilíbrio no peso relativo das diferentes gerações podendo estar na origem de graves problemas sociais e de saúde. O envelhecimento demográfico começa a ser motivo de grande preocupação nas sociedades, principalmente devido ao aumento da proporção de idosos e as consequências deste fenômeno nos gastos econômicos e sociais.

2.1.2 ENVELHECIMENTO INDIVIDUAL

O processo de envelhecer é marcado por inúmeras etapas que emergem no decorrer da vida. Do ponto de vista da evolução natural do organismo humano, ao nascer, a criança desenvolve-se, percorre a adolescência, maturidade e então chega à fase considerada de pessoa idosa. Esta perspectiva reporta-nos para as concepções do corpo humano, onde o envelhecimento individual é considerado uma inerente etapa biológica, que passa por complexos processos de mudança morfológica e psicológica. Este método não acontece igualmente em todos os indivíduos, já que os fatores extrínsecos e intrínsecos são particulares e individuais.

A senescência é um processo natural do envelhecimento, onde existe o comprometimento progressivo dos aspetos físicos e cognitivos. No contexto fisiológico, as alterações das funções orgânicas e mentais são efeitos da idade avançada sobre o organismo, havendo também perda do equilíbrio homeostático. Estes fatores caracterizam-se pela diminuição da reserva funcional do indivíduo (CANCELA, 2008).

De acordo com Filho e Alencar (1994) o envelhecimento individual é um processo dinâmico e progressivo, onde existe alteração tanto a nível das condições morfológicas como funcionais, bioquímicas e psicológicas que originam progressiva perda da capacidade de adaptação da pessoa ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que finalizam com a morte.

Neste contexto, este fenômeno tem a sua definição fundamentada e compreendida em três dimensões distintas: envelhecimento primário, envelhecimento secundário e envelhecimento terciário.

O envelhecimento primário, conhecido também como senescência, envelhecimento normal ou fisiológico, atinge todos os seres humanos na fase pós-reprodutiva, já que este nível é uma característica inerente do fator genético, ou seja, intrínseco à espécie. Esta etapa acontece de forma gradual e progressiva no organismo, sendo de caráter cumulativo e

universal. Vários fatores são determinantes na influência do modo de envelhecer, como a prática de atividade física, dieta, estilo de vida, exposição a eventos adversos, educação e condição social (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

O envelhecimento secundário diz respeito às mudanças ocasionadas pela doença que estão correlacionadas pela idade do indivíduo, mas que podem ser reversíveis ou prevenidas. Já o envelhecimento terciário responde a mudanças que ocorrem de forma precipitada na velhice, podendo ser denominado também de declínio terminal, e implica que pouco antes da morte existe um declínio rápido e acentuado. No que respeita a tais processos, estes fatores são também caracterizados como envelhecimento saudável ou normal – *primário*, e envelhecimento patológico – *secundário* (AMADO, 2008; FONSECA, 2006).

No que concerne à marcação da mudança desta etapa, a Organização das Nações Unidas (ONU) toma como referência a idade de 60 anos como o momento de transição das pessoas para o segmento idoso da população. Esse critério é válido apenas para os países em desenvolvimento, adotando-se 65 anos para os países desenvolvidos, pelo fato de existir maior expectativa de vida (TEIXEIRA, 2002).

Contrapondo a delimitação anterior, é importante referir que o critério de transição da idade de 65 anos deixou de ser relevante, já que o fenômeno de envelhecer é distinto para cada pessoa, podendo ser observados os diferentes parâmetros em pessoas acima de 65 anos e abaixo dessa faixa etária, ou seja, não é um processo homogêneo, o que significa que cada indivíduo envelhece de forma particular, diferente de outros e de acordo com o conjunto de fatores socioculturais, geográficos e estilos de vida (MARQUES, 2011; AZEREDO, 2011).

Destaca-se também que esta etapa da vida, como evidenciado anteriormente, é caracterizada por ser um processo de mudança, exigindo de certo modo esforço de adaptação a novas e diferentes condições de vida. Esta adaptação possui duas vertentes, uma destinada às novas situações na sociedade e a outra relativa à adaptação dos seus membros. A adoção de estilos vida saudáveis, adequação dos fatores sociodemográficos, bem como os fatores intrínsecos ao indivíduo, são responsáveis pelo processo de um envelhecimento bem-sucedido. Envelhecer com sucesso abrange “*o bem-estar psicossocial, o ambiente e o bem-estar econômico, como também utilizar a reserva que cada indivíduo dispõe para otimizar o seu funcionamento*” (AZEREDO, 2011, p.132).

2.1.3 ENVELHECIMENTO ATIVO

As sociedades atuais têm sentido a necessidade de refletir sobre as modificações no perfil etário da população e aumento do número de idosos, fato que tem influenciado as discussões da comunidade acadêmica majoritariamente na área da geriatria e gerontologia (FARIAS; SANTOS, 2012).

O processo de envelhecimento populacional, como referem os mesmos autores, é consequência das mudanças de alguns indicadores de saúde, fundamentalmente um decréscimo da fecundidade, mortalidade e aumento da esperança média de vida. Nos países desenvolvidos, onde as condições socioeconômicas são mais favoráveis, está concentrada uma maior percentagem de idosos.

O termo envelhecimento pode ser percebido como um processo dinâmico e progressivo que se caracteriza tanto por alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, como por modificações psicológicas (FERREIRA *et al*, 2012). Para que se alcance o envelhecimento de maneira positiva é essencial que as oportunidades de saúde, participação social e segurança sejam contínuas ao longo da vida e que as políticas e os programas de saúde sejam baseadas nos direitos, necessidades, preferências e habilidades das pessoas mais velhas (FARIAS; SANTOS, 2012).

Segundo os autores acima referenciados o envelhecimento ativo é uma ideologia que se pode aplicar tanto a indivíduos como a grupos populacionais, que permite que as pessoas percebam o seu potencial e participem na sociedade de acordo com as suas especificidades, para além do que lhes proporciona proteção, segurança e cuidados adequados. O envelhecimento ativo é então, o equilíbrio biopsicossocial, a integralidade do ser inserido num contexto social e a capacidade de desenvolvimento de potencialidades (FERREIRA *et al*, 2012). Segundo a OMS este é um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo máximo de obtenção de maior qualidade de vida e aumento da expectativa de vida saudável, à medida que as pessoas vão envelhecendo (RIBEIRO, 2009).

Teixeira e Neri (2008) referem que as definições de envelhecimento saudável, ativo, bem-sucedido não encontram apoio nos estudos que consideram apenas a longevidade como critério principal, uma vez que o processo envolve múltiplos fatores individuais, sociais e ambientais, determinantes e modificadores da saúde. O conceito gera grande discussão uma

vez que depende de uma avaliação individual que é justificada no bem-estar subjetivo. São muitas as formas de sentir e avaliar a própria vida, uma vez que a interpretação literal da expressão “*bem-sucedido*” sugere uma noção simplista de sucesso ou fracasso. Para ampliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as competências/potencialidades dos idosos, as pesquisas sobre o tema devem ser conduzidas pela perspectiva integrada: análise dos dados objetivos e das percepções pessoais.

No ano 2002, durante a Assembleia Mundial para o Envelhecimento, realizada em Madrid, a OMS lançou o Plano Internacional de Ações sobre o Envelhecimento (PIAE) que tinha como principais diretrizes, a implementação de estratégias com vista a alcançar o envelhecimento ativo. O objetivo máximo era que todos os países estabelecessem como meta para o século XXI, o desenvolvimento de ações que permitissem as pessoas chegarem à velhice ativa, sendo que a principal finalidade seria a criação de uma política composta por um conjunto de sete determinantes relacionados: comportamentais, pessoais, de ambiente físico, ambiente social, econômico, sistemas de saúde e serviço social, cultura e gênero, uma vez que cada um tem propriedades que permitem agir efetivamente sobre o processo de envelhecimento, ao ponto de afetar a saúde e o bem-estar (FARIAS; SANTOS, 2012).

O envelhecimento ativo tende a aproximar-se de um princípio organizacional para alcance de metas, que ultrapassa a objetividade da saúde física, expandindo-se a um *continuum* multidimensional. A principal ênfase recai sobre a percepção pessoal das possibilidades de adaptação às mudanças resultantes do envelhecimento e condições associadas. Envelhecer bem constitui uma questão pragmática de valores muito particulares associados ao curso da vida, incluindo as condições próximas da morte. A implementação de programas que elevam o nível de qualidade de vida dos idosos pode prescindir, temporariamente, da definição uniforme deste fenômeno. O objetivo de muitos idosos e profissionais tem sido a promoção de saúde e bem-estar nesta fase da vida, seja mencionando o envelhecimento saudável, produtivo, ativo ou bem-sucedido (TEIXEIRA; NERI, 2008).

2.2 MODELOS CONCEPTUAIS

Desde o início da prestação de cuidados de enfermagem, de uma forma organizada, os enfermeiros estiveram envolvidos em teorização, resultado da necessidade de justificar os diferentes níveis de formação, de desenvolver o conhecimento orientador da prática destes diferentes níveis, e por fim pela necessidade de se reconhecer a enfermagem como uma

ciência complexa que precisa de autonomia nos seus conteúdos e métodos (MCEWEN; WILLS, 2009).

Segundo os mesmos autores, teoria pode ser definida como uma articulação sistêmica, coerente e organizada de um conjunto de afirmações relacionadas com as questões mais significativas na disciplina, organizadas num todo com sentido, podendo então ser considerada uma apresentação simbólica de aspetos da realidade descobertas ou inventadas para descrever, explicar, prever, ou prescrever respostas, eventos ou situações, condições e relações. Um modelo teórico apresenta determinados componentes que de alguma forma contribuem para fundamentar a teoria, são eles: os postulados, que sustentam o modelo, e são o suporte teórico e científico do modelo; e os valores, que justificam o todo e constituem as razões do modelo, não estando sujeitos a critérios de verdade, estando de acordo com os valores da sociedade, ou seja, são os elementos que dão sentido à vida profissional.

2.2.1 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE MELEIS

Segundo Meleis (2012) a enfermagem tem sido definida ao longo do tempo como o trabalho que incide majoritariamente sobre as experiências de saúde e suas perspectivas. Neste sentido a saúde pode ser considerada a perspectiva que define aquilo que, em enfermagem, consideramos nas nossas avaliações, ou seja, na realização de planos de intervenção, na avaliação das intervenções ou na análise das alterações decorrentes das mesmas, permitindo-nos um acompanhamento próximo dos nossos clientes, no seu percurso de saúde/doença e mesmo na manutenção e promoção da saúde.

Em sua teoria, Meleis (2012) defende que decorrente da sua disciplina, o enfermeiro interage (interação) com um ser humano numa situação de saúde/doença (cliente de enfermagem), quando este passa por um processo de transição ou quando antecipa uma transição (transição), integrado num determinado contexto sociocultural (meio ambiente), e em que as interações resultantes são organizadas segundo um objetivo (processo de enfermagem, resolução de problemas, avaliação holística ou mesmo intervenção na família) recorrendo a ações de enfermagem com a finalidade de melhorar, promover ou facilitar o estado de bem-estar e saúde. Os conceitos centrais para o domínio de enfermagem que advêm desta visão são o cliente de enfermagem, transições, interação, processo de enfermagem, ambiente, terapêuticas de enfermagem e saúde, sendo que a enfermagem é um conceito muito abrangente que inclui todos os conceitos anteriores.

Ana, (2003) citada por Meleis, (2012) refere que o conceito mais central dentro do domínio da enfermagem é o principal destinatário dos cuidados ou potencial destinatário, ou seja, o cliente de enfermagem, e embora o conceito cliente seja também utilizado e essencial noutras disciplinas, este é analisado segundo diferentes perspectivas e evolui dentro do domínio de cada uma das diferentes disciplinas. No contexto da enfermagem, o cliente de enfermagem tem sido utilizado para definir um paciente e um consumidor de cuidados.

Os clientes ao longo dos anos, como refere a autora supracitada, têm-se tornado cada vez mais informados e provedores dos seus cuidados de saúde, dentro de contextos multidimensionais, dinâmicos em constante mudança, nesse sentido procuram o sistema de saúde com total consciência dos seus direitos de informação, assistência e participação na tomada de decisão. Seguindo esta ordem de ideias, um cliente de enfermagem pode ser definido como um ser humano com necessidades, que está em constante interação com o ambiente e que tem a capacidade de se adaptar a esse ambiente, mas por motivo de doença, risco ou vulnerabilidade à doença em potencial, está a passar por um desequilíbrio ou está em risco de desequilíbrio, fato que se manifesta por necessidades não satisfeitas, incapacidade em se autocuidar e por respostas não adaptativas (MELEIS, 2012).

2.2.2 MODELOS/TEORIAS DE MUDANÇA COMPORTAMENTAL EXPLICATIVOS DA ADESÃO

Os modelos de mudança de comportamento pretendem explicar as relações existentes entre o pensamento e o comportamento das pessoas, relativamente a questões relacionadas com a saúde e a doença. Baseiam-se no principal pressuposto de que compreendendo as crenças, valores e atitudes, é possível planejar intervenções mais eficazes que permitam modificar e controlar os comportamentos adotados (MACHADO, 2009).

Segundo Machado (2009) os estudos sobre adesão sustentam-se em cinco perspectivas teóricas principais, a biomédica, comportamental, comunicacional, cognitiva e de auto regulação, sendo que cada uma destas perspectivas inclui uma ou mais teorias ou modelos que permitem cada um por si, explicar a totalidade da intervenção direcionada para a mudança de comportamentos relativos à saúde.

Todos os modelos e teorias apresentam vantagens e desvantagens relativamente ao fenómeno de adesão sendo que não o explicam na totalidade, dada a existência de múltiplas doenças e regimes terapêuticos, com diferentes especificidades, não existindo nenhum modelo

que se adapte a todas as situações, sendo então a estratégia mais eficaz, a utilização de uma abordagem com recurso a diferentes modelos (MACHADO, 2009).

Modelo de Crenças de Saúde

O modelo de crenças de saúde – Becker (1974) teve origem em teorias comportamentais e cognitivas, desenvolvido para explicar o comportamento de saúde e doença, sendo o mais utilizado nos programas de intervenção desenvolvidos nos últimos anos (MACHADO 2009).

De acordo com Machado (2009), neste modelo, o comportamento de saúde sustenta-se em três pressupostos: a suscetibilidade percebida a uma ameaça à saúde, ou seja, quanto maior a suscetibilidade, maior a motivação para adoção de comportamentos que promovam a saúde; a gravidade atribuída à doença ou condições de saúde, percebida de acordo com a gravidade dos sintomas e impacto da doença na situação pessoal e familiar; e os benefícios e dificuldades do tratamento.

O modelo defende que os aspetos psicossociais, assim como as atitudes e as crenças face à saúde e à doença são os determinantes de maior importância para a procura dos profissionais de saúde, partindo do princípio que existem mediadores cognitivos (crenças) que interagem entre si para produzirem alterações comportamentais promotoras de saúde e qualidade de vida e preventivas da doença. A percepção que a pessoa tem da ameaça, expectativa de resultado e de eficácia, vai condicionar o seu comportamento (HENRIQUES, 2011).

Centrando-nos no fenómeno de adesão e de acordo com este modelo, a pessoa adere ao regime terapêutico se acreditar que a doença é grave e lhe poderá trazer consequências pessoais de maior gravidade, e se entender o regime terapêutico proposto como a possibilidade de reduzir a gravidade da doença ou a sua suscetibilidade à mesma (MACHADO, 2009).

Na perspectiva de Henriques (2011) a forma como a pessoa percebe a sua doença e os seus tratamentos é um fator condicionante da adesão e deve determinar as estratégias de intervenção. A adesão pela sua complexidade e natureza multifatorial requer intervenções complexas e multifacetadas.

Teoria da Aprendizagem Social

A teoria da aprendizagem social, ou teoria cognitiva social – Bandura 1977, 1986, teve origem em modelos comportamentais, que consideram tanto a dinâmica psicossocial subjacente aos comportamentos de saúde como os métodos para promover a mudança ou modificação positiva desses comportamentos (MACHADO, 2009). As pessoas adquirem informação, valores, atitudes, julgamentos morais e padrões de comportamento através da observação dos outros, aprender assistindo, ouvindo e lendo (HENRIQUES, 2011).

Machado (2009) entende que o potencial para adotar determinado comportamento é resultado da expectativa de que o comportamento a adotar naquela situação tem potencial para conduzir a determinado reforço. A mesma autora refere ainda que relativamente ao fenômeno de adesão, o potencial para aderir será tanto maior quanto maior for a expectativa de que adotar comportamentos de adesão resultem na obtenção de reforços ou ganhos aos quais a pessoa atribui valor. O comportamento é influenciado por dois conjuntos de expectativas: as expectativas de ação (resultado), que traduzem a crença pessoal de que uma ação conduz a determinado resultado, e as expectativas de auto eficácia (eficácia), que refletem até que ponto as pessoas acreditam serem capazes de adotar o comportamento desejado. Henriques (2011) diz que a autoeficácia percebida é uma crença da pessoa face à sua capacidade para realizar um desempenho e a confiança individual para realizar um comportamento desejado.

A obtenção e manutenção de um determinado estado de saúde para Machado (2009), é uma expectativa de ação-resultado que quando valorizada pode ser recompensada para a adoção do comportamento desejado. O fato de o resultado ser probabilístico, ou seja, um comportamento de adesão pode reduzir o risco de complicações mas não elimina-las, de ser um resultado a longo prazo, ou seja, não são visíveis efeitos imediatos, e de as compensações resultantes dos comportamentos prejudiciais serem normalmente imediatos, exerce frequentemente uma influência maior sobre a decisão de aderir ou não aderir.

Teoria do Locus de Controlo para a Saúde

Machado (2009) identificou três dimensões independentes do locus de controlo percebido para a saúde: interior, acaso e autoridades externas. De acordo com este modelo, as pessoas com locus de controlo interno, tem maior probabilidade de adotar comportamentos de promoção de saúde e adesão ao regime terapêutico uma vez que acreditam que a sua saúde depende do seu controlo. A crença em autoridades externas, como sendo os profissionais de saúde, ou mesmo aqueles que atribuem o locus de controlo ao acaso, tem maior probabilidade de adotar comportamentos prejudiciais à saúde e mais difíceis de prever. As crenças relativas

ao locus de controlo influenciam a adoção de comportamentos saudáveis, quando é atribuída à saúde uma elevada importância, assim têm maior probabilidade de adoção de comportamentos de adesão as pessoas com locus de controlo interno que valorizem a sua saúde.

Teoria da Ação Racional de Fishbein

A teoria acima mencionada especifica a relação existente entre crenças, atitudes, intenções e comportamento e pressupõem que a intenção da pessoa em adotar determinado comportamento é influenciada por dois fatores: a atitude para com o comportamento, que é determinada pela crença de que adotar esse comportamento trará determinados resultados e a norma subjetiva, que diz respeito às influências sociais, ou seja, crenças da pessoa relativamente ao que os outros consideram comportamentos adequados e à importância de obedecer a essas normas (MACHADO, 2009).

A autora apoiando-se na opinião de Straub e Ribeiro (2005) referencia que estes advogam que no fenómeno de adesão terapêutica, segundo esta teoria, a pessoa adere ao regime terapêutico, ou tem essa intenção, se a sua atitude para com os comportamentos de adesão, aqueles que deverá adotar, numa perspectiva positiva, e se acreditar que para a sua família, amigos, grupos de pares e profissionais de saúde a adesão é o comportamento adequado.

Teoria da Ação Social

Esta teoria baseia-se no pressuposto da auto-regulação na implementação de mudanças individuais como meio para a resolução de problemas comunitários ou de saúde pública e inclui três modelos de intervenção, as ações ou comportamentos, a motivação e o contexto. Permite ajudar as pessoas a implementar hábitos em que cada ação gera um resultado, relacionado com um mecanismo de feedback (MACHADO, 2009).

A mesma autora reportando-se a Ewart e Fitzgerald (1994) refere que o ponto central desta teoria é encontrar forma de os comportamentos desejados terem efeitos imediatos, frequentes e desejados pela pessoa, reduzindo ou evitando os seus efeitos negativos sem entrar em confronto com o contexto em que a pessoa se insere.

No que refere ao fenómeno de adesão, os autores anteriores mencionam que sendo considerado um problema de saúde pública, de acordo com esta teoria, poderia ser solucionado através de uma intervenção orientada para conduzir cada pessoa a adotar o

comportamento desejado, evidenciando os resultados positivos imediatos desses comportamentos, motivando a pessoa e intervindo no seu contexto (meio envolvente), de modo a torná-lo facilitador da adesão ao regime terapêutico.

Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento

Este modelo, desenvolvido por Prochaska e DiClement (1982) sustenta-se em cinco estádios que estão diretamente envolvidos na implementação e manutenção de comportamento: o estádio de pré-contemplação, em que a pessoa não tem ainda qualquer intenção de mudar; o estádio de contemplação, em que a pessoa começa a considerar a possibilidade de mudar; o estádio de preparação, quando a pessoa começa a realizar pequenas mudanças e aproximações ao comportamento desejado; a fase de ação, em que a pessoa adota o novo comportamento; e fase de manutenção, em que a pessoa mantém o comportamento desejado ao longo do tempo (MACHADO, 2009).

A autora supracitada é de opinião que, se considerarmos a adoção de determinado regime terapêutico como a mudança a implementar e manter, este fato reporta-nos para o fenômeno de adesão, e devemos por isso considerar que a pessoa poderá passar por estas fases e planejar as nossas intervenções de acordo com a fase de mudança em que a pessoa se encontre. Numa primeira e segunda fase é importante informar e sensibilizar começando a criar na pessoa a necessidade e a disposição para mudar (nestas fases as intervenções em grupo poderão ser muito eficazes). Na fase de preparação e ação é importante fornecer informações precisas acerca do que mudar e como mudar, apresentando estratégias que facilitem a adoção do comportamento desejado, proporcionando à pessoa um acompanhamento personalizado e individualizado. Na fase de manutenção é necessário um menor acompanhamento.

Modelo de Auto Regulação do Comportamento de Doença de Leventhal

Este modelo permite explicar de que forma as pessoas lidam com as doenças crônicas, mostrando que por vezes uma mensagem de ameaça pode ser necessária para motivar as pessoas a adotarem comportamentos de saúde preventivos, não sendo só por si eficaz. Para que se obtenha uma mudança de comportamento é necessário acrescentar à mensagem ameaçadora, um plano de ação, ou seja, um plano de instruções claras e objetivas para um desempenho eficaz que permita à pessoa integra-las na sua rotina diária (MACHADO, 2009).

Este modelo, como refere o anterior autor, centra-se na representação individual da ameaça à saúde como um fator essencial na determinação das alterações de comportamento, atribuindo importância aos processos de avaliação das estratégias de coping e do seu efeito de feedback. A pessoa quando confrontada com uma situação de doença pretende regressar ao seu estado de saúde, procurando o equilíbrio anterior ao aparecimento da doença. Neste sentido a pessoa é considerada um agente ativo na resolução de problemas e perante uma ameaça à sua saúde desenvolve representações cognitivas dessa ameaça que vão por sua vez determinar o seu comportamento.

Machado (2009) defendem que o processo de auto regulação ocorre em três fases: representação cognitiva da ameaça de saúde e do seu significado; desenvolvimento e implementação de um plano de ação (estratégias de coping) para lidar com a ameaça; e avaliação do plano de ação implementado, podendo resultar numa modificação e atualização das representações cognitivas. À luz deste modelo o comportamento de adesão ou não adesão pode ser considerada a resposta da pessoa à doença, influenciada pelas suas ideias sobre a mesma e pela vivência pessoal dos sintomas.

Modelo IMB (Informação – Motivação – Comportamento)

O Modelo de IMB, de Fisher e Fisher (1992) resulta da junção de elementos de outros modelos, já descritos anteriormente, com o principal objetivo de criar um modelo simples e passível de se generalizar, que pudesse ser utilizado para orientar a intervenção dirigida a comportamentos de saúde complexos, capazes de orientar as pessoas para comportamentos de adesão. Uma pessoa informada e motivada tem maior probabilidade de apresentar um comportamento aderente (Henriques, 2011).

Machado (2009) descreve que os conceitos fundamentais deste modelo são a informação (conhecimento sobre a doença, prognóstico e estratégias para lidar com a mesma), motivação (que inclui a atitude face à adesão, suporte social, normas subjetivas e percepção da pessoa acerca do comportamento dos outros na mesma situação), e o comportamento (competências/habilidades que garantem que a pessoa é capaz de realizar atividades instrumentais inerentes ao comportamento desejado e apresenta suporte social e as estratégias pessoais de auto regulação precisas).

Este modelo, como explica a autora anteriormente citada, demonstra que a informação é um pré-requisito importante quando se pretende uma mudança de comportamento, mas não é só por si suficiente. A motivação e o comportamento assim como as competências

instrumentais são determinantes na adoção de comportamento de adesão, sendo a relação entre a informação e motivação fraca (uma pessoa muito motivada pode dispor de pouca informação ou o contrário também pode acontecer), no entanto uma pessoa bem informada e motivada tem maior probabilidade de ser aderente.

2.3 TEORIA DE OREM

Segundo Feijão *et al* (2009) uma teoria é uma abstração da realidade percebida como a organização de palavras ou outra simbologia que representa experiências perceptuais de objetos, propriedades ou mesmo eventos. O uso de teorias em Enfermagem representa uma procura constante de autonomia e uma delimitação de ações e sendo as teorias fundamentais para a prática estas permitem uma clara definição de papéis enquanto profissão, tendo em conta as suas especificidades e saberes, assim como o seu caráter científico.

A incorporação de teorias na prática profissional permite realizar uma análise objetiva das diversas realidades e situações de cuidado, assim sendo o que se pretende aqui é relacionar a Teoria de Sistemas de Enfermagem de Orem, que compreende um modelo com três teorias inter-relacionadas, Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado, Teoria de Sistemas de Enfermagem, com o fenômeno de adesão terapêutica.

De acordo com a Teoria de Orem, esta considera três classificações de sistemas de enfermagem: sistema de enfermagem totalmente compensatório, sistema de enfermagem parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação, sendo que estas classificações representam a definição e relação dos papéis da enfermagem e cliente, e ainda que todas as ações desempenhadas por enfermeiros, na sua relação com os clientes, são majoritariamente constituídas por um sistema de ação, e podem ser divididas, no âmbito social, interpessoal e tecnológico-profissional, em subsistemas (FEIJÃO *et al*, 2009).

O fenômeno de adesão, como referem os anteriores autores, é considerado um compromisso de colaboração ativa e intencionada do cliente, com o fim máximo de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado. Neste sentido, a aquisição e manutenção da conduta de adesão ao tratamento são fundamentais para a obtenção de resultados terapêuticos ótimos. O fenômeno de não adesão é considerado em larga escala, majoritariamente entre pessoas com doença crônica, e os profissionais de saúde tendem em responsabilizar os clientes por este fenômeno ou em associar a não adesão apenas á falta de conhecimentos, no entanto sabe-se que a participação ativa do cliente na tomada de decisão para a adesão

sustenta-se fundamentalmente na aliança terapêutica, cooperação, respeito, corresponsabilização e concordância, não apenas a ação prescritiva.

Focalizados na Teoria de Sistemas de Orem, Feijão *et al*, (2009) afirmam que os propósitos desta teoria postulam que os principais destinatários legítimos da enfermagem são as pessoas, participantes em grupos, com poder para se autocuidarem, sendo que o planejamento e produção de um sistema de enfermagem implicam que os enfermeiros verifiquem se têm a informação necessária. Neste sentido, a importância dos sistemas de enfermagem para indivíduos no seu espaço e tempo é direcionada para a percepção imediata das necessidades, procura de autocuidado terapêutico e obstáculos à realização das ações necessárias. A superação das limitações num sistema de enfermagem está diretamente relacionada com a superação das limitações pessoais no autocuidado, pela aprendizagem, conhecimento e desenvolvimento de habilidades.

Segundo os autores supracitados, percebe-se a especificidade da teoria de Orem em relação ao fenômeno de adesão tendo em conta que para a construção da adesão é necessário um processo contínuo entre o profissional e o cliente, de modo a que este se envolva no seu tratamento, compreendendo e comprometendo-se na execução das orientações recomendadas. A teoria ao fundamentar a práxis permite ao enfermeiro repensar a abordagem dos indivíduos nas suas necessidades de saúde, situações que precisam de um entendimento mútuo entre o que é importante e o que é necessário durante um tratamento e nos cuidados de saúde, para que exista a possibilidade de corresponsabilização pelo autocuidado.

No Sistema de Apoio-educação este apresenta uma estrutura mais definida e específica uma vez que a natureza compensatória neste sistema é baseada na interlocução sem existir uma dependência do cliente aos cuidados diretos de enfermagem. Este sistema é destinado a ajudar as pessoas a tomarem decisões sobre a sua saúde através da aquisição de conhecimentos e habilidades para mudanças de comportamento, podendo associar estes aspetos à tomada de decisão para a adesão. Assim sendo, quando o cliente recebe ajuda do enfermeiro no sentido de orientar, fornecer conhecimentos, habilidades para aderir a um esquema terapêutico, pode prever-se maior probabilidade de tomada de decisão para a adesão, ressalvando que esta decisão é autônoma e que a relação enfermeiro-cliente é de interlocução e não simplesmente autoritária, uma vez que este sistema se baseia na interação entre os sujeitos com as suas capacidades de habilidades (FEIJÃO *et al*, 2009).

A adesão neste sentido é percebida, como referem os mesmos autores, como o produto de um relacionamento construído pelo respeito, participação ativa e parceria entre paciente e

enfermeiro, onde não exista um comportamento manipulador de nenhuma das partes. O enfermeiro deve compreender as necessidades do cliente, as suas intenções de seguir ou não a terapêutica e os motivos que conduzem a decisão de aderir ou não. O Sistema de Apoio Educação de Orem tem potencial para ajudar na resolução desta problemática uma vez que fornece instruções para o relacionamento enfermeiro/cliente, neste caso a tomada de decisão e o controlo do comportamento partem do cliente e são compartilhadas e auxiliadas pelo enfermeiro.

No âmbito das estratégias de intervenção em enfermagem, a educação em saúde surge como uma poderosa aliada, desta forma, proporcionando a transmissão de conhecimentos e desmistificação de conceitos pré-existentes de uma determinada população, levando em consideração a particularidade de cada indivíduo. A educação em saúde define-se como:

“Quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vista a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde, onde se enfatiza a importância de combinar vários determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planeada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotados por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.” (TEIXEIRA, 2002).

Neste sentido para a autora Azeredo (2011) a educação para a saúde pode ser definida como uma resultante de uma ação multidisciplinar e multissetorial que têm como principal objetivo informar e motivar as populações, auxiliando os indivíduos na escolha dos comportamentos mais favoráveis à saúde. A educação em saúde insere-se no contexto da promoção da saúde, isso na medida em que há o desenvolvimento de habilidades pessoais e divulgação de informações sobre a saúde. Neste contexto, educação em saúde caracteriza-se por ser um potencial instrumento de promoção (TEIXEIRA, 2002).

2.4 ADESÃO TERAPÊUTICA

Ao longo da vida, o ser humano é exposto a fatores genéticos (intrínsecos) e fatores do ambiente (extrínsecos), onde a combinação resulta nas especificidades do processo de envelhecimento de cada indivíduo, ou seja, a interligação entre esses fatores explica a heterogeneidade do envelhecimento humano. A população idosa, no seu contexto fisiológico, atravessa inúmeras mudanças, entre elas a diminuição das atividades fisiológicas, psicossociais, bem como o aparecimento de doenças crônicas e/ou a combinação de várias (HENRIQUES, 2006).

As patologias crônico-degenerativas não transmissíveis são consideradas doenças de evolução lenta e recorrentes, em destaque as cardiovasculares, diabetes, cancro e doenças respiratórias, que são as principais causas de morbi-mortalidade, sendo responsáveis pela morte de 17 milhões de pessoas no mundo (MENDES; SOUSA; LOPES, 2010; MALDANER *et al*, 2008)

Estas doenças por apresentarem condições por tempo prolongado, limitantes, com grande risco de complicações e crescendo a ausência de tratamento precoce, levam a sérias complicações na saúde, podendo ocasionar até à morte. Em função da necessidade de um tratamento permanente, as condições crônicas exigem mudanças no estilo de vida, incluindo majoritariamente a adoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática regular de atividade física, onde o objetivo é a promoção do auto-cuidado. É importante destacar que a adoção desses novos hábitos é um processo árduo e de difícil gestão para a maioria dos clientes, mesmo existindo o reconhecimento da importância de se submeter a esta transição. Portanto, aderir ao tratamento é imprescindível não só para o controle de uma doença crônica, mas também para o sucesso da terapia proposta pelo profissional de saúde (MENDES; SOUZA; LOPES, 2010; LINCK *et al*, 2008; MALDANER *et al*, 2008).

A adesão terapêutica e “*compliance*” são compreendidas como sinônimos, sendo o seu significado entendido como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, relacionado à toma de medicamentos, à execução da dieta e à mudança de hábitos ou estilos de vida, corresponde às instruções vinculadas pelo profissional de saúde. É essencial para o bem-estar dos idosos e constitui uma componente importante dos cuidados com a pessoa idosa (WHO, 2003).

Para Williams, Manias e Walker (2008, p. 133):

“A adesão é definida como a medida em que as pessoas seguem as instruções que são dadas para tratamentos prescritos; que envolve a escolha do consumidor e se propõe a ser um não julgamento, ao contrário de cumprimento, o que reforça a não passividade do paciente. Por outro lado, refere-se a uma concordância consultiva emergente e parceria consensual entre o consumidor e seu profissional de saúde.”

Neste contexto, importa mencionar que a adesão não possui o mesmo significado que o termo concordância, já que a mesma envolve um acordo negociado entre o cliente e o prestador de cuidados. Como concordância é um conceito relativamente moderno, para os devidos fins de construção deste trabalho, o termo “*adesão*” foi utilizado.

São inúmeros os fatores inerentes à população idosa que podem interferir diretamente no processo de adesão terapêutica, sendo eles majoritariamente relacionados com o cliente, como os fatores sociodemográficos, culturais e comportamentais, bem como os relacionados aos medicamentos, aspectos clínicos, ambientais e econômicos (MANTOVANI, 2011; HENRIQUES, 2006). Em países desenvolvidos a adesão terapêutica é de cerca de 50%, sendo inferior nos países em desenvolvimento. (HENRIQUES, 2006)

Segundo Sousa, Peixoto e Martins (2008) existem quatro grandes grupos de variáveis ligadas à adesão terapêutica, são elas: características relacionadas com a doença e o modo de tratamento; fatores intrínsecos ao cliente; fatores interpessoais e fatores ambientais. Os autores destacam que a complexidade do tratamento, a duração da doença, características de personalidade, autoestima, autoeficácia, o sexo, idade, qualidade da relação entre o cliente e o profissional de saúde, suporte familiar, o acesso aos cuidados de saúde, entre outros, são variáveis que interferem diretamente na adesão também. É essencial referir que, além destes múltiplos fatores, existem evidências que destacam que os mesmos não acontecem isoladamente, mas aglutina-se de várias formas, o que resulta em distintos níveis de adesão pelos clientes.

Figura 1 – Fatores potenciais de adesão adaptado de MacLaughlin (2005)



Segundo Henriques (2006) um fator determinante que influencia na adesão é a dificuldade dos profissionais de saúde em focarem os cuidados nos clientes refletindo o seu contexto individual, familiar e social, no planeamento e adequação da assistência, ou seja, a ausência de uma visão holística do cliente, compreendendo as suas particularidades e o ambiente onde o mesmo está inserido, fato que é essencial para o desempenho de uma adesão eficaz.

Nesta perspectiva, é pertinente dizer que a adesão do cliente ao tratamento depende das suas individualidades, da doença e do esquema terapêutico. O desempenho da saúde é determinado pela percepção do cliente sobre a sua susceptibilidade a doença, os benefícios e os obstáculos ao tratamento. Para alguns deles, muita das vezes, o número de fármacos e a frequência da toma refletem a gravidade da doença (QUADRADO; RUDNICKI, 2009).

O fenômeno da não adesão é comumente visto no tratamento dos clientes idosos, não sendo a sua prevalência necessariamente maior que no tratamento dos jovens, mas é responsável pelo aumento do insucesso do tratamento, por complicações evitáveis, representando aumento dos gastos de saúde e aumento da morbidade e mortalidade da

população idosa. As hospitalizações e admissões em lares para idosos constituem na sua esfera custo direto da não adesão (HENRIQUES, 2006).

A baixa taxa de adesão à terapêutica é caracterizada atualmente como um dos grandes problemas de saúde no Mundo. Isso ocorre em paralelo com a elevada prevalência de doenças crônicas, onde o risco de baixa adesão aumenta com a duração e a complexidade do regime terapêutico (*Ibidem*). É fulcral mencionar que a pouca adesão resulta na falha do tratamento, principalmente nas doenças infectocontagiosas e nas doenças crônicas. Por esse motivo, há extrema preocupação por parte dos profissionais de saúde para que o cliente possa seguir o tratamento proposto, já que a não adesão afeta tanto a qualidade de vida do cliente, como também a assistência de enfermagem prestada (MALDANER *et al*, 2008).

A adesão dos clientes com patologia crônica a um tratamento eficaz é um constante desafio aos profissionais de enfermagem, que vêm realizando ações na tentativa de reverter essa situação, tais como desenvolver palestras, formar grupos de discussão e oferecer consultas de enfermagem (LINCK *et al*, 2008). Durante estas consultas é fundamental a constatação de diagnósticos de enfermagem para que seja possível a elaboração de intervenções efetivas para cada cliente.

“Para que um diagnóstico de enfermagem seja identificado corretamente, é necessário ter como base bons indicadores clínicos. Desta forma, o enfermeiro deve, prioritariamente, selecionar características definidoras que sejam suficientemente sensíveis e específicas para a conclusão diagnóstica. Vale ressaltar que a correta identificação de um diagnóstico de enfermagem é de suma importância para nortear as intervenções” (MENDES; SOUZA; LOPES, 2011, p. 220).

Para Maldaner *et al*, (2008) e Linck *et al*, (2008) a prática da não adesão ao regime terapêutico surge como um desafio para os profissionais de saúde, já que o mesmo somado ao tratamento se apresenta como um obstáculo na assistência efetiva aos clientes, onde o tratamento requer trabalho em equipa, envolvendo o esforço dos profissionais de saúde e a utilização da tecnologia disponível, mas principalmente, requer a colaboração e o envolvimento da pessoa portadora da patologia no seu cuidado.

As intervenções educativas são de extrema importância e amplamente utilizadas no âmbito da adesão terapêutica. Diante a problemática descrita anteriormente, a educação em saúde é uma estratégia utilizada pelos profissionais para auxiliar os portadores de doenças crônicas na reflexão sobre os seus hábitos e comportamentos de vida e saúde. Neste sentido,

considera-se que o trabalho em grupo possibilita aos participantes constantes troca de experiências e conhecimentos pela convivência com problemas semelhantes, em que os sujeitos podem usar as experiências negativas ou positivas dos companheiros no seu próprio processo de mudança. Nesta perspectiva, as atividades conduzidas em grupo deveriam ter impacto positivo na mudança de comportamento dos usuários (MANTOVANI, 2011).

O papel do profissional de saúde tem sido considerado de essencial importância na adesão terapêutica, pois os achados científicos sugerem que a satisfação dos clientes com os serviços de saúde e com os profissionais podem estar intimamente relacionadas com a adoção de comportamentos mais saudáveis por parte dos clientes. Contrapondo a ideia de que a não adesão é da exclusiva responsabilidade dos clientes, alguns autores direcionam a atenção para a importância de determinadas características dos profissionais de saúde que podem, e são, por excelência, facilitadores de comportamentos de procura de saúde. A interação que se estabelece entre ambos, entre o cliente e o profissional de saúde, pode afetar significativamente os comportamentos de autocuidado. Esta relação centrada no indivíduo, promovendo uma relação positiva, demonstrando interesse e consideração, em conjunto, formam um determinante fator no cumprimento do regime terapêutico (SOUSA; PEIXOTO; MARTINS, 2008).

2.4.1 REGIME ALIMENTAR

O aumento significativo das pessoas com doença crônica é uma realidade muito presente e significativa tanto a nível nacional como a nível internacional. O Plano Nacional de Saúde (PNS) Português 2004/2010, desperta para essa situação na nossa sociedade, alertando para questões específicas, como sendo a adequação dos cuidados prestados a as características particulares das pessoas com doença crônica (NOVAIS *et al*, 2009).

As doenças crônicas continuam a ter cada vez mais peso nos recursos do sistema de saúde, no modo de vida e nas complicações do próprio tratamento. Embora exista já muita informação disponível os doentes nem sempre modificam os seus comportamentos para que alcancem melhorias no seu estado de saúde. Neste sentido a adesão parece estar relacionada com 4 noções principais: o cliente não vê (resultados), não sabe, não sabe como ou não quer saber (BUTTERWORTH *et al*, 2008). Segundo estes autores, e seguindo esta lógica de pensamento, as pessoas mudam porque os seus valores permitem, porque acreditam que a

mudança é algo importante, porque acreditam que estão preparadas para essa mudança, e tem um bom plano e um adequado suporte social.

SEONGKIM *et al*, (2010) estimam que, de estudos analisados, cerca de 59% dos clientes internados sejam readmitidos dentro de 19 meses após a alta, e que 50% das readmissões são possíveis de prevenir. O maior problema destas readmissões prende-se com comportamentos de adesão nomeadamente adesão às recomendações com a dieta.

Os autores citados anteriormente referem que é de especial importância perceber melhor as percepções do cliente relativamente à nutrição/dieta, percebendo os fatores que permitam o desenvolvimento de intervenções que melhorem a adesão dos clientes à dieta recomendada prevenindo as recorrentes hospitalizações.

Os mesmos autores apresentam como fatores que influenciam a adesão à dieta recomendada: o conhecimento, pressão social e apoio de outros, situação social/fatores socioeconômicos, a visão da comida como fonte de bem-estar e prazer (é muito difícil para alguns clientes mudarem os seus hábitos alimentares devido ao prazer que sentem em comer certos alimentos, que se sobrepõem aos resultados positivos obtidos para a saúde). As estratégias para aumentar a adesão passam então por ensinar sobre a relação da dieta com os sintomas da doença, aumentar o conhecimento sobre os diferentes alimentos e as técnicas para cozinhá-los, reforçar frequentemente os conhecimentos e validá-los assim como adequar as estratégias aos valores e crenças do cliente.

2.4.2 ATIVIDADE FÍSICA

Parte integrante do regime terapêutico, a atividade física destaca-se por ser um potencial fator na promoção da qualidade de vida na população idosa. É caracterizada como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta no gasto energético, através de qualquer atividade de lazer, ocupacional e/ou doméstica (MATSUDO *et al*, 2005; MARQUES; GOUVEIA; LEAL, s.d).

É importante ressaltar, que a prática de atividade física tem ligação direta com a manutenção de atividades de vida diária (AVD), sendo que estas são indicadores da funcionalidade da população idosa num contexto multidimensional. As AVD são definidas por três domínios, compondo uma ampla classe de atividades, as atividades básicas de vida diária (ABVD), relacionadas com o autocuidado, as atividades instrumentais de vida diária (AIVD), direcionadas para a parte prática do cliente e as atividades avançadas de vida diária

(AAVD), referentes ao ambiente social mais amplo, incluindo a participação social e estilo de vida (RIBEIRO; NERI, 2001).

Segundo Mota *et al*, (2006) a atividade física regular diminui o risco de várias condições crônicas, entre adultos e mais velhos, incluindo a hipertensão, diabetes, desordens metabólicas, bem como diferentes estados emocionais. Deste modo, um aumento do nível de atividade é um potencial indicador de um forte impacto positivo na diminuição da morbidade e eventualmente mortalidade da população idosa no âmbito das doenças crônicas.

Além dos efeitos sobre as morbi-mortalidades das doenças crônicas, a prática de atividade física tem função preventiva e a sua execução irá trazer benefícios no desenvolvimento da capacidade funcional do idoso. A redução do peso corporal, manutenção da pressão arterial, controle do nível glicemia no sangue, ganho de força, massa muscular, flexibilidade, equilíbrio e melhoria da capacidade cardiorrespiratória são benefícios advindos de tal prática (COELHO; BURINI, 2009).

Apoiando-nos no que foi referido anteriormente, consideramos pertinente desde logo o início de um programa de atividade física, a fim de promover um melhor estilo de vida, uma vez que *“os benefícios cognitivos de um estilo de vida fisicamente ativo parecem estar relacionados com o nível de atividade física regular”*. Segundo Azeredo (2011, p.139) a prática da atividade física regular traz inúmeros benefícios, permitindo a melhoria do estado físico e mental, uma vez que *“reduz a fadiga, diminui o estresse, diminui o isolamento social, melhora o sono, e melhora ainda as funções cardiorrespiratórias, metabólicas e osteoarticulares”*.

Segundo Antunes *et al*, (2006) atualmente deparando-nos com condições de estresse, ansiedade e sedentarismo, sendo frequentemente observado na população em geral, com grande prevalência nos indivíduos mais idosos representando uma grande ameaça para o organismo, o que estimula o aparecimento de doença crônico-degenerativas, bem como alterações de humor e sono. É importante mencionar que a inatividade física e um estilo de vida sedentário adotados durante a vida possuem como consequência a sua relação com os fatores de riscos para o desenvolvimento e/ou agravamento de certas condições médicas, tais como doença coronariana ou outras alterações cardiovasculares e metabólicas (SILVA *et al*, 2010).

A presença do termo qualidade de vida, objetivo máximo da adesão aos esquemas terapêuticos, é frequentemente ouvida na sociedade contemporânea, porém difícil de definir uma vez que é um conceito subjetivo e abstrato, responsáveis pelos inúmeros significados.

Não há consenso sobre o conceito de qualidade de vida, porém, os aspectos de subjetividade e multidimensionalidade são geralmente aceitos (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007).

Numa tentativa de explicação de uma definição emerge:

“O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. O conceito de qualidade de vida, portanto, varia de autor para autor e, além disso, é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo.” (VECCHIA et al, 2005, p. 247).

2.4.3 ESQUEMA TERAPÊUTICO FARMACOLÓGICO

A adesão ao esquema terapêutico medicamentoso refere-se ao grau de conformidade nas recomendações do tratamento no que diz respeito ao tempo, dose, frequência e duração de prescrição da medicação (GADKARI; MCHORNEY, 2012).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o conceito surge definido como a ação iniciada de forma autônoma com o intuito de promover o bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e comportamentos, ou seja, o cliente cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (DIAS *et al*, 2011).

Segundo Henriques 2006, em consequência da simultaneidade da presença de várias doenças crônicas nas pessoas idosas, estas consomem mais medicamentos do que os jovens, quer sejam prescritos ou não, e assim sendo possuem um esquema terapêutico farmacológico complexo, que conseqüentemente leva à toma de vários medicamentos em simultâneo, conduzindo a um conjunto de interações e reações adversas prejudiciais ao organismo e por isso à não adesão medicamentosa.

A polimedicação, como refere o autor acima citado, é uma causa frequente de não adesão ao esquema farmacológico, envolve um conjunto de definições, como o uso de vários

medicamentos em simultâneo ou excesso no uso de medicamentos desnecessários ou por outro lado ainda a toma simultânea de cinco ou mais medicamentos.

Prosseguindo nesta lógica de ideias, uma outra causa da não adesão farmacológica é a incapacidade funcional que o cliente idoso possui, responsável pela limitação ao nível da capacidade para abrir as embalagens, risco de cometer erros por diminuição da acuidade visual, ou dificuldade na compreensão das informações fornecidas pelos profissionais de saúde. (BECKMAN, 2005; CLAEISSON *et al*, 1999; HENRIQUES, 2006) Um outro problema associado à progressão da idade é a memória comprometida, sendo uma das principais causas para a quebra no seguimento do esquema terapêutico farmacológico (HENRIQUES, 2006).

De acordo com o que foi referido anteriormente, é importante perceber de que forma o cliente idoso pode ser auxiliado na gestão do seu esquema farmacológico, nas situações em que vive sozinho e/ou na presença de familiares/cuidadores informais. O ideal seria que todos os idosos conseguissem gerir e aderir de forma autónoma ao esquema, pois só assim existe promoção de capacidade funcional, bem-estar e sucessivamente qualidade de vida. Para haver alteração nos “*níveis de adesão*”, deve-se ter em conta que a adesão ao esquema farmacológico é parte integrante deste processo complexo, sendo o principal pilar a concordância do cliente perante o seu esquema terapêutico farmacológico e resulta do compromisso entre o profissional de saúde e o cliente (HENRIQUES, 2006).

3 METODOLOGIA

A etapa metodológica é considerada essencial na construção de uma investigação, pois orienta o investigador quanto ao fenômeno a ser estudado e o modo como os resultados serão processados. Uma seleção adequada, bem delimitada e coesa confere à investigação qualidade, credibilidade e confiabilidade quanto aos resultados encontrados (BAGGIO; ERDMANN, 2011).

Segundo Fortin (2003) nesta etapa, o investigador vai determinar os métodos que irá utilizar de modo a obter respostas às questões de investigação colocadas ou hipóteses formuladas, sendo preciso escolher um desenho de investigação para se proceder à exploração, descrever o fenômeno, examinar associações e/ou diferenças ou então verificar hipóteses. É importante descrever o conceito de desenho de investigação, definindo-se como *“plano lógico elaborado e utilizado pelo investigador para obter respostas às questões de investigação”* (2003, p.40). Existem outros processos a ser desenvolvidos nesta etapa, tais como definir a população e escolher os instrumentos mais adequados à colheita de dados.

3.1 TIPO DE ESTUDO

Com a finalidade de sustentar a fundamentação teórica deste estudo, a elaboração metodológica apoiou-se em dois momentos distintos: um primeiro momento a realização de pesquisa bibliográfica em bases de dados online e num segundo momento o constructo metodológico de investigação descritiva simples de nível II relacionado com os resultados obtidos no campo de investigação.

A investigação descritiva simples de nível II é usada quando o conhecimento sobre determinado fenômeno é limitado. O investigador observa, descreve e documenta aspetos do objeto estudado (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

O estudo descritivo satisfaz pelo menos dois princípios: a descrição de um conceito relativo a uma população e a descrição das características de uma população no seu conjunto. (FORTIN, 2003) Esta autora considera ainda que num estudo descritivo de nível II, o investigador descreve fatores ou variáveis e detecta relações entre estas variáveis ou fatores.

Perante as variáveis inerentes ao processo de adesão terapêutica, julgamos pertinente delimitar e descrever a nossa amostra, criando critérios de inclusão para este estudo. A amostra enquadrou-se nos seguintes pontos, ter idade igual ou superior a 65 anos atendidos nas consultas de enfermagem na Junta de Freguesia de São Martinho de Árvore; apresentar um esquema terapêutico; residir na freguesia de São Martinho de Árvore; não apresentar déficite cognitivo que inviabilize a participação ativa na investigação; ter formalizado o consentimento livre esclarecido para participação na investigação.

3.2 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

FORTIN (2003, p. 101) define como questão de investigação o conjunto de “*premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação*”. Cumprindo as regras de formulação de uma questão de estudo, elaborou-se um enunciado interrogativo, preciso e escrito no presente, incluindo duas variáveis que englobam a população a estudar. A questão de pesquisa para a nossa investigação é: “*Quais são os fatores de risco e estratégias educativas no âmbito da adesão terapêutica para o idoso com doença crônica?*”.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para dar início a este tópico é fundamental definir o conceito de população e amostra. Uma população é um conjunto de elementos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios determinados antecipadamente pelo investigador, dando origem a uma população particular, à população alvo. Considera-se fulcral, para o desenvolvimento da nossa investigação, criar um subconjunto da população selecionada, denominada de amostra, sendo que esta deve ser representativa e caracterizante da população em estudo (FORTIN, 2003).

A população alvo deste estudo foi correspondente aos clientes atendidos nas consultas de enfermagem realizadas no Centro de Dia da Junta de Freguesia de São Martinho de Árvore. Foram registrados, recorrendo ao Sistema de Apoio às Consultas de Enfermagem

(SACE), um total de 117 clientes ($n=117$), tendo maior prevalência o sexo feminino. Nesta população foi possível observar algumas condições de saúde, sendo as mais proeminentes: Hipertensão arterial sistêmica (HAS), Diabetes, Dislipidemia e Patologia do foro psiquiátrico. Os cálculos nesta etapa foram realizados através do programa *Microsoft Office Excel® 2007*.

A amostra desta investigação é composta por 6 homens e 19 mulheres, selecionada de forma aleatória, dentro do total de clientes atendidos nas consultas de enfermagem.

3.3.1 VARIÁVEIS ESTUDADAS

De acordo com Fortin (2003, p.36) quando “*um conceito é colocado em ação numa investigação ele toma o nome de variável*”. A autora acrescenta ainda que as variáveis de um estudo são qualidades, características ou propriedades de situações ou pessoas a ser estudadas numa investigação e que estas podem expor quantidades, graus ou diferenças.

As variáveis estudadas nesta investigação foram às denominadas sociodemográficas, aspetos clínicos, regime terapêutico medicamentoso, aspetos econômicos e caracterização dos diagnósticos de enfermagem.

3.4 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA AMOSTRA

A amostra deste estudo foi selecionada através do total de clientes supracitados, atendidos nas consultas de enfermagem, e que atendiam aos critérios de inclusão do nosso estudo. É importante mencionar que a participação foi de cariz voluntário precedida de informação sobre a finalidade do estudo e mediante a assinatura do consentimento informado.

Desta forma, a investigação teve como participantes um número total de 25 clientes ($n=25$), em que 24% eram do sexo masculino e 76% do sexo feminino. Propondo representar melhor a população a ser estudada, a amostra foi composta utilizando-se a técnica de seleção aleatória por dados sociodemográficos. A amostra foi distribuída em cinco variáveis sociodemográficas, conforme se observa na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição dos dados da amostra segundo as suas características sociodemográficas ($n=25$)

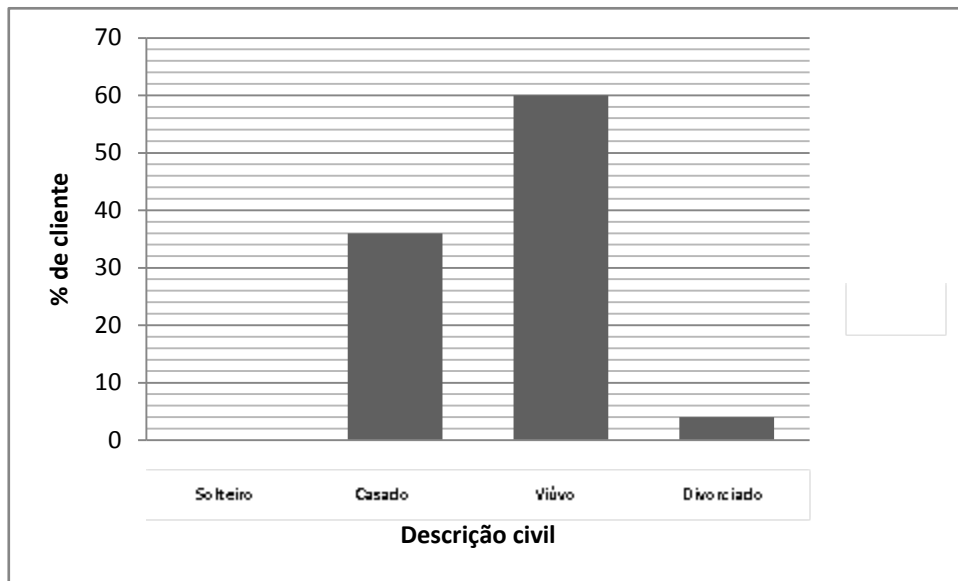
Variáveis	<i>n</i>	%
Sexo		
Masculino	6	24
Feminino	19	76
Grupo etário		
[65 – 69[	6	24
[70 – 74[	6	24
[75 – 79[	8	32
[80 – 84[	3	12
[85 – 89[	2	8
≥ 90	0	----
$X_{\min} = 65$; $X_{\max} = 89$; $\bar{x} = 74,92$; $Md = 75$; $D.P. = 5,92$;		
Estado Civil		
Casado(a)	9	36
Solteiro(a)	0	----
Separado(a) / Divorciado(a)	1	4
Viúvo(a)	15	60
Escolaridade		
Analfabeto	10	40
Não Analfabeto	15	60
Situação Laboral		
Empregado	0	----
Desempregado	0	----
Aposentado	25	100

A idade média da população selecionada foi de 74,92 anos (aproximadamente 75 anos), apresentando um nível de educação de 40% de analfabetismo e 60% não analfabetismo.

Na amostra desta investigação na variável situação laboral, verificou-se que a percentagem de aposentados foi de 100%.

Sob a visão do estado civil, 36% casados, 60% eram viúvos e 4% divorciados, como se verifica no gráfico 1, o qual apresenta uma acentuada diferença na proporção entre viúvos e casados e os restantes grupos (solteiros e divorciados).

Gráfico 1: Distribuição dos dados da amostra segundo o estado civil (*n* e %)



3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A técnica aplicada para coleta dos dados decorreu durante as Consultas de Enfermagem na junta de freguesia de São Martinho de Árvore, onde foi aplicada uma entrevista para registro da informação. A entrevista é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas (FORTIN, 2003). Foi aplicado também um instrumento, “*Avaliação do risco de não adesão ao tratamento*” (ICN; OE, 2008), segundo diagnósticos CIPE®.

Para responder às necessidades encontradas através da aplicação do instrumento supracitado, implementou-se estratégias educativas no âmbito das múltiplas dimensões da adesão terapêutica, direcionadas para a atividade física, alimentação saudável e hidratação e esquema terapêutico farmacológico.

3.5.1 QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

O instrumento utilizado para auxiliar na colheita dos dados sociodemográficos foi um questionário semiestruturado, formulado pelos estudantes, investigadores dessa pesquisa.

O questionário é composto pela identificação do cliente, data de nascimento, sexo, estado civil, habilitações literárias e situação laboral. É importante mencionar que os dados clínicos, regime terapêutico medicamentoso e parâmetros vitais também foram variáveis registradas no instrumento. Neste sentido, este instrumento foi de extrema importância, pois possibilitou a realização da compilação da informação.

3.5.2 INSTRUMENTO “AVALIAÇÃO DO RISCO PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO”

O instrumento selecionado em nosso estudo fornece uma estratégia possível da abordagem à avaliação da não adesão terapêutica, apresentando uma sistematização dos motivos do cliente para não aderir, orientando a seleção das intervenções de Enfermagem. O mesmo apresenta-se organizado segundo áreas temáticas centrais, nomeadamente física, mental e comportamental, sociocultural e ambiental e espiritual, os diagnósticos de enfermagem correspondentes a cada uma, num total de 39 diagnósticos e a avaliação, com questões adicionais que permitem perceber mais pormenores quando a resposta do cliente indicar um problema possível.

3.6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

A análise dos dados obtidos foi realizada por meio de estatística descritiva simples da média relativa dos resultados das questões objetivas. Recorreu-se ao *software Microsoft Office Excel® 2007* para tratamento da informação, importa mencionar que não foi realizada uma análise inferencial dos dados.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho se enquadra nos requisitos éticos de Portugal, onde devido à baixa demanda de pesquisa dispensa Comitê de Ética para a realização de pesquisas com seres humanos. A presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra avaliou e considerou ética a pesquisa realizada.

4 RESULTADOS

A apresentação e análise dos dados têm um caráter descritivo, reportando a interpretação dos resultados obtidos para o capítulo seguinte, a discussão dos mesmos.

Relativamente às condições de saúde dos clientes destacou-se uma prevalência de 44% com HAS, 24% com Diabetes, 20% com Dislipidemia, 16% com Patologia Respiratória e 12% com Patologia Renal. Na tabela 2 verifica-se a prevalência das mesmas, apresentadas no estudo.

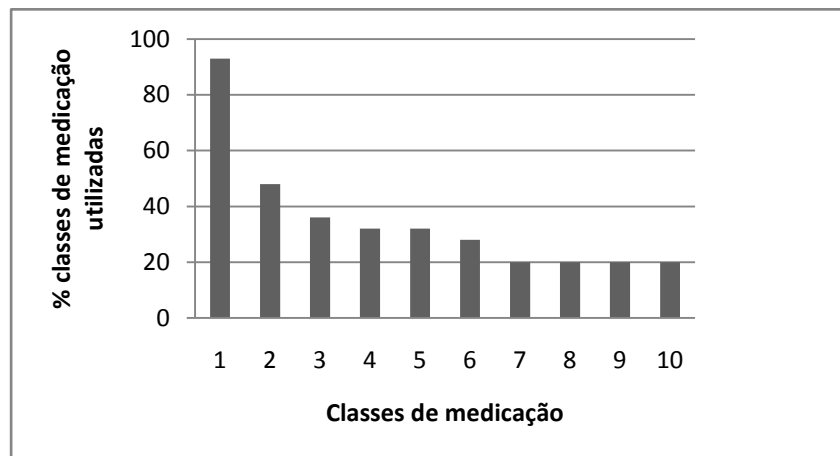
Tabela 2: Distribuição dos dados da amostra segundo as condições de saúde (*n* e %)

Variáveis	<i>n</i>	%
Condições de saúde		
HAS	11	44
Diabetes	6	24
Dislipidemia	5	20
Patologias respiratórias	4	16
Patologia Renal	3	12
Reumatismo	2	8
Patologia Cardíaca	2	8
Patologia Neurológica	2	8
Patologia oncológica	2	8

Relativamente à variável execução de um esquema terapêutico farmacológico, foi possível com o estudo e instrumentos utilizados identificar as classes medicamentosas mais utilizadas pela amostra. Neste contexto, os fármacos mais evidenciados no estudo foram os correspondentes ao grupo farmacológico dos anti-hipertensivos [1], responsável por 93% da toma de medicação dos idosos. Em seguida vêm os anti-ácidos e anti-ulcerosos [2] que comportam uma quantidade de 48% das prescrições medicamentosas. A prevalência de psicofármacos [3] foi de 36%. Os antidislipidêmicos [4] tiveram (32%) juntamente com os ansiolíticos [5] (32%), anticoagulantes e trombolíticos [6] (28%), os analgésicos [7] (20%),

antipiréticos (20%) [8], medicamentos utilizados no tratamento da gota [9] (20%) e os anti-inflamatórios não esteroides [10] (20%). O gráfico 2 ilustra a prevalência dos diferentes grupos farmacológicos nas prescrições terapêuticas. Através da análise deste, verifica-se uma discrepância acentuada entre a utilização dos grupos farmacológicos, anti-hipertensores [1] e anti-inflamatórios não esteróides [10].

Gráfico 2: Distribuição dos dados da amostra segundo os grupos farmacológicos (n e %)



Nas consultas de enfermagem realizadas no ambiente de estudo, além dos cuidados primários da assistência direcionados aos clientes, foi aplicado o instrumento denominado *Avaliação do risco da não adesão ao Tratamento* (ICN; OE, 2008). Através dele foi possível estabelecer diagnósticos de enfermagem segundo o Catálogo da CIPE® com a finalidade de identificar o risco que a amostra possuía para o desenvolvimento do fenômeno da não adesão terapêutica.

No que concerne aos diagnósticos de enfermagem, verifica-se (tabela 3) que 96% dos indivíduos da amostra apresentavam o regime de tratamento complexo. O diagnóstico déficit de conhecimentos também está significativamente presente, em 60% dos casos. O analfabetismo também é um forte fator, estando prevalente em 40%, bem como o déficit sensorial 36%. Extremamente ligada à adesão, o diagnóstico exaustão do tratamento esteve presente em 32% da amostra do estudo. No que refere ao fenômeno da não adesão terapêutica, verificou-se que em 28% dos indivíduos já se apresentava a condição de não adesão ao tratamento prescrito.

A capacidade de gestão comprometida foi identificada em 24% dos clientes. É pertinente referir que 16% da amostragem apresenta ausência de apoio social, fato que pode estar ligado aos 60% da amostra que apresentam estado civil viúvo/a.

Tabela 3: Distribuição dos dados da amostra segundo os diagnósticos de enfermagem identificados com aplicação do instrumento “Avaliação do risco de não adesão ao tratamento” (n e %)

Variáveis	n	%
Diagnósticos de Enfermagem		
Regime de tratamento complexo	24	96
Défice de conhecimentos	15	60
Analfabetismo	10	40
Défice sensorial	9	36
Exaustão do tratamento	8	32
Não adesão	7	28
Capacidade de gestão do regime comprometida	6	24
Memória comprometida	5	20
Ausência de apoio social	4	16
Rendimento inadequado	4	16
Ausência de resposta ao tratamento	3	12
Capacidade para se ajustar comprometida	2	8
Dor	2	8
Intolerância à atividade	2	8
Ausência de confiança no profissional de saúde	2	8
Cognição comprometida	1	4
Efeitos secundários da medicação	1	4
Compromisso musculoesquelético	1	4
Fadiga	1	4
Falta de esperança	1	4
Ausência de transporte	1	4

Somatório dos diagnósticos presentes por consulta (n=25)

$x_{\min} = 2$; $x_{\max} = 10$; $\bar{x} = 4,28$; **Md** = 4; **D.P** = 1,79;

Através dos processos descritos anteriormente, foi possível verificar quais eram as necessidades de saúde desta amostra. No eixo da adesão terapêutica os aspetos de atividade física, regime alimentar e esquema terapêutico farmacológico foram destacados. Com a intenção de diminuir o risco de não adesão terapêutica evidenciado no estudo, foram executadas sessões de educação para a saúde abrangendo essas três esferas, conforme apresentado nos dados seguintes.

Relativamente à sessão realizada sobre a temática atividade física, intitulada “*Movimento é Vida*”, estiveram presentes 6 utentes e foi realizada uma avaliação imediata, recorrendo a utilização de uma escala de fáceis, com 4 variáveis distintas (não gostei, gostei pouco, gostei razoavelmente e gostei muito), posteriormente à sessão. Os resultados obtidos foram 2 (33,3%) utentes identificaram a variável “gostei razoavelmente” e 4 (66,6%) utentes “gostei muito”.

Dentro da temática alimentação saudável e hidratação os resultados obtidos referentes à sessão educativa realizada apresentam-se na tabela seguinte (tabela 4).

Tabela 4: Distribuição dos dados da amostra obtidos através da aplicação do questionário pré-teste e pós-teste da sessão educativa “Alimentação saudável e hidratação”.

Variáveis	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	n	%	n	%
A alimentação saudável e hidratação são importantes no meu tratamento (dia-a-dia)				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	0	---	0	---
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	5	41,66	1	8,33
Concordo totalmente	7	58,33	11	91,66
O meu prato de comida deve ser colorido				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	1	8,33	1	8,33
Não concordo nem discordo	1	8,33	0	---
Concordo	8	66,66	1	8,33
Concordo totalmente	2	16,66	10	83,33
Devo comer alimentos com pouco sal				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	0	---	0	---
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	5	41,66	1	8,33
Concordo totalmente	7	58,33	11	91,66
Devo comer alimentos com muito açúcar				
Discordo totalmente	7	58,33	11	91,66
Discordo	2	16,66	1	8,33
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	3	25	0	---
Concordo totalmente	0	---	0	---
Devo comer bastantes legumes e frutas				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	0	---	0	---
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	5	41,66	1	8,33
Concordo totalmente	7	58,33	11	91,66
Devo comer carne de porco todos os dias				
Discordo totalmente	8	66,66	10	83,33
Discordo	2	16,66	0	---
Não concordo nem discordo	0	---	1	8,33
Concordo	2	16,66	1	8,33
Concordo totalmente	0	---	0	---
Beber pelo menos 2 litros de água por dia faz bem à saúde.				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	0	---	0	---
Não concordo nem discordo	1	8,33	0	---
Concordo	6	50	1	8,33
Concordo totalmente	5	41,66	11	91,66

A avaliação da sessão educativa (alimentação saudável e hidratação) como estratégia de intervenção para a promoção da importância do regime alimentar, respondendo às necessidades de saúde destacadas, demonstrou-se significativa e válida. Observando a tabela 4, da média das 12 pessoas idosas que compareceram na sessão, é possível dizer que as respostas das questões no momento pré-teste (1ª avaliação) do estudo foram de certa forma negativas tendo em conta as respostas adequadas, ou seja, que deviam ter sido respondidas. No momento de pós-teste (2ª avaliação) observamos que os clientes apresentavam maior certeza nas suas respostas, sendo possível constar uma mudança significativamente positiva ao nível dos conhecimentos sobre a temática. No momento de pré-teste, com a afirmação **“a alimentação saudável e hidratação são importantes no meu tratamento”**, 58,33% dos clientes responderam que “concordo totalmente” com a mesma, no momento pós-teste, ou seja, após a execução da atividade educacional, evidenciando as múltiplas importâncias da realização de uma dieta saudável relacionada à adesão terapêutica, evidenciou-se que 91,66% dos clientes responderam “concordo totalmente”, observando uma mudança significativa do conceito da alimentação saudável como fator importante no tratamento. Na afirmação **“o meu prato de comida deve ser colorido”**, 16,66% dos clientes responderam “concordo totalmente” no momento pré-teste, porém no momento pós-teste 83,33% dos clientes responderam “concordo totalmente” com a afirmação, ou seja, evidenciando uma variação positiva extremamente importante. Na afirmação **“devo comer alimentos com pouco sal”**, no momento pré-teste 58,33% responderam que concordam totalmente com o referido, comparativamente ao momento pós-teste em que 91,66% concordaram totalmente. Tendo em conta a aplicabilidade dos conceitos na sessão, a afirmação **“devo comer alimentos com muito açúcar”** no momento de pré-teste 58,33% dos clientes discordavam totalmente, porém no momento pós-teste 91,66% dos clientes discordaram totalmente da afirmação. Com a questão **“devo comer bastante legumes e frutas”** também se obteve um resultado promissor, durante a etapa pré-teste 58,33% assinalaram a resposta “concordo totalmente”, contrapondo as respostas efetuadas no momento pós-teste, ou seja, 91,66% dos clientes da amostra da sessão educativa responderam “concordo totalmente”. **“Devo comer carne de porco todos os dias”** foi uma variável de extrema importância, pois observou-se que os clientes, mesmo no momento pré-teste já possuíam um conhecimento adequado sobre esta afirmação, 66,66% dos clientes responderam “discordo totalmente” nesta etapa. Já na fase de pós-teste 83,33% dos idosos responderam que discordam totalmente com a mesma. **“Beber pelo menos 2 litros de água por dia faz bem à saúde,”** no momento pré-teste 8,33% dos clientes não reconheciam a

importância, bem como 50% concordaram com a mesma e 41,66% concordaram totalmente. Na fase de pós-teste esse quadro reverteu-se, 0% não sabiam, 8,33% concordaram e 91,66% concordaram totalmente com a colocação.

A atividade realizada relativamente ao eixo informativo, esquema terapêutico farmacológico, com o nome “Medicamento Certo à Hora Certa”, apresenta os seus resultados desenvolvidas na tabela abaixo (tabela 5).

Tabela 5: Distribuição dos dados obtidos através da aplicação do questionário pré-teste e pós-teste da sessão educativa “*Medicamento Certo à Hora Certa*”.

Variáveis	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
	n	%	n	%
Tomar os comprimidos à hora certa é importante para o meu tratamento.				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	0	---	0	---
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	4	44,44	2	22,22
Concordo totalmente	5	55,55	7	77,77
Se me esquecer de tomar um comprimido, isso não vai interferir em meu tratamento.				
Discordo totalmente	2	22,22	6	66,66
Discordo	6	66,66	1	11,11
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	0	---	2	22,22
Concordo totalmente	1	11,11	0	---
O excesso de peso, alimentação inadequada e o tabagismo são fatores que interferem na ação dos medicamentos.				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	0	---	0	---
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	6	66,66	1	11,11
Concordo totalmente	3	33,33	8	88,88
É indiferente conhecer o mecanismo de ação dos meus medicamentos.				
Discordo totalmente	2	22,22	5	55,55
Discordo	5	55,55	1	11,11
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	2	22,22	2	22,22
Concordo totalmente	0	---	1	11,11
A relação estabelecida com o profissional é importante no meu processo de tratamento.				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	0	---	0	---
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	5	55,55	3	33,33
Concordo totalmente	4	44,44	6	66,66
Um dos grandes fatores que leva a não-adesão medicamentosa são as questões socioeconómicas.				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	0	---	1	11,11
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	5	55,55	1	11,11
Concordo totalmente	4	44,44	7	77,77

Se eu não conseguir ler ou compreender o que está escrito nas caixas de medicamentos, devo pedir ajuda a familiares, amigos, vizinhos ou profissionais de saúde.				
Discordo totalmente	0	---	0	---
Discordo	1	11,11	0	---
Não concordo nem discordo	0	---	0	---
Concordo	3	33,33	3	33,33
Concordo totalmente	5	55,55	6	66,66

A sessão de educação para a saúde, intitulada "*Medicação Certa à Hora Certa*" teve a participação de 9 clientes. Foi previamente (pré-teste) aplicado um pequeno questionário de 7 perguntas fechadas relativas ao tema que iria ser abordado, cada uma com 5 alternativas de resposta (Discordo Totalmente; Discordo, Não Concordo nem Discordo, Concordo e Concordo Totalmente. Estas questões voltaram a ser colocadas posteriormente (pós- teste) à sessão de educação, a cada um dos utentes individualmente.

No momento pré-teste a afirmação: na **“tomar os comprimidos à hora certa é importante para o meu tratamento”**, 44,44% dos clientes responderam que concordavam e 55,55% que concordavam totalmente, no entanto na etapa pós-teste 77,77% indicaram que concordavam totalmente com a referida afirmação. Na afirmação: **“se me esquecer de tomar um comprimido, isso não vai interferir no meu tratamento”**, podemos concluir que numa fase pré-teste 55,55% dos clientes responderam que discordavam e 22,22% discordavam totalmente contra 11,11% que concordaram totalmente, posteriormente à sessão educativa podemos observar que 66,66% dos clientes discordam totalmente, 11,11% discordam e 22,22% concordam com a afirmação. Perante a afirmação: **“o excesso de peso, alimentação inadequada e o tabagismo são fatores que interferem na ação dos medicamentos,”** 66,66% dos clientes concordaram com afirmação colocada e 33,33% concordaram totalmente, os resultados posteriores foram significativos, sendo que 88,88% dos clientes responderam que concordavam totalmente e apenas 11,11% respondeu que concordava. A seguinte afirmação: **“é indiferente conhecer o mecanismo de ação dos meus medicamentos”**, 55,55% responderam que discordam, 22,22% discordam totalmente outros 22,22% concordam já numa segunda avaliação 55,55% dos clientes discordavam totalmente com a afirmação e apenas 22,22% concordavam. Colocada a afirmação: **“a relação estabelecida com o profissional é importante no meu processo de tratamento”** 55,55% dos clientes afirmaram que concordavam e 44,44% concordavam totalmente, na avaliação pós-sessão foi possível observar que 66,66% concordavam totalmente e 33,33% concordavam com a afirmação. Perante a afirmação: **“um dos grandes fatores que leva a não adesão medicamentosa são as questões socioeconômicas”**, 55,55% dos clientes afirmaram que concordavam e 44,44% concordavam totalmente, no entanto numa segunda avaliação 77,77%

dos clientes afirmaram que concordavam totalmente. A última afirmação: **“se eu não conseguir ler ou compreender o que está escrito nas caixas de medicamentos, devo pedir ajuda a familiares, amigos, vizinhos ou profissionais de saúde”**, 55,55% dos clientes concordavam muito, no entanto 33,33% concordavam e 11,11% discordavam, na última avaliação, 66,66% dos clientes concordavam muito e 33,33% apenas concordavam.

5 DISCUSSÃO

Partindo do objetivo geral deste estudo, mais concretamente, identificar as necessidades/problemas da população-alvo relativas à adesão terapêutica, verificou-se através da análise dos resultados obtidos com a aplicação do instrumento “*Avaliação do risco de não adesão ao tratamento*” (ICN; OE, 2008), que existe um número significativo de clientes idosos a não aderir ao esquema terapêutico prescrito.

Dentro dos resultados obtidos foi possível reconhecer a relação existente entre os fatores sociodemográficos e o fenómeno de adesão terapêutica. Na amostra em estudo (25 clientes) identificou-se que a maioria dos indivíduos pertenciam ao sexo feminino (76%), com idade média de 75 anos, estado civil viúvo/a (60%), não analfabetos (60%) e reformados (100%). De acordo com Sousa, Peixoto e Martins (2008) as variáveis que interferem diretamente no processo de adesão terapêutica são os fatores relacionados com sexo, idade, suporte familiar e características da doença.

DIAS *et al*, (2011); MANTOVANI *et al*, (2011) referem que os fatores determinantes da adesão estão agrupados em fatores externos, nomeadamente acesso aos fármacos e características da doenças, fatores relacionais, dentro dos quais, apoios sociais e relação com profissional de saúde, e os fatores internos ao doente, sendo eles, psicológicos, crenças relativas à saúde e características sociodemográficas. Who (2003) refere que não existe consenso relativamente à influência das variáveis idade e sexo, na influência do nível de adesão, contudo o baixo nível socioeconômico e o baixo nível de escolaridade demonstram interferir de forma negativa na mesma.

Determinadas condições de saúde crônicas apresentarem-se em larga escala neste estudo, majoritariamente a HAS (44%), diabetes (24%) e dislipidemia (20%). As condições crônicas em detrimento da sua longa duração requerem do cliente mudanças nos estilos de vida, adoção de hábitos alimentares saudáveis e prática regular de atividade física. A longa

duração da doença e a alta complexidade do regime terapêutico são fatores que contribuem para o processo de não adesão terapêutica (MENDES; SOUSA; LOPES, 2011).

Pinheiro (2009) afirma que dentro das enfermidades crônico-degenerativas mais comuns, a HAS ocupa lugar de destaque. Observa-se que hipertensos idosos, com idade entre 60 e 80 anos, independentemente do sexo, certos fatores de risco, história familiar ou grau de atividade física têm dificuldade em aderir a um tratamento farmacológico eficiente.

Um regime medicamentoso complexo requer da pessoa idosa conhecimentos, capacidades e competências fundamentais na tomada de decisão, que lhes permite obter os medicamentos, administra-los e gerir de forma contínua os efeitos terapêuticos e secundários, contribuindo positivamente para a obtenção de melhores resultados de saúde, bem-estar, qualidade de vida e adesão terapêutica (HENRIQUES, 2011). Os grupos farmacológicos mais prevalentes no presente estudo foram aos anti-hipertensivos (93%), anti-ácidos e anti-ulcerosos (48%) e psicofármacos (36%).

Segundo a OMS a ineficácia da gestão do regime terapêutico está intimamente associada a esquemas terapêuticos complexos, déficit de conhecimentos e limitação de habilidades para gerir as indicações terapêuticas, integrando-as nas atividades do quotidiano. Tendo em conta tais informações, essas vão ao encontro aos resultados obtidos através da aplicação do instrumento “*Avaliação do risco de não adesão ao tratamento*” onde as variáveis mais prevalentes na amostra estudada foram os diagnósticos: regime de tratamento complexo (96%), déficit de conhecimentos (60%) e analfabetismo (40%). É imprescindível referir que na amostra total do estudo 28% da população já se enquadravam no diagnóstico de não adesão. Nos países desenvolvidos a não adesão terapêutica nos clientes com patologia crônica é de 50% sendo que esta percentagem aumenta nos países em desenvolvimento (DIAS *et al*, 2011).

A identificação dos diagnósticos de enfermagem é particularmente essencial na assistência em saúde tendo em conta que fornece bases para a realização de intervenções mais específicas. Para um diagnóstico ser identificado corretamente, é fundamental a constatação de indicadores clínicos e a seleção das características definidoras específica para a caracterização diagnóstica. Neste âmbito, as produções científicas são escassas tendo em conta que esta linha de investigação se encontra em constante desenvolvimento (MENDES; SOUSA; LOPES, 2011). O estudo de Griffiths (2004) analisa as intervenções de enfermagem como forma de contribuição para o aumento da adesão na comunidade, o mesmo destacou o

evidente e único papel que o enfermeiro pode desempenhar na comunidade, no âmbito da detecção do risco, promovendo a ajuda na autogestão do regime terapêutico em idosos.

A avaliação inicial realizada das necessidades particulares da população em estudo levou-nos à implementação de estratégias educativas específica, majoritariamente em grupo, dentro das três principais esferas da adesão terapêutica, atividade física, alimentação saudável e esquema farmacológico. De acordo com Munari, Lucchese, Medeiros (2009), sabe-se que as atividades grupais, quando desenvolvidas em ambientes e dentro de relações mais saudáveis e democráticas, podem ser ferramentas potencializadoras de um trabalho produtivo, terapêutico e de capacitação dos indivíduos envolvidos no processo. Pode-se inferir, que de acordo com Feijão (2009), quando o cliente recebe ajuda do enfermeiro, no sentido de orientar e fornecer conhecimentos/habilidades, com a finalidade de mudar o seu comportamento para aderir a uma determinada terapêutica, terá maiores possibilidades de tomar a decisão para a adesão, sendo que esta decisão é autônoma e que a relação enfermeiro-cliente é de interlocução e não simplesmente autoritária.

Mantovani *et al*, (2011), seguindo a mesma lógica de pensamento, afirmam que a educação em saúde é uma estratégia recomendada para proporcionar aos portadores de doença crônica informações pertinentes que os faça compreender e vivenciar o processo da forma mais autônoma possível. A educação para a saúde para alguns autores é uma estratégia significativamente utilizada pelos profissionais para ajudar clientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus na reflexão das suas condutas, hábitos de vida e comportamentos de saúde. O trabalho de grupo possibilita aos participantes a troca de experiências e conhecimentos advindos da convivência com problemas semelhantes, onde podem ser apresentadas experiências negativas ou positivas dos companheiros para o seu próprio processo de adesão. Neste contexto, as atividades grupais como estratégia educativa em saúde parece ser fator facilitador do regime terapêutico (MANTOVANI *et al*, 2011).

Investigadores têm focado a sua atenção na importância do papel do profissional de saúde no processo de adesão, já que referem que a satisfação do cliente com os serviços de saúde, mais diretamente com os profissionais, está associada à adoção de comportamentos mais saudáveis por parte destes, contrariando a imagem de que o fenômeno de não adesão é de exclusiva responsabilidade dos clientes, pois a interação estabelecida entre cliente/profissional pode afetar expressivamente os comportamentos de auto cuidado. Uma interação centrada no indivíduo que objetiva a promoção de uma relação positiva,

demonstrando interesse e consideração, são fatores que estão relacionados com o aumento da adesão (SOUSA; PEIXOTO; MARTINS, 2008).

6 SÍNTESE CONCLUSIVA

A avaliação inicial realizada à população alvo despertou-nos para a importância de desenvolver as temáticas, atividade física, regime alimentar e regime terapêutico farmacológico, principais necessidades de saúde encontradas através da aplicação do instrumento de avaliação da não adesão terapêutica em conjunto com as consultas de enfermagem. Com a finalidade de trabalharmos estes aspetos, houve a necessidade de iniciar atividades educativas através de sessões de educação majoritariamente em grupo. Importa referir que os hábitos alimentares e atividade física, sendo também esferas do regime terapêutico, são evidentemente menos valorizadas pelos clientes nas recomendações dos profissionais de saúde, o que conduz diretamente à deterioração da qualidade de vida. Este efeito deve ser ponto de reflexão por parte dos enfermeiros, promovendo uma assistência mais equitativa e de qualidade.

Com o decorrer do ensino clínico e dinamização de novas atividades percebemos a necessidade de uma abordagem lúdica e dinâmica, fomentando a participação ativa dos clientes. Os recursos utilizados foram majoritariamente audiovisuais, imagens ilustrativas, materiais didáticos, cartazes e folhetos informativos, sendo adequados à realidade da amostra em foco, uma vez que grande parte apresenta nível de educação baixo e/ou apresenta défice de conhecimentos. Neste sentido, não se justifica a utilização de uma linguagem científica e elaborada, assim como a transmissão de um conteúdo teórico complexo já que os mesmos não conseguiriam interpretar e processar o conteúdo transmitido.

A utilização de estratégias grupais, tal como a roda de conversa, organização de ateliers, problematização de conceitos, são fundamentais já que estas permitem a reflexão, partilha de experiências e vivências por parte dos clientes. Sob a nossa experiência relativamente a esta realidade, apercebemo-nos que a população aderiu em maior número quando estas condições se colocavam e em contra partida quando estas atividades eram dinamizadas de forma individual, os clientes tendiam a adotar uma postura mais defensiva.

A importância de utilizar uma metodologia dinâmica nas atividades, como retirou da nossa avaliação, estimula a participação e conseqüentemente maior integração no processo terapêutico, a simples troca de saberes torna os indivíduos mais comprometidos com o seu processo de mudança.

A prática apresenta o seu fundamento na teoria e como tal é pertinente justificar as nossas intervenções tendo por base os modelos e as teorias de mudança comportamental. O processo de adesão terapêutica é complexo e apresenta múltiplas variáveis, e nesta lógica as nossas atividades tem que ser direcionadas e objetivas e sustentadas em modelos concisos, àqueles que na nossa perspectiva melhor representam os nossos objetivos junto da população alvo são a teoria da ação social, modelo transteórico da mudança de comportamento e modelo IMB. Sustentando-nos na teoria da ação social parte da solução do problema da adesão terapêutica, junto da população idosa, passa por realizar uma intervenção orientada, adequada ao contexto, evidenciando os resultados positivos imediatos desses comportamentos. O modelo transteórico de mudança de comportamento permite-nos inferir que, tendo em conta as diversas fases pelas quais a pessoa passa num processo de mudança, para adoção de determinado esquema terapêutico, é importante informar e sensibilizar, numa primeira e segunda fase, evidenciando a eficácia das atividades em grupo. Segundo o modelo IMB, e da nossa experiência, percebemos que a informação é um conceito central, contudo a relação positiva entre esta e a motivação é o requisito principal, e conseqüentemente uma pessoa bem informada e motivada tem maior probabilidade de aderir ao esquema terapêutico.

A contribuição deste estudo na população alvo da investigação está diretamente relacionada com a promoção da saúde, uma vez que o local não apresentava anteriormente um ambiente de prestação de cuidados de saúde diferenciados, neste contexto. Observou-se a aceitação e participação ativa dos idosos nos projetos desenvolvidos, sendo ainda possível comprovar que no período final do estágio houve uma diminuição da procura da população, relativamente aos serviços de saúde, o que demonstra a resposta positiva dada às necessidades da população alvo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminada a elaboração do trabalho, podemos concluir que a temática abordada nesta monografia foi de extrema importância na nossa formação enquanto futuros enfermeiros, principalmente no que diz respeito à identificação e implementação de estratégias face às necessidades de saúde na área de intervenção da pessoa idosa.

É importante mencionar que as consultas de enfermagem efetuadas no Centro de Dia da Junta de Freguesia de São Martinho de Árvore e a quantidade de utentes que procuraram o serviço de saúde foram fulcrais para a concretização e reflexão deste estudo, no âmbito da adesão terapêutica e seus modelos teóricos e conceptuais.

A pesquisa bibliográfica realizada em bases de dados de literaturas científicas e em bibliotecas tradicionais foi um importante alicerce para a construção teórica desta investigação, a qual permitiu a contextualização dos eixos temáticos, envelhecimento populacional/individual, adesão terapêutica/suas vertentes e conceitos teóricos, bem como estratégias de intervenção na promoção da adesão na população idosa.

A aplicação do instrumento “*Avaliação do risco de não adesão ao tratamento*”, em conjunto com as consultas de enfermagem foi essencial, já que favoreceram a identificação das variáveis sociodemográficas da amostra, bem como a verificação dos diagnósticos de enfermagem presentes, que auxiliaram na construção de estratégias educativas (sessões de educação para a saúde) com a finalidade máxima de promover uma melhor adesão terapêutica na população idosa. Considerando os resultados obtidos na execução desta investigação, concluímos que os mesmos foram ao encontro aos objetivos inicialmente delimitados, sendo então uma enriquecedora oportunidade de conhecimento.

O estudo possibilitou identificar os dados sociodemográficos com maior prevalência da amostra selecionada, onde do total de 25 clientes, 76% eram do sexo feminino, 60% na condição de estado civil viúvo/a, com idade média de 75 anos. A taxa de analfabetismo demonstrou-se relevante, atingindo 40% da população em questão. As patologias mais

evidentes foram as doenças crônicas não transmissíveis, sendo elas: HAS (44%), diabetes (24%) e dislipidemia (20%). É de especial interesse referir que as condições crônicas, no seu contexto multidimensional, associadas aos dados sociodemográficos descritos através da realização desta investigação, demonstraram ser fatores que interferem diretamente no fenômeno da adesão ao tratamento.

Os diagnósticos de enfermagem mais prevalentes foram “*regime de tratamento complexo*” (96%) e “*déficit de conhecimentos*” (60%), tendo sido importantes bases para a elaboração de atividades educativas relativas às questões sobre alimentação saudável, regime medicamentoso e a prática de atividade física regular. Relativamente às estratégias de educação em saúde, foram enfatizadas as atividades de grupo, utilização de alternativas lúdicas adaptadas, exemplificação de problemas e o encorajamento do cumprimento da adesão terapêutica, foram ferramentas fulcrais na transmissão de conhecimentos sobre adesão terapêutica aos idosos, os quais se demonstraram úteis, com aproveitamento satisfatório.

Neste contexto, estes resultados chamaram a atenção dos investigadores para a necessidade de trabalhar a adesão terapêutica com uma perspectiva e uma dinâmica direcionada para o cliente e família/cuidador informal, considerando as particularidades de cada indivíduo sobre a complexidade do tratamento prescrito, conhecimentos sobre a terapêutica, condições socioeconômicas e familiares. O reconhecimento e consciencialização do cliente sob o eixo da adesão terapêutica, bem como a identificação das condições desfavoráveis que a não adesão pode causar à saúde, foram fundamentais para a procura de melhoria e o cumprimento adequado da prescrição terapêutica.

É evidente a necessidade de se investigar mais sobre o eixo temático adesão terapêutica no contexto de envelhecimento, já que através da pesquisa bibliográfica realizada foi observável a escassa produção científica sobre o assunto. Como a amostra deste estudo foi relativamente restrita, é conveniente a realização de outros estudos de caráter longitudinal e randomizados sobre os diagnósticos de enfermagem na adesão à terapêutica, a fim de proporcionar uma abrangência de conhecimento científico na área de enfermagem.

É importante referir que a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o cliente é fundamental neste processo, estando intimamente relacionada com a comunicação estabelecida. A informação e a comunicação estão então neste sentido diretamente correlacionadas, podendo mesmo exercer especial importância na qualidade dos cuidados, uma vez que influenciam a avaliação que os clientes, enquanto agentes ativos no processo de cuidar fazem destes. Da avaliação das atividades educativas realizadas no âmbito do

fenômeno em estudo, podemos concluir que quando utilizadas as estratégias de comunicação e divulgação de informações adequadas, a compreensão e retenção da mesma era realizada de forma mais eficaz, facilitando a sua transmissão e retenção na memória. Na transmissão da informação, considerou-se pertinente, após um estudo inicial do contexto e particularidades de cada cliente, recorrer à utilização de uma linguagem clara e adaptada, adequando técnicas que facilitassem a memorização, como panfletos, imagens e projeções audiovisuais, utilizando um método expositivo e interativo, facilitadores de uma mensagem compreensível, possível de ser recordada, consistente no tempo, credível e personalizada.

Nesta linha de pensamento, este trabalho permitiu-nos o desenvolvimento de capacidades/competências no âmbito de um dos domínios fundamentais dos cuidados de enfermagem, a educação em saúde. Os enfermeiros têm um papel preponderante na informação das pessoas, e no que refere ao fenómeno de adesão, são responsáveis por informar acerca do que devem esperar da doença, do tratamento ou intervenções, corrigir as interpretações inadaptadas e dar as explicações necessárias no esclarecimento de dúvidas, tornando mais familiar e compreensível tudo o que lhes é estranho. É importante ainda referir que o desenvolvimento e investigação nesta área temática nos permitiu aprofundar estratégias, que nos serão úteis futuramente em contexto profissional, adaptadas às necessidades e características individuais dos clientes, com o objetivo máximo de melhorar os benefícios percebidos, diminuindo as barreiras ou dificuldades antecipadas pela pessoa para aderir, melhorando a autoeficácia e otimizando as influências pessoais e situacionais de modo a criar condições favoráveis à adesão.

8 BIBLIOGRAFIA

8.1 OBRAS CITADAS

ANTUNES, Hanna *et al* - Exercício físico e função cognitiva: uma revisão. *Rev Bras Med Esporte*. São Paulo. v. 12, n. 2, mar.-abr, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v12n2/v12n2a11.pdf>>. Acessado em 16 Maio de 2013.

AMADO, Nuno Maria Bleck da Silva. Sucesso no envelhecimento e histórias de vida em idosos sócio-culturalmente muito e pouco diferenciados. *Universidade Nova de Lisboa*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. 2008. Disponível em: <<http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/39/1/TES%20AMAD1%20%2018362.pdf>>. Acessado em 11 de Maio de 2013.

ALLEN, Jerilyn *et al*. Coach Trial: A randomized controlled trial of nurse practitioner/Community Health worker cardiovascular disease risk reduction in urban community health centers: Rationale and design. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. v. 32, Mai, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3070050/>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

AZEREDO, Zaida. *O Idoso Como um Todo*. 1 ed. Viseu. Psico & Soma- Livraria, Editora, Formação e Empresas, Lda, 2011. 144p.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Teoria fundamentada nos dados ou Grounded Theory e o uso na investigação em Enfermagem no Brasil. *Revista de Enfermagem Referência*. Portugal. v. 3, n. 3. 2011. Disponível em: <http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2227&pesquisa=>. Acessado em 14 de Maio de 2013.

BUTTERWORTH, Susan. Influencing Patient Adherence to Treatment Guidelines Supplement to Journal of Managed care Pharmacy. v. 14, julho, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18693785>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

CANCELA, Diana Manuela Gomes. O processo de envelhecimento. *Universidade Lusíada do Porto – Portal dos psicólogos*, 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

COELHO, Christianne de Faria; BURINI, Roberto Carlos. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. *Rev. Nutr.* v. 22, n. 6, nov.-dez, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000600015&script=sci_arttext>. Acessado em 20 de Maio de 2013.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). *Catálogo da Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE): Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Ordem dos Enfermeiros, 2008.

DIAS, António Madureira *et al.* Adesão ao Regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu: Millenium*. v.40. Disponível em: <URL: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>>. Acessado em 20 de Maio de 2013.

Direcção-Geral de Saúde (DGS). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *Ministério da Saúde*. v.13, 2004. Disponível em: <<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>.

Acessado em 16 de Maio de 2013.

FARIAS, Rosimeri Geremias; SANTOS, Sílvia Maria Azevedo. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. *Textos Contexto Enferm*, Florianópolis. v.21, Jan.-Mar, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a19v21n1.pdf>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. *Revista Científica Internacional*. v.1, n. 7, Jan.-Mar, 2012. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/interscienceplace/article/viewFile/382/268>>. Acessado em 13 de Maio de 2013.

FEIJÃO, Alexandra Rodrigues; LOPES, Marcos Venício de Oliveira; GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. Importância do Sistema Apoio- Educação do Modelo de Orem na adesão- estudo reflexivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Ago, 2009. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=587412&indexSearch=ID>>. Acessado em 8 de Maio de 2013.

FERREIRA, Olívia Galvão Lucena *et AL*. Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. jul.-Set, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n3/v21n3a04.pdf>>. Disponível em 14 de Maio de 2013.

FILHO, Carvalho; ALENCAR, Y.M.G. *Teoria do envelhecimento*. In: FILHO, E. T. CARVALHO, org. *Geriatrics: fundamentos, clínica, terapêutica*. São Paulo: Atheneu,1994.

FORTIN, Marie-Fabienne. *O processo de Investigação: da concepção à realização*. 3ª ed. Loures: Lusodidacta, 2003.

GADKARI, Abhijit; MCHORNEY, Colleen. Unintentional non- adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really?. *BMC Health Services Research*]. 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/98>>. Disponível em 8 de Maio de 2013.

GALVÃO, Cristina. O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Rev. Port. Clin. Geral*, Portugal. v, 22. n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php?journal=rpmgf&page=article&op=view&path%5B%5D=6078&path%5B%5D=5862>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

GRIFFITHS, R. *et al*. A nursing interventions for quality use of medicines by elderly community clients. *Int J Nurs Practice*. Ago, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15265227>>. Acessado em 17 de Maio de 2013.

HENRIQUES, Maria Adriana Pereira. Adesão terapêutica em idosos. Doutorado em enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*. Mai, 2006. Disponível em: <<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>>. Acessado em 11 de Maio de 2013.

HENRIQUES, Maria Adriana Pereira. *Adesão ao regime terapêutico em idosos*. Universidade de Lisboa. Mai, 2006. Disponível em: <<http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174305.PDF>>. Acessado em 17 de Maio de 2013.

HENRIQUES, Maria Adriana Pereira. Adesão regime medicamentosos em idosos na comunidade- Eficácia das intervenções de enfermagem. *Universidade de Lisboa*. 2011. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3801/1/ulsd060959_td_MAdriana_Henriques.pdf>.

Acessado em 17 de Maio de 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE). Estimativas de população residente, Portugal, NUTS II, NUTS III e municípios. *Statistics Portugal*, Portugal. 2011. Disponível em: <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_main>. Acessado em 9 de Maio de 2013.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia Garabeli Cavalli; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Qualidade de vida – aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR*. Jan.- Jun, 2007. Disponível em: <<http://web01.unicentro.br/revistas/index.php/salus/article/viewFile/663/775>>. Acessado em 16 de Maio de 2013.

KUZNIER, Tatiane Prette. O significado do envelhecimento e do cuidado para o idoso hospitalizado e as possibilidades do cuidado de si. Dissertação de mestrado. *Universidade Federal do Paraná*. 2007. Disponível em: <<http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oTatianeKuznier.PDF>>. Acessado em 14 de Maio de 2013.

LINCK, Caroline de Leon *et al.* Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. *Acta Paul Enfermagem*. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n2/pt_a14v21n2.pdf>. Acessado em 11 de Maio de 2013.

MACHADO, Maria Manuela Pereira. Adesão ao Regime Terapêutico - Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. *Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia*. Mar, 2009. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9372/1/Tese%20de%20Mestrado%20-%20Ades%C3%A3o%20ao%20Regime%20Terap%C3%AAutico%20-%20Representa%C3%A7%C3%B5es%20das%20pessoas%20com%20IRC%20sobre%20o%20cont.pdf>>. Acessado em 9 de Maio de 2013.

MACLAUGHIN, E.J. *et al.* Assessing medication adherence in the elderly. Which tools to use in clinical practice?. *Drug Aging*. v. 22, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15813656>>. Acessado em 11 de Maio de 2013.

MALDANER, Cláudia Regina *et al.* Fatores que influenciam a adesão ao tratamento na doença crônica: o doente em terapia hemodialítica. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre*. v, 29, n, 4, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7638>>. Acessado em 19 de Maio de 2013.

MANTOVANI, Maria de Fátima *et al.* As representações dos usuários sobre a doença crônica e a prática educativa. *Rev Gaúcha Enferm*. Dez, 2011. Disponível em: <<http://rdpc.uevora.pt/handle/10174/3453>>. Acessado em 19 de Maio de 2013.

MANTOVANI, Maria de Fátima *et al.* Dificuldades no tratamento de doença crônica: Relato de experiência de atividade de extensão. *Ciência Cuid Saúde*. v, 10, Jan.-Mar, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/10842/pdf>>. Acessado em 11 Mai. 2013].

MARQUES, Marta; GOUVEIA, Maria João; LEAL, Isabel. Actividade Física, Saúde e Qualidade de Vida. *Instituto Superior de Psicologia Aplicada*. (s.d). Disponível em: <<http://www.aspea.org/XIV%20J%20%20actividade%20fisica%20qualidade%20vida.pdf>>. Acessado em 16 de Maio de 2013.

MARQUES, Sibila. *Discriminação da terceira idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2011.

MATSUDO, V.K.R *et al.* Dislipidemias e a promoção da atividade física: uma revisão na perspectiva de mensagens de inclusão. *Editora Universa. Rev. Bras. Ci e Mov*. 2005. Disponível em: <<http://xa.yimg.com/kq/groups/22510481/431987711/name/Dislipidemias+x+AFisica.pdf>>.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn. *Bases Teóricas para Enfermagem – Introdução às Teorias da Enfermagem de Médio Alcance*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MELEIS, Afaf Ibrahim; DEAN, Margaret Bond Simon. *Theoretical Nursing- Development and Progress*. 5 ed. University of Pennsylvania. Philadelphia, Pennsylvania. Wolters Kluwer Health.

MENDES, Lanuza Celes; SOUSA, Vanessa Emille Carvalho; LOPES, Marcos Venícios de Oliveita. Acurácia das características definidoras do diagnóstico controle familiar ineficaz do regime terapêutico. *Acta Paul Enfermagem*. v. 24, 2011. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&langp&nextAction=lnk&exprSearch=585924&indexSearch=D>>. Acessado em 11 de Mai de 2013.

MOTA, Jorge *et al.* Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em programas regulares de atividade física em idosos participantes e não participantes. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*: São Paulo. v. 20, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://www.portalsaudebrasil.com/artigospsb/idoso084.pdf>>. Acessado em 14 de Maio de 2013.

MUNARI, Denize Bouttelet; LUCCHESI, Roselma; MEDREIROS, Marcelo. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. *Clenc Cuid Saude*. v, 8, 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9742>>. Acessado em 14 de Maio de 2013.

NOVAIS, Eulália *et al.* O Saber da Pessoa com Doença Crônica no Auto-Cuidado. *Rev HCPA*. v. 29, n. 1. 2009. Disponível em: <[PINHEIRO, Marília Borges Gontijo. Dificuldade de adesão do idoso ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial. *Campos Gerais. Universidade Federal de Minas Gerais*. 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2326.pdf>>. Acessado em 14 de Maio de 2013.](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fseer.ufrgs.br%2Fhcpa%2Farticle%2Fdownload%2F7376%2F4964&ei=soXEUZ7ZBsZB7Ab-5YHoDA&usg=AFQjCNGuW7Exo4OWSi3TV3ve-h8WJHAUaA&sig2=Mw7J-d34Lij-5Q07VFBSzA&bvm=bv.48293060,d.d2k.>. Acessado em 14 de Maio de 2013.</p>
</div>
<div data-bbox=)

QUADRADO, Alessandra; RUDNICKI, Tânia. Adesão terapêutica e a doença crônica não transmissível. *Rev. SBPH*. v. 12, n. 2, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582009000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 11 de Maio de 2013.

RIBEIRO, Luciana Helena Martins; NERI Anita Liberalesso. Exercícios físicos, força muscular e atividades de vida diária em mulheres idosas. *Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas*. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n8/27.pdf>>. Acessado em 11 de Maio de 2013.

RIBEIRO, Priscila Cristina Correa *et al* Variabilidade no Envelhecimento ativo segundo género, idade e saúde. *Psicologia em Estudo*, Maringá. v, 14. n, 3, Jul.- Set, 2009. Disponível em: <URL: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n3/v14n3a11.pdf>>. Acessado em 14 de Maio de 2013.

ROSA, Maria João Valente; CHITAS, Paulo. *Portugal: os Números*. 2 ed. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. 2010, 106 p.

SANTOS, Silvia *et al*. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. v, 21. n, 4. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n4/a18v21n4.pdf>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

SEONGKUM, Heo *et al*. Heart failure patient's perceptions on nutrition and dietary adherence. *Eur J Cardiovasc Nurs*. v, 8. n, 5, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19589729>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

SILVA, Rodrigo Sinnott *et al*. Atividade física e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. v, 15. n, 1, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a17v15n1.pdf>>. Acessado em 16 de Maio de 2013.

SOUSA, Maria Rui; PEIXOTO, Maria José; MARTINS, Teresa. Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista Referência: Portugal*. v, 2. n, 8, 2008. Disponível em: <http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2121&pesquisa=>>. Acessado em 11 de Maio de 2013.

SOUSA, Valmi D; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Rev. Latino-am Enfermagem*: São Paulo. v, 15. n, 3, Mai.-Jun, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf>. Acessado em 5 de Abril de 2013.

TEIXEIRA, Ika Nicéia D'Aquino Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Envelhecimento bem-sucedido uma meta no curso da vida. *Psicol. USP*: São Paulo. v, 19. n, 1, Jan.-Mar, 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v19n1/v19n1a10.pdf>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

TEIXEIRA, Mirna Barros. Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, *Escola Nacional de Saúde Pública*. 2002. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00003401&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 13 de Maio de 2013.

VECCHIA, Roberta Dalla *et al.* Qualidade de vida na terceira idade. *Rev Bras Epidemiol*. v, 8. n, 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v8n3/06.pdf>>. Acessado em 13 de Maio de 2013.

VERAS, Renato Peixoto. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para o idoso. *Universidade Aberta da Terceira Idade, Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro. v, 17. n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63020622029>>. Acessado em 15 de Maio de 2013.

World Health Organization (WHO). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva. 2003. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>>. Acessado em 13 de Maio de 2013.

WILLIAMS, Allison; MANIAS, Elizabeth; WALKER, Rowan. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. v, 63. n, 2. Jul, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18537843>>. Acessado em 11 de Maio de 2013.

8.2 OBRAS CONSULTADAS

ABREU, Estela dos Santos; TEIXEIRA, José Carlos Abreu. *Apresentação de trabalhos monográficos de conclusão de curso*. 9 ed. Niterói: editora da Universidade Federal Fluminense, 2007.

9 APÊNDICE

9.1 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Dados de identificação

Título do estudo:

Pesquisador responsável: Willian Alves dos Santos; Liliana Filipa Godinho Batista Fernandes; Ana Rita Santos Piteira

Pesquisador orientador: Profa Dra Patrícia dos Santos Claro Fuly.

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense.

Telefones para contato: (21) 8214-5692

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos

RG/CU: _____

O (A) Sr. (ª) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa “ENVELHECIMENTO VS ADESÃO TERAPÊUTICA: UM FOCO DE ATENÇÃO EM ENFERMAGEM.” desenvolvido sob a responsabilidade dos pesquisador Willian Alves dos Santos, Liliana Filipa Godinho Batista Fernandes e Ana Rita Santos Piteira e pesquisadores orientadores Patrícia dos Santos Claro Fuly e Alberto José Barata Gonçalves Cavaleiro. Essa pesquisa tem por objetivos: aplicar instrumento de avaliação de Risco de Não Adesão Terapêutica; identificar as necessidades/problemas da população relativo à adesão terapêutica; descrever os fatores que dificultem a adesão na população idosa atendida na Junta de Freguesia de S. Martinho de Árvore; implementar estratégias educativas que favoreçam a adesão terapêutica segura e eficaz; promover a permanência do idoso no seu ambiente, incentivando a autonomia e qualidade de vida na área da adesão terapêutica. Caso necessite, poderão ser marcados

encontros para respostas ou esclarecimentos de qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros, relacionados à pesquisa. Os resultados da pesquisa serão tornados públicos em trabalhos e/ ou revistas científicas. A retirada do consentimento e permissão de realização do estudo pode ser feita a qualquer momento, sem que isso traga prejuízos. Será mantido o caráter confidencial de todos os dados de identificação e informações relacionadas à privacidade do paciente. Este documento será elaborado em duas vias, sendo uma retida pelo representante legal do sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Eu, _____, declaro ter sido informado e concordo com a sua participação, como voluntário, no projeto de pesquisa acima descrito.

Assinatura do voluntário

Testemunha

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes deste estudo ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo paciente.

Willian Alves dos Santos/Liliana Filipa Godinho Batista Fernandes/ Ana Rita Santos Piteira

(Responsável por obter o consentimento)

Niterói, ____ de _____ de 201_.

10 ANEXO

10.1 INSTRUMENTO “AVALIAÇÃO DO RISCO DA NÃO- ADESÃO AO TRATAMENTO”

Data:

Nome do cliente:

Data da próxima avaliação:

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
FÍSICA	
<input type="checkbox"/> Intolerância à actividade	Tem algum problema que afecte a sua capacidade de fazer actividade necessária para levar a cabo o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Cognição, comprometida	Há algo que o impeça de tomar o seu medicamento ou seguir o seu regime de tratamento? Tem dificuldade em se concentrar? Esquece-se onde está e do que está a fazer? Tem, dificuldade em compreender ou seguir as instruções de tratamento? Alguma vez pensa que os outros estão a tentar a magoá-lo ou a tentar controlar a sua mente?
<input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação	Sente efeitos secundários devido à medicação, que não desaparecem? Estes efeitos secundários fazem com que queira parar de tomar a sua medicação?
<input type="checkbox"/> Memória, comprometida	Tem dificuldade em lembrar-se das coisas (tomar a medicação, seguir a dieta, ir às consultas?)
<input type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético	Há alguma coisa que o impeça de (abrir os frascos de medicamentos, tirar os medicamentos, administrar insulina, verificar a glicemia)?
<input type="checkbox"/> Dor	Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Percepção, comprometida	Ouve vozes que as outras pessoas não ouvem? As vozes interferem de alguma forma com o facto de tornar a medicação ou seguir o tratamento?
<input type="checkbox"/> Défice sensorial	Tem dificuldades de (visão, audição, paladar, toque ou olfacto) que interfiram com o facto de tomar a medicação (ou seguir o exercício ou a dieta)?

MENTAL E COMPORTAMENTAL	
<input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime	Consegue seguir a dieta, exercício ou regime de medicação prescrito pelo seu profissional de saúde? Se não, o que interfere com a sua capacidade de gerir o regime prescrito?
<input type="checkbox"/> Abuso de álcool, abuso de drogas, abuso de tabaco	Toma álcool, drogas ou tabaco para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?
<input type="checkbox"/> Ansiedade	É costume sentir-se tão tenso ou tão nervoso que não consegue tomar medicação, tomar decisões ou comparecer às consultas marcadas?
<input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo	O seu profissional de saúde prescreveu mais de cinco medicamentos diferentes? O seu profissional de saúde prescreveu-lhe mais de duas tomas de medicação por dia?
<input type="checkbox"/> Negação	Concorda com o diagnóstico que o médico fez em relação à sua doença? Acha que sua doença é grave?
<input type="checkbox"/> Fadiga	É costume sentir-se demasiado cansado para (tomar a medicação, obter mais medicação, comparecer às consultas, fazer exercício ou preparar as suas refeições?
<input type="checkbox"/> Medo	Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou ao tratamento? Tem medo de ficar dependente da medicação?
<input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito	O que acha que o ajuda mais com (mencionar os sintomas)? Acha que a (medicação, dieta, terapêutica) o ajuda com os sintomas da sua doença? Há outros remédios que tenha tomado e que ache que são mais eficazes que o tratamento prescrito pelo seu prestador de cuidados?
<input type="checkbox"/> Falta de esperança	Sente-se subjugado pela sua doença e pelo tratamento? Acha que é possível gerir a sua situação? Apetece-lhe desistir?
<input type="checkbox"/> Analfabetismo	Sabe ler? Tem dificuldade em ler instruções ou as informações que lhe são dadas pelos prestadores de cuidados de saúde?
<input type="checkbox"/> Défice de conhecimentos	Sabe qual é o seu diagnóstico? Que tipo de coisas acontecem quando começa a ficar doente? Sabe os nomes dos seus

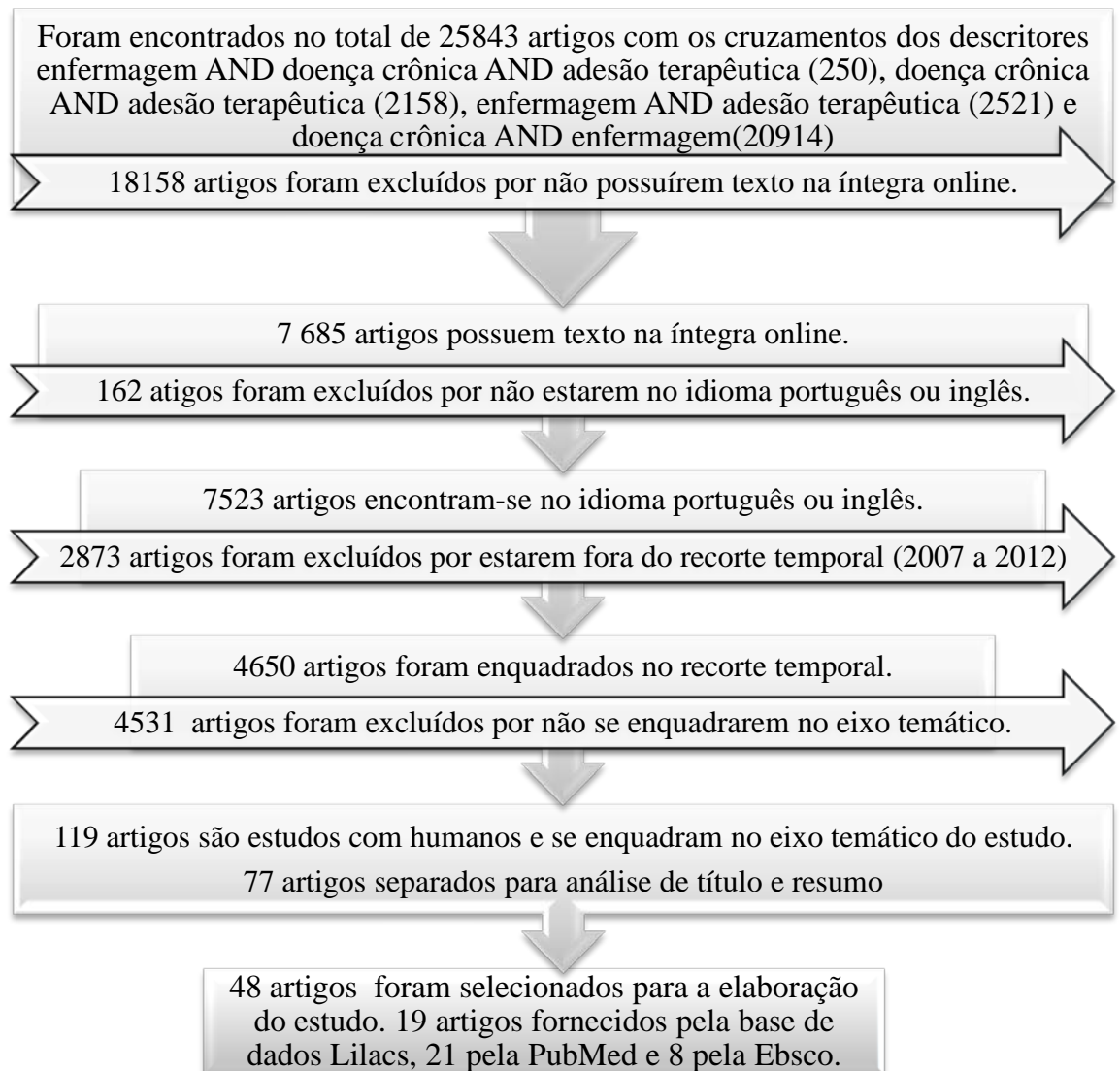
	medicamentos e quando tem de os tomar? Quais os tratamentos que o seu médico receitou (medicamentos, fisioterapia, terapia ocupacional)? Segue o seu plano de tratamento (medicação, exercício, dieta) mesmo quando não se sente doente?
<input type="checkbox"/> Não-adesão	Parou de (tomar a medicação, ir às consultas marcadas, seguir a dieta, seguir o regime de exercício) sem falar com o seu profissional de saúde no último ano? Alguma vez toma mais/menos que a dose prescrita da sua medicação?
<input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de	Tem sintomas da sua doença mesmo quando segue o programa de tratamento?
<input type="checkbox"/> Auto-eficácia, baixo	Acha que outras pessoas determinam se está saudável ou doente? Acha que só fica doente por acaso?
<input type="checkbox"/> Auto-imagem, baixa auto-estima, baixa	Tomar a medicação(seguir o seu regime de tratamento) afecta a forma como se sente acerca de si próprio ou a forma como actua?
<input type="checkbox"/> Ideação suicida	Tem pensamentos suicidas que o fazem desistir do tratamento?
<input type="checkbox"/> Suspeita	Confia naquilo que o seu profissional de saúde lhe diz? Acha que o seu (profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta) pode fazer algo para o prejudicar?
<input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento	Há quanto tempo precisa de tratamento para a sua doença? Por quanto tempo pensa que irá necessitar de tratamento? Ficou satisfeito com o tratamento que recebeu para a sua doença no passado? Porquê / por que não?
Sócio-cultural e ambiental	
<input type="checkbox"/> Capacidade para se ajustar (adequação)	De que forma é que o seguimento do seu plano de tratamento (tomar a medicação, seguir uma dieta, fazer exercício, ir às consultas) se enquadra no seu estilo de vida?
<input type="checkbox"/> Crime	Há problemas de segurança na sua casa ou na sua vizinhança que fazem com que seja difícil seguir o seu regime de

	tratamento?
<input type="checkbox"/> Crenças culturais	Qual o grupo cultural ou étnico a que pertence? De que forma é que este grupo encara a sua doença e o tratamento?
<input type="checkbox"/> Família disfuncional	A sua família (ou entes queridos) interfere ou impede-o de tomar os seus medicamentos ou de seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Atitude da família, em conflito	O que é que a sua família (ou entes queridos) acha do seu diagnóstico? O que é que acha do tratamento que lhe foi prescrito?
<input type="checkbox"/> Rendimento, inadequado	Quanto custa o seu tratamento? De que forma é que se enquadra no seu orçamento? O seu profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta aceita a sua forma de pagamento?
<input type="checkbox"/> Apoio social, ausência de	Têm pessoas/ grupos significativos na sua vida, que o apoiem e estejam disponíveis para si? Tem algum apoio da comunidade?
<input type="checkbox"/> Estigma	Mantém a sua doença e/ ou tratamento em segredo? Preocupa-o que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença ou do tratamento?
<input type="checkbox"/> Transporte, ausência de	Tem problemas com o transporte que o impeçam de (ir buscar os medicamentos, chegar às consultas com o prestador de cuidados, ir às compras?)
<input type="checkbox"/> Confiança no profissional de saúde, ausência de e confiança, baixa	Acha que o seu profissional de saúde compreende os seus sentimentos ou crenças acerca da sua doença e do seu tratamento?
ESPIRITUAL	
<input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, actividade, família, comunidade)	As suas crenças e/ ou práticas religiosas entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Crenças espirituais, conflito (medicação, dieta, actividade,	As suas crenças e / ou práticas espirituais entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?

família)	
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	A sua doença ou regime de tratamento desafiam as suas crenças espirituais e / ou religiosas ou a sua capacidade de encontrar esperança e significado na vida?

Fonte: CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). **Catálogo da Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE): Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento.** Ordem dos Enfermeiros, 2008.

10.2 FLUXOGRAMA DE INVESTIGAÇÃO EM BASE DE DADOS



10.3 PLANIFICAÇÃO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

Objetivos	Recursos Necessários	Metodologias	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar atenção na atividade; - Compreender a atividade; - Realizar os exercícios propostos; - Obter ganhos a nível da coordenação de movimentos, força muscular e motricidade grossa; - Desenvolver o processo de interação social; 	<p style="text-align: center;">Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cadeiras; - Garrafas de água (com areia) - Cordas; - Bola; - Vassouras. - Rádio - Chapéus- de- Chuva (alternativa) <p style="text-align: center;">Estruturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espaço da Junta de Freguesia São Martinho de Árvore. 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar aos utentes a atividade a realizar, avaliando a sua compreensão e esclarecendo eventuais dúvidas: <p>Exercício inicial com uma bola</p> <ul style="list-style-type: none"> - Os utentes passam a bola entre eles e referem o seu nome, idade e o local onde vivem (ex. “Bom dia, sou o Sr. Manuel, tenho 79 anos e vivo em São Martinho de Árvore”); <p>Exercício com as vassouras</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espera-se que cada utente traga uma vassoura para a realização do exercício. - Como método alternativo à realização do exercício com a utilização das vassouras iremos utilizar chapéu de chuva - Realizar múltiplos exercícios de coordenação e amplitude dos movimentos, força muscular e motricidade grossa. <p>Exercício com pesos (1kg)</p> <ul style="list-style-type: none"> - É distribuída uma garrafa por cada utente. - Realizar múltiplos exercícios de coordenação e 	<ul style="list-style-type: none"> - Foco de atenção: Atividade? Estímulos externos? - Compreensão da atividade: Sim? Não? - Realizar o exercício com bola: Sim? Não? - Realizar o exercício com vassoura: Sim? Não? - Realizar o exercício com garrafas de água: Sim? Não? - Realizar o exercício com cordas: Sim? Não? - Desenvolver a coordenação de movimentos: Sem dificuldade? Pouca dificuldade? Muita dificuldade? - Desenvolver a força muscular: Sem dificuldade? Pouca dificuldade? Muita dificuldade? - Desenvolver a motricidade grossa:

		<p>amplitude dos movimentos, força muscular e motricidade grossa.</p> <p>Exercício com cordas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Serão distribuídas cordas para a realização do exercício. - Realizar múltiplos exercícios de coordenação e amplitude dos movimentos, força muscular e motricidade grossa. <p>- Pedir aos utentes que se disponham em roda para iniciar a atividade. A disposição é aleatória, a única preocupação é garantir a existência de espaço suficiente para movimentação adequada de todos;</p> <p>- Distribuir por cada participante os materiais a utilizar: duas garrafas de água, uma corda e uma vassoura.</p> <p>- Ligar o rádio permitindo um ambiente mais animado e mais motivador para os participantes;</p> <p>- Iniciar a atividade pelo exercício com bola – a atividade terá uma duração máxima de 10 minutos.</p> <p>- De seguida iniciar o exercício com as vassouras – a atividade terá uma duração máxima de 15 minutos, cada sequência é realizado segundo 2 séries de 10 repetições cada;</p> <p>- O exercício seguinte é o exercício com garrafas de água - a atividade terá uma duração máxima de 15 minutos, cada sequência é realizado segundo 2 séries de 10 repetições cada;</p> <p>- O exercício final é o exercício com cordas - a atividade terá</p>	<p>Sem dificuldade? Pouca dificuldade? Muita dificuldade?</p> <p>- Interação com outros participantes: Espontaneamente? Quando solicitado? Não interage?</p>
--	--	---	--

		<p>uma duração máxima de 15 minutos, cada sequência é realizado segundo 2 séries de 10 repetições cada;</p> <p>- No final da atividade propõem-se 5 minutos finais de discussão onde os participantes podem apresentar as suas críticas, elogios e sugestões.</p>	
--	--	---	--

Objetivos	Recursos Necessários	Metodologias	Indicadores de avaliação
<ul style="list-style-type: none"> -Demonstrar atenção na atividade; - Compreender a atividade; - Compreender a importância da adesão ao esquema terapêutico farmacológico; - Identificar riscos associados à não adesão ao esquema terapêutico farmacológico; - Identificar estratégias que facilitem a adesão ao esquema terapêutico farmacológico; 	<p style="text-align: center;">Materiais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Computador - Projetor - Power Point - Questionário de validação de conhecimentos - Instrumento facilitador da adesão a distribuir pelos participantes <p style="text-align: center;">Estruturais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espaço da Junta de Freguesia São Martinho de Árvore. 	<ul style="list-style-type: none"> - Informar os utentes relativamente ao local e hora da atividade (afixar previamente um cartaz informativo); - Incentivar os utentes e respetivos cuidadores informais a participar na SES; - Reunir os interessados no local selecionado; - Realizar apresentação oral recorrendo a método expositivo: PowerPoint e método interativo abordando a temática adesão à terapêutica farmacológica; - Apresentar estratégias facilitadoras de adesão à terapêutica medicamentosa recorrendo a um instrumento (calendário) elaborado pelos estudantes de enfermagem; - Distribuir por todos os participantes o instrumento supracitado; - Aplicar um questionário de avaliação anteriormente e posteriormente à sessão (7 perguntas), auxiliando os utentes que não sabem ler/escrever; - Ao longo da sessão irão sendo colocadas questões aos participantes a fim de validar conhecimentos prévios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Foco de atenção: Atividade? Estímulos externos? - Compreensão da atividade: Sim? Não? - Compreensão da importância da adesão ao esquema terapêutico: Sim? Não? - Identificar riscos associados à não-adesão: Nenhum? Um? Mais que um? - Identificar estratégias que facilitem a adesão: Nenhuma? Uma? Mais que uma?

10.4 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO**Cliente:** _____ **Idade:** ____**Sexo:** () Masculino () Feminino**Localidade:** _____**Estado civil:**

- () Solteiro
- () Casado
- () Separado/Divorciado
- () Viúvo

Habilitações literárias:

- () Analfabeto
- () Não analfabeto

Situação laboral:

- () Empregado
- () Desempregado
- () Aposentado

Histórica clínica:**Regime terapêutico medicamentoso:****Obs:****Parâmetros vitais:****Obs:**

