



*Universidade Nova de Lisboa*  
*Escola Nacional de Saúde Pública*

***Adesão à Terapêutica Medicamentosa em doentes com  
Diabetes Mellitus Tipo 2: um estudo no ACES Almada e  
Seixal***

**Ariana Correia Martins**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre  
VIII Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

**Trabalho efetuado sob a orientação de:**

Professora Doutora Ana Escoval

Coorientação

Dra. Ana Rita Pedro

2014

## **Dedicatória**

*Deus,*

*Meu eterno amigo & amado da minha alma,*

*Quão insondáveis são os teus pensamentos e os teus caminhos para aqueles que creem e confiam em Ti! Quão maravilhoso privilégio é ser tua filha e amiga!*

*Podéria dizer-te mil e uma palavras de agradecimento, e ainda assim não chegariam para demonstrar o tamanho amor, cuidado, alegria e paz que me tens dado.*

*Não foi nada fácil chegar até aqui, muitas lutas traçaram este caminho, mas sei que sem a tua ajuda e graça isto não teria sido possível. Mais do que uma tese, neste percurso, Tu me ensinaste o que é depender verdadeiramente de Ti, a crer no impossível, a descansar em Ti e a viver uma vida sobrenatural.*

*Agora que olho para trás, vejo como estiveste sempre ao meu lado, a fortalecer-me nos momentos de fraqueza, a amar-me nos momentos de tristeza, a dar-me paz quando sentia aflição e a colocar as pessoas certas na minha vida. Realmente, Tu és o melhor que me aconteceu!*

*Eternamente grata!*

*Porque por Ti e para Ti são todas as coisas,*

*Dedico-te esta Tese!*

## **Agradecimentos**

A Deus, o autor e consumidor desta tese! Obrigada pelo teu amor!

**Em especial** à minha amiga querida, Abigail Barreto Lima de Araújo por todo o amor, dedicação, ensinamentos, orações e muito mais. Obrigada porque estiveste comigo desde o início até ao fim. Que Deus te abençoe ricamente!

Á minha família porque, nunca desistiu de mim e me suportou em amor.  
Amo-vos para sempre!

A todos os meus amigos e amigas que oraram por mim, que me acompanharam neste percurso e que me deram força e alegria para continuar. Obrigada!

Á minha ilustre Professora Doutora Ana Escoval pelo seu esforço, dedicação, críticas construtivas e por me ajudar a encontrar o “fio”. Que Deus lhe recompense!

Á Dr.<sup>a</sup> Ana Rita Pedro por todo o acompanhamento, correções e auxílio no decorrer desta tese. Obrigada!

Á Professora Carla Nunes por todo o auxílio no tratamento de dados.

Á Dr.<sup>a</sup> Isabel Andrade pelas correções bibliográficas.

Ao Agrupamento de Centros de Saúde Almada e Seixal por me encorajar a realizar este estudo e a todas as Unidades de Saúde por me receberem de bom grado.

A todos as pessoas que aceitaram participar deste estudo. Obrigada!

Obrigada a todos, porque com cada um de vós cresci e aprendi mais um pouco!



## **Resumo**

A (não) adesão à terapêutica é um problema mundial que, para além de afetar diretamente a saúde dos indivíduos, afeta também os recursos económicos e sociais. Apesar da importância em aderir à terapêutica, largamente fundamentada na evidência científica, facto é que, em muitos casos, os doentes não o fazem. Assim, estudar as questões relacionadas com a adesão tem vindo a ganhar cada vez mais relevância e atualmente constitui um desafio para os sistemas de saúde, pois os mecanismos envolvidos no comportamento de adesão dos indivíduos são complexos.

Deste modo, com este estudo pretendeu-se caracterizar uma amostra de indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2 e relacionar o seu nível de adesão à terapêutica medicamentosa com os fatores de não adesão.

Este estudo foi desenvolvido no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada e Seixal e nele participaram 151 diabéticos tipo 2. Para a recolha de dados utilizou-se o Questionário de Identificação de Fatores de Não Adesão adaptado de Cabral e Silva (2010) e a Medida de Adesão aos Tratamentos de Delgado e Lima (2001).

Os resultados mostraram um perfil de participantes maioritariamente idosos, reformados, do género feminino, casados, com o ensino primário completo, rendimento mensal entre 301-1000 euros e tendencialmente aderentes à terapêutica medicamentosa. O (i) esquecimento, o (ii) preço da medicação, o (iii) número elevado de medicamentos para tomar de uma vez só, não perceber bem o que deve tomar e como e (v) adormecer antes da toma foram os fatores de não adesão relatados com mais frequência. Foram encontradas relações significativas entre o nível de adesão e o esquecimento, o preço da medicação o número elevado de medicamentos para tomar de uma vez só e adormecer antes da toma. Não encontramos relações significativas entre o nível de adesão e os dados sociodemográficos, os fatores terapêuticos e o fator de não adesão “não perceber bem o que deve tomar e como”.

No presente estudo são discutidos os resultados obtidos, consideradas algumas limitações e efetuadas propostas de investigações futuras.

**Palavras-chave:** adesão à terapêutica medicamentosa; fatores de não adesão; nível de adesão; diabetes *mellitus* tipo 2.

## **Abstract**

The (non)adherence to treatment is a global problem, in addition to directly affect the health of individuals, also affects the economic and social resources. Despite the importance of adherence to treatment, based in scientific evidence, the fact is that in many cases patients do not adhere. Thus, studying the issues related to accession has been gaining more and more importance since and currently represents a challenge for health systems because, the mechanisms involved in adherence behavior of individuals are complex.

Thus, this study was intended to characterize a sample of individuals with diabetes mellitus type 2 and relate their level of adherence to drug therapy with the factors of nonadherence.

This study was conducted at Health Units (ACES) of Almada and Seixal and it took 151 type 2 diabetics. For data collection we used the Questionnaire for Identifying Factors Not Accession adapted Cabral and Silva (2010) and Measure Adherence to Treatment Delgado and Lima (2001).

The results showed a profile of participants mostly elderly, retired, female gender, married, with complete primary education, monthly income between 301-1000 euros and adherent to drug therapy. The (i) forgetting, (ii) the price of the medication, (iii) the large number of medicines to take at once, not realizing quite what to take and how and (iv) fall asleep before dosing were factors of nonadherence reported more frequently. As regards relations, we found significant relationships between the level of adherence and forgetting, the price of the medication the large number of medicines to take at once and fall asleep before dosing. We did not find significant relationships between the level of adherence and sociodemographic data, therapeutic factors and the factor of nonadherence “did not realize quite what to take and how”.

Results are discussed, limitations of the study are considered and proposals for future research are made.

**Keywords:** adherence to drug therapy; factors of nonadherence; adherence level; type 2 diabetes *mellitus*.

## Índice

1.	Introdução .....	1
2.	Enquadramento Teórico .....	4
2.1	Serviço Nacional de Saúde em Portugal .....	4
2.1.1	Despesas com Saúde em Portugal .....	7
2.1.2	Despesas com medicamentos em Portugal .....	9
2.2	Adesão à Terapêutica .....	12
2.2.1	Avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa .....	13
2.2.2	Fatores de Adesão .....	15
2.2.3	Consequências da Não Adesão .....	18
2.2.4	Modelos de Mudança Comportamental Explicativos da Adesão .....	19
2.3	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2 .....	21
2.3.1	Despesas da Diabetes em Portugal .....	24
2.3.2	Adesão à terapêutica medicamentosa na DM2 .....	25
3.	Metodologia .....	26
3.1	Objetivos .....	26
3.2	Tipo de Estudo .....	27
3.3	População de Estudo e Amostra .....	27
3.4	Variáveis .....	28
3.5	Critérios de Inclusão e Exclusão .....	29
3.6	Instrumentos .....	30
3.7	Pré-Teste .....	32
3.8	Procedimento na recolha de dados .....	33
3.9	Aspetos Éticos .....	33
3.10	Tratamento Estatístico .....	34
4	Apresentação dos Resultados .....	35
4.1	Análise Descritiva .....	35
4.1.1	Caracterização da Amostra .....	35
4.1.2	Nível de Adesão .....	38

4.1.3	Fatores de não adesão mais frequentes na amostra .....	39
4.2	Análise Inferencial .....	41
4.2.1	Relação entre o Nível de Adesão e os Fatores de Não Adesão .....	41
5	Discussão .....	47
6	Conclusões .....	53
7	Referências Bibliográficas .....	55
8.	Anexos .....	65

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1.1</b> População de Estudo e Amostra.....	28
<b>Tabela 1.2</b> Caracterização Sociodemográfica da Amostra.....	35
<b>Tabela 1.3</b> Número de medicamentos diferentes que toma por dia.....	38
<b>Tabela 1.4</b> Fatores de não adesão mais frequentes na amostra.....	40
<b>Tabela 1.5</b> Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator esquecimento (N=151).....	41
<b>Tabela 1.6</b> Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator preço da medicação (N=151).....	42
<b>Tabela 1.7</b> Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembrar de tomar todos) (N=151).....	43
<b>Tabela 1.8</b> Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator não perceber bem o que deve tomar e como (N=151).....	43
<b>Tabela 1.9</b> Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator adormecer antes de tomar a medicação (N=151).....	44
<b>Tabela 1.10</b> Teste do coeficiente de correlação de <i>Pearson</i> entre o nível de adesão e os fatores referentes à terapêutica (N=151).....	45
<b>Tabela 1.11</b> Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator ter médico de família (N=151).....	45
<b>Tabela 1.12</b> Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o tipo de unidade de saúde (N=151).....	45
<b>Tabela 1.13</b> Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e os fatores sociodemográficos (N=151).....	46

## **Índice de Figuras**

<b>Fig. 1</b> Despesas do Estado em saúde em %PIB .....	7
<b>Fig. 2</b> Despesas do Estado em saúde <i>per capita</i> .....	8
<b>Fig. 3</b> Despesas com Medicamentos em Portugal (em milhões de euros) .....	9
<b>Fig. 4</b> Peso das despesas do SNS com medicamentos em % do PIB.....	10
<b>Fig. 5</b> Despesas da Diabetes (em milhões de euros) .....	24
<b>Fig. 6</b> Estado Civil .....	36
<b>Fig. 7</b> Habilitações Literárias .....	36
<b>Fig. 8</b> Rendimento Familiar .....	37
<b>Fig. 9</b> Duração da Doença .....	37
<b>Fig. 10</b> Nível de Adesão aos Tratamentos .....	39

## **Siglas e Abreviaturas**

<b>ACES</b>	Agrupamentos de Centros de Saúde
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>Cit.</b>	Citado
<b>DDD</b>	Dose Diária Definida
<b>DM2</b>	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo 2
<b>Dp</b>	Desvio-padrão
<b>e.g.</b>	Por exemplo
<b>ERS</b>	Entidade Reguladora da Saúde
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>INFARMED</b>	Autoridade Nacional do Medicamento
<b>M</b>	Média
<b>MAT</b>	Medida de Adesão aos Tratamentos
<b>MdE</b>	Memorando de Entendimento com a <i>Troika</i>
<b>OE</b>	Orçamento de Estado
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto
<b>p</b>	Significância Estatística
<b>r</b>	Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>
<b>SNS</b>	Serviço Nacional de Saúde
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>UCC</b>	Unidade de Cuidados na Comunidade
<b>UCSP</b>	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
<b>USF</b>	Unidade de Saúde Familiar
<b>USP</b>	Unidade de Saúde Pública
<b>URAP</b>	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
<b>WHO</b>	<i>World Health Organization</i>

## 1. Introdução

Nos últimos 40 anos registaram-se progressos notórios na saúde dos portugueses com a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendencialmente gratuito, universal e geral. Desde a sua criação verificou-se um aumento da qualidade de vida dos cidadãos, decorrente da construção de infraestruturas para a prestação de cuidados de saúde. Estas possibilitaram universalidade no seu acesso, contribuindo para uma melhoria dos indicadores de saúde (Campos, 2008; Ribeiro, 2009).

Todavia o aumento das despesas com a saúde é comum a todos os países que visam promover o bem-estar social e o aumento da qualidade e esperança média de vida (Campos & Simões, 2011). Assim, concomitantemente a estas transformações verificou-se um aumento das despesas do Estado português com a saúde. De facto, desde 2002, a despesa pública com a saúde tem vindo a crescer e representa um peso importante, traduzindo-se em 5,2% do PIB no ano de 2013. Do mesmo modo, entre 1990-2010, registou-se um aumento nas despesas do SNS com medicamentos na ordem de 1.334,8 milhões de euros. Em 2013 a despesa do SNS com medicamentos foi de 1.160,22 milhões de euros (Portugal. Pordata, 2013).

Tendo em conta que o Orçamento de Estado (OE) é limitado, que a despesa total com saúde continua a crescer e que as expectativas dos portugueses para com os cuidados de saúde são cada vez mais elevadas, é grande a pressão exercida sobre o SNS. Se os gastos públicos em saúde não forem controlados, os ganhos e resultados adquiridos podem ser comprometidos.

No entanto, realça-se o facto de que uma das principais fontes de desperdício de custos na saúde se dever à não adesão à terapêutica prescrita (Cabral e Silva, 2010). Efetivamente, durante anos, as consequências da não adesão foram negligenciadas. Atualmente, em virtude do impacto negativo causado no sistema de saúde, a adesão tem sido alvo de atenção crescente pela comunidade científica, pelos profissionais de saúde, políticos e dirigentes, tendo-se tornado inclusive um indicador central de avaliação da qualidade de qualquer sistema de saúde que se considera moderno e eficaz (Bugalho & Carneiro, 2004). A adesão à terapêutica é um fenómeno prioritário de saúde das pessoas (ICN, 2005). Os seus benefícios são diversos: a) aumento de resultados positivos na saúde e na segurança das pessoas; b) melhores resultados económicos, através de poupança direta e indireta, reduzindo a utilização de serviços de saúde (Lehane & McCarthy, 2009). Porém, a compreensão da falta de adesão é ainda um desafio a ser alcançado, uma vez que os mecanismos envolvidos no comportamento dos indivíduos são complexos e de diferentes naturezas. Deste modo, revela-se cada vez mais importante o aumento da base

de evidências nesta temática no sentido de compreender quais os fatores facilitadores e quais os dificultadores na adesão à terapêutica medicamentosa.

a) É uma doença com elevada prevalência - em 2012 a prevalência da diabetes foi de 12,9% da população portuguesa (com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos), o que corresponde a um valor estimado de 1 milhão de indivíduos;

b) Acarreta custos elevados para o estado – em 2012, o custo manifesto desta doença representou 1.107 milhões de euros;

c) Os diabéticos constituem um grupo ampla e assustadoramente não aderente (Silva, 2006) - Embora alguns estudos com pessoas diabéticas apontem para bons níveis de adesão ao regime medicamentoso (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006; Sousa, Peixoto & Martins, 2008), outros indicam que a adesão à terapêutica medicamentosa é potencialmente um dos problemas mais graves enfrentados na prestação de cuidados aos doentes diabéticos, constituindo o maior obstáculo para os benefícios que o regime medicamentoso pode trazer para o doente (Donnan, MacDonald & Morris, 2002). A não adesão à terapêutica medicamentosa representa uma das maiores contribuições para um controlo glicémico pobre e está associada a custos mais elevados com os cuidados de saúde (Hepke, Martus & Share, 2004).

Por outro lado, o consumo de medicamentos para a Diabetes tem aumentado significativamente ao longo dos últimos anos em toda a Europa, tendo constituído, em Portugal, a principal forma de tratamento para a diabetes *mellitus* tipo 2 em 2008 (Portugal. Observatório Nacional da Diabetes, 2011; 2013). Entre 2000 e 2010, o consumo de medicamentos cresceu cerca de 24% em termos da Dose Diária Definida/1 000 habitantes/dia (DDD / 1 000 habitantes/dia). Segundo a Autoridade Nacional do Medicamento –INFARMED- (2013) os antidiabéticos orais foram um dos grupos de medicamentos mais vendidos em 2012.

Nesta linha de pensamento, o presente estudo objetiva caracterizar uma amostra de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 e relacionar o seu nível de adesão à terapêutica medicamentosa com os fatores de não adesão.

No documento aqui apresentado explana-se em primeiro lugar o enquadramento teórico, onde se inicia com uma breve caracterização do SNS, seguido da apresentação das despesas deste com a saúde e, mais especificamente com os medicamentos. Seguidamente é feita uma caracterização da (não) adesão à terapêutica, que constitui a principal fonte de desperdício de custos na saúde. Neste tópico é exposto a evolução do conceito, a forma como é feita a sua avaliação, os fatores que a influenciam, as suas consequências e os modelos explicativos do mesmo. O enquadramento termina com a

caracterização da diabetes *mellitus* tipo 2, seguido da apresentação das despesas com a diabetes em Portugal e a adesão à terapêutica medicamentosa na diabetes *mellitus* tipo 2.

Após o enquadramento é apresentada a metodologia do estudo, onde se pode encontrar a forma como o trabalho de investigação foi delineado e levado a cabo. De seguida apresenta-se os resultados e a discussão dos mesmos, terminando-se com as conclusões.

## **2. Enquadramento Teórico**

### **2.1 Serviço Nacional de Saúde em Portugal**

A proteção na saúde é uma responsabilidade do Estado Português que tem quase 40 anos. A organização dos serviços de saúde foi influenciada, ao longo dos tempos, por conceitos religiosos, políticos e sociais em cada época, tendo sido concretizado para dar resposta ao aparecimento das doenças. Até ao final da década de 70, a assistência médica estava a cargo das famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais da Previdência, competindo ao Estado apenas a assistência aos pobres (Portugal. Portal da Saúde, 2010).

Após o 25 de Abril de 1974, foi criado o Serviço Nacional de Saúde (SNS), mediante o decreto da Assembleia da República, nos termos da alínea d) do artigo 164.º e do n.º 2 do artigo 169.º da Constituição. Foi, assim, estabelecido “no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, o Serviço Nacional de Saúde, através do qual o Estado assegura o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição” (Decreto-Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro). De acordo com o seu Estatuto, o SNS é “um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde” (Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro).

O SNS surge, assim, da preocupação do Estado com a saúde dos seus cidadãos, nomeadamente com o elevado número de acidentes de trabalho; com a elevada prevalência de doenças transmissíveis; com o desenvolvimento da economia; com a diminuição da produtividade; e com o desenvolvimento dos movimentos socialistas na Europa (Boquinhas, 2012).

O artigo n.º 64 da Lei Constitucional n.º 1/2005 de 12 de Agosto outorga a todos os cidadãos o direito e o dever de defender e promover a proteção da saúde, realizado através de um SNS tendencialmente gratuito, universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos. Com efeito, o SNS rege-se por três princípios fundamentais: equidade, eficiência técnica e eficiência económica. A equidade refere-se ao direito de todos ao acesso aos cuidados mínimos de saúde, baseados na qualidade de cuidados, independentemente da sua condição socioeconómica. A eficiência técnica diz respeito ao objetivo de maximizar resultados a custos mínimos, garantindo a satisfação dos cidadãos com os serviços. Por último a eficiência económica consiste em utilizar apenas a parcela mínima necessária do PIB, de forma eficaz (Boquinhas, 2012).

Atualmente o SNS encontra-se organizado em regiões de saúde, designadamente: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Em cada região de saúde há uma Administração Regional de saúde, I. P., (ARS), com responsabilidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio. Estas têm funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de atividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde (Decreto-Lei n.º 222/2007, de 29 de Maio Capítulo I, artigo 3º, artigo 4º, artigo 5º, artigo 6º).

A estrutura atual do sistema de saúde assenta em quatro níveis diferenciados de prestação de cuidados, designadamente: a) cuidados de saúde primários; b) cuidados secundários ou hospitalares; c) cuidados continuados (Portugal. ERS, 2011).

a) Cuidados de Saúde Primários

Estes cuidados são assegurados pelos agrupamentos de centros de saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. Os ACES podem ser constituídos pelas seguintes unidades funcionais: Unidade de saúde familiar (USF); Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); Outras unidades ou serviços propostos pela respetiva administração regional de saúde (ARS) (Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro).

b) Cuidados Secundários ou Hospitalares

Os cuidados secundários ou hospitalares descrevem um conjunto de atividades de prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, assim como de diagnóstico, tratamento/terapêutica e reabilitação, em ambiente hospitalar, aplicadas a doentes na fase aguda de doença e cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, com recurso a tecnologia diferenciada (Portugal. ERS, 2011).

c) Cuidados Continuados Integrados

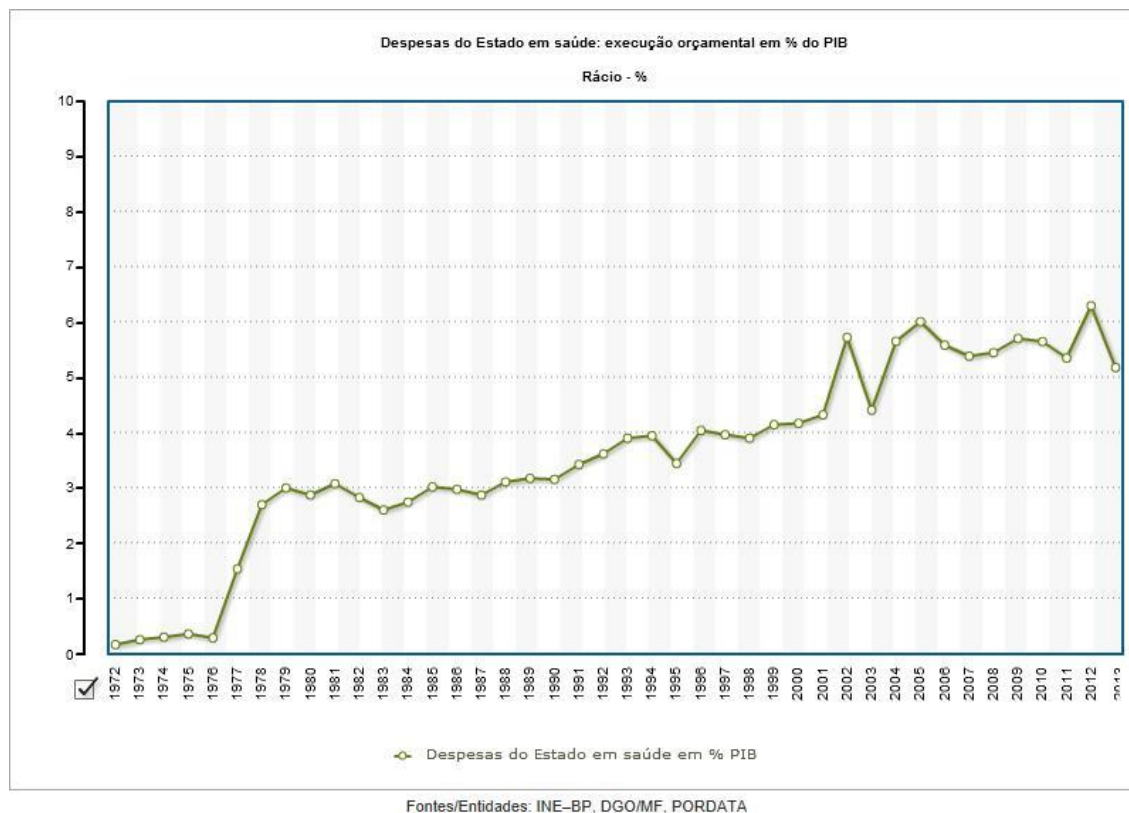
Os cuidados continuados integrados caracterizam o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social, que resultam de avaliação conjunta. Centra-se na recuperação global, isto é, o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa

em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social (Decreto-Lei n.º 101/2006).

A criação do SNS constituiu um marco importante da história da Saúde em Portugal, determinando o aumento da qualidade de vida dos cidadãos. Foram construídas infraestruturas para a prestação de cuidados de saúde, que possibilitaram uma maior universalidade no acesso aos cuidados de saúde, contribuindo para uma melhoria dos indicadores de saúde (Campos, 2008; Ribeiro, 2009). Concomitantemente a estas transformações verificou-se um aumento das despesas com a saúde, assunto abordado nos tópicos seguintes.

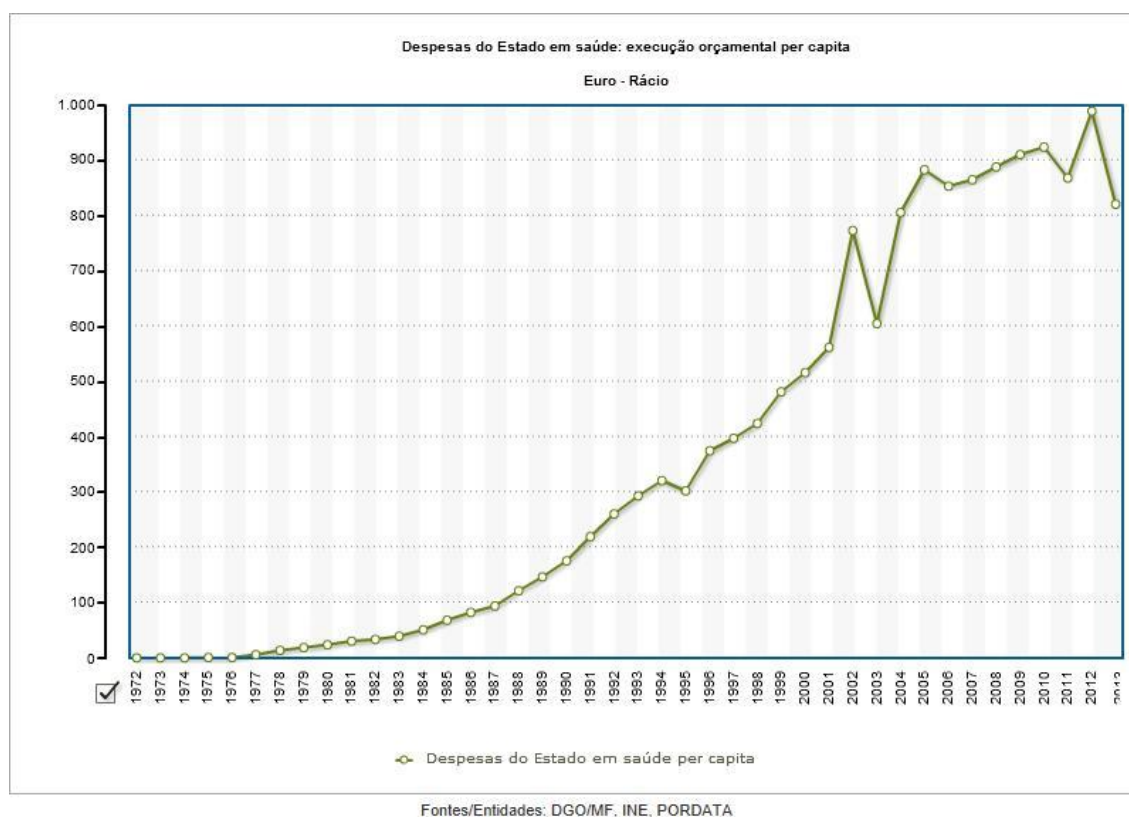
### 2.1.1 Despesas com Saúde em Portugal

Desde a criação do SNS, a despesa do Estado com a saúde em Portugal tanto *per capita* como em percentagem do PIB, tem vindo a registar um aumento progressivo (**Figuras 1 e 2**). No entanto, em 2003 observa-se uma quebra na despesa, que coincide com o incentivo à prescrição e adesão ao medicamento genérico. Em 2011 regista-se uma nova quebra na despesa aquando da assinatura do Memorando de Entendimento (MdE) com a Troika. Logo de seguida verifica-se uma subida em 2012 (de 5,4 para 6,3% do PIB) com nova descida em 2013 (de 6,3% para 5,2% do PIB). Com efeito a despesa pública com a saúde representa um peso importante no PIB, apresentando desde 2002 uma percentagem acima dos 5% do mesmo, cifrando-se em 5,2% do PIB no ano de 2013 (**Figura 1**).



Fonte: Pordata, 2014

**Fig. 1** Despesas do Estado em saúde em %PIB



Fonte: Pordata, 2014

**Fig. 2** Despesas do Estado em saúde *per capita*

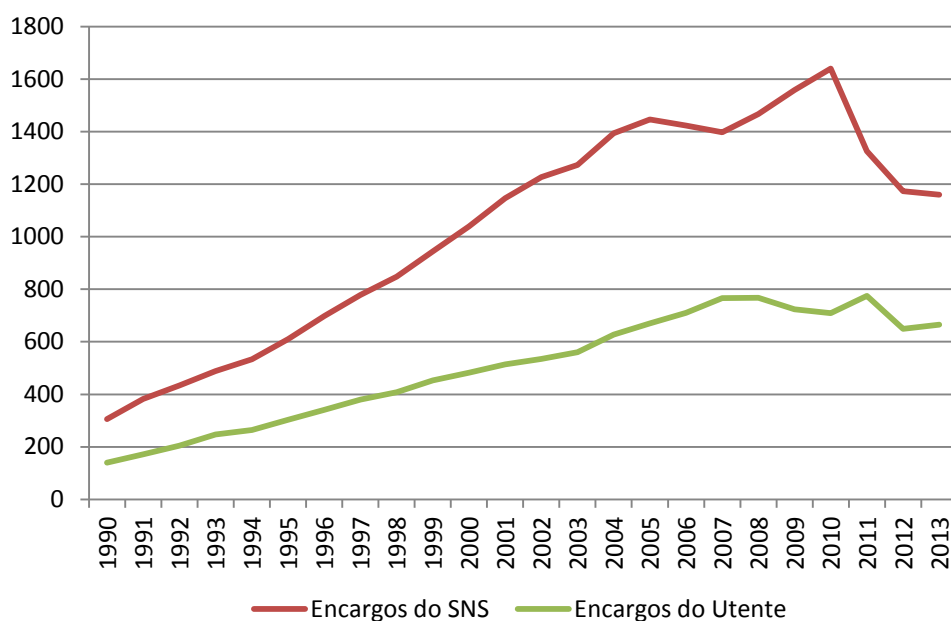
Ao analisar a **figura 2** verifica-se que entre 1990 e 2000 a despesa total do Estado com a saúde em Portugal triplicou (de 175,9 para 516,9 milhões de euros), tendo voltado a aumentar cerca de 80% entre o ano 2000 e 2010 (de 516,9 para 924,7 milhões de euros).

O aumento das despesas com a saúde é comum a todos os países que visem promover o bem-estar social e o aumento da esperança média de vida e da qualidade de vida. São diversas as razões que justificam este aumento, podendo realçar-se a reduzida eficiência do SNS, consumo abusivo de cuidados de saúde, envelhecimento da população, aumento do número de doentes crónicos, inovação tecnológica, aumento dos meios materiais de prestação de cuidados e pessoal, aumento do número de camas por habitante e um maior rácio de médicos por habitantes (Campos & Simões, 2011; Portugal. Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007; Ribeiro, 2009).

### 2.1.2 Despesas com medicamentos em Portugal

As despesas do SNS com medicamentos apresentam uma tendência crescente desde 1990, verificando-se um aumento de 1.334,8 milhões de euros de 1990 a 2010 (**Figura 3**). Do mesmo modo, durante este período, as despesas dos utentes com os medicamentos registaram um aumento substancial (Portugal. Pordata, 2013).

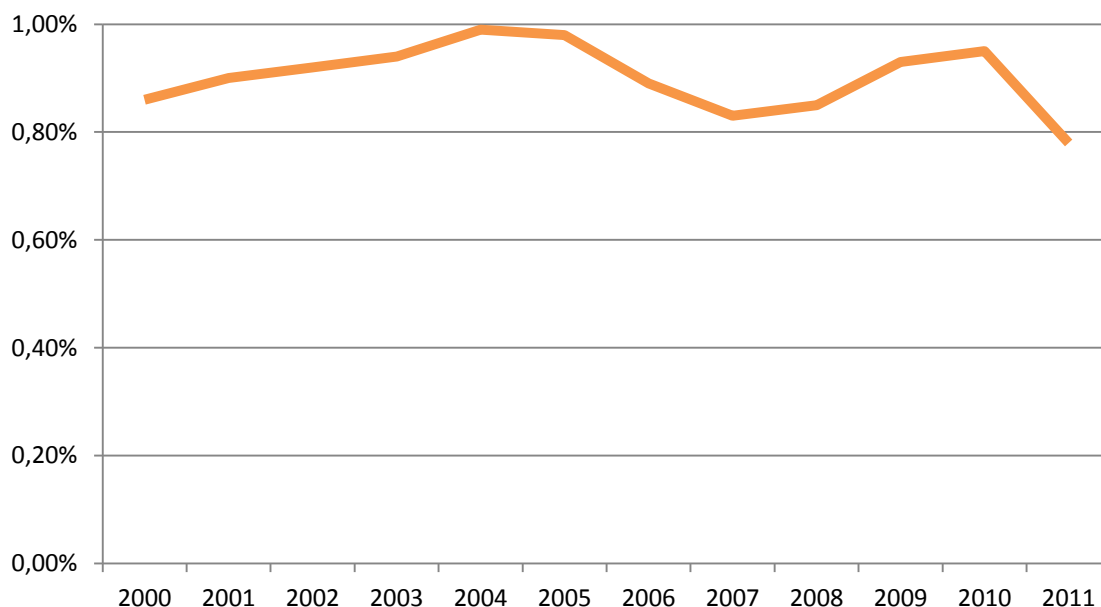
Contudo, os anos 2011, 2012 e 2013 evidenciam-se por uma redução acentuada das despesas do SNS, na ordem de 19,2% em 2011, 11,5% em 2012 e 4,3% em 2013. Este decréscimo resulta do contexto político e económico do país e das medidas exigidas pelo MdE. É de realçar que as despesas do SNS no ano 2012 atingiram valores semelhantes aos que se haviam registado em 2001. Assim, nos últimos 10 anos, o ano de 2012 foi aquele em que se registaram menos despesas no setor. Contrariamente observou-se um aumento de 9,3% em 2011 face ao ano anterior nos encargos dos utentes com os medicamentos (Portugal. Pordata, 2013; Portugal. Infarmed, 2014a).



Fonte: Infarmed, 2014; Pordata, 2013

**Fig. 3** Despesas com Medicamentos em Portugal (em milhões de euros)

No que diz respeito ao peso das despesas do SNS com medicamentos em % do PIB, verifica-se que entre o ano 2000 e 2009 atingiram-se sempre valores muito próximos de 1% do PIB (**Figura 4**).



Fonte: Infarmed, 2004; 2005; 2010; 2011

**Fig. 4** Peso das despesas do SNS com medicamentos em % do PIB

Relativamente à distribuição das despesas do SNS com medicamentos em ambulatório por grupos fármaco-terapêuticos, observa-se que aqueles que têm um maior peso nas despesas do SNS são: “Aparelho Cardiovascular” (26,2%); “Sistema Nervoso Central” (21,8%); e “Hormonas e Medicamentos usados no Tratamento das Doenças Endócrinas” (20,0%) (Portugal. Infarmed, 2014b). Note-se que no período compreendido entre os anos 2000 e 2011, o grupo fármaco-terapêutico “Aparelho Cardiovascular” (que correspondem às patologias de hipertensão e dislipidémias) foi sempre o que mais contribuiu para a despesa do SNS com medicamentos em ambulatório.

No que respeita à evolução das vendas em ambulatório, constata-se que entre 2003 e 2009, houve um aumento nas vendas de medicamentos dos subgrupos fármaco-terapêuticos “Anti-hipertensores”, “Antidislipidémicos” e “Insulinas, antidiabéticos orais e glucagon” (usados nas patologias da hipertensão, colesterol e Diabetes, respetivamente). Consequentemente registou-se um aumento do valor das despesas do SNS com os mesmos (Portugal. Infarmed, 2011). No seu conjunto, as vendas em ambulatório dos medicamentos destes subgrupos fármaco-terapêuticos representaram cerca de 800 milhões de euros no ano 2009, dos quais cerca de 561 milhões de euros são despesas do SNS.

Em 2012, os grupos de medicamentos mais vendidos foram os anti hipertensores do eixo renina-angiotensina, os antidiabéticos orais e os antilipídicos, representando cerca de 23,6% dos gastos (614 milhões de euros) (Portugal. Infarmed, 2013). Segundo o mesmo relatório do INFARMED (2013), a substância mais vendida é a rosuvastatina (antilipídico), seguida de dois antidiabéticos orais e representando as três no seu conjunto, uma quota de mercado de 6,2%.

Como se pode observar os medicamentos possuem um elevado peso no orçamento de Estado para a saúde, pelo que é fundamental uma gestão eficiente e eficaz da despesa. Cabral e Silva (2010) referem que as principais fontes de desperdício de custos na saúde se devem ao abandono da terapêutica prescrita e a um incorreto consumo dos medicamentos, isto é, da não adesão à terapêutica prescrita, assunto que procuraremos aprofundar nos tópicos seguintes.

## **2.2 Adesão à Terapêutica**

A preocupação com o cumprimento das prescrições médicas surgiu com Hipócrates, no século IV a.C., quando este percebeu que os doentes mentiam quando diziam que tomavam os medicamentos (Silva, 2006). Todavia, o conceito de adesão apenas foi desenvolvido por Haynes em 1979 (Telles-Correia *et al.*, 2007). Etimologicamente, a palavra adesão deriva do latim “adhaesione” sendo definida como o ato ou efeito de aderir, aderência, assentimento, aprovação, concordância, apoio, manifestação de solidariedade a uma ideia, a uma causa (Ferreira, 1996, cit. por Dias *et al.*, 2011).

Na literatura encontram-se frequentemente termos distintos para adesão, “compliance” cumprimento, “adherence” adesão, e “concordance”, concordância (UK. NHS. NCCSDO, 2005), muitas vezes utilizados indiferentemente, pelo que importa, no âmbito deste trabalho, clarificá-los.

A “compliance” tem uma conotação passiva, na medida em que pressupõe um papel não ativo e submisso do doente perante as indicações médicas, sendo imputado ao doente a responsabilidade de não cumprir a prescrição (Brawley & Culos-Reed, 2000; McLean, 2007; Segal, 2007). É um conceito em declínio, face à necessidade de considerar o doente com um papel ativo no processo terapêutico (UK. NHS. NCCSDO, 2005).

O conceito de adesão foi definido por Haynes, em 1981 e mais tarde reconhecida pela WHO em 2003. Ela define o grau em que os doentes seguem as recomendações dos profissionais de saúde relativamente ao regime terapêutico proposto para o tratamento (Haynes *et al.*, 2008), não se limitando apenas ao regime terapêutico, mas também ao não seguimento das indicações dos profissionais de saúde relacionadas com alterações nos hábitos e estilos de vida (Osterberg & Blaschke, 2005). Importa realçar que a adesão não é um termo de julgamento, ela constitui uma indicação de um facto e não de uma culpa do doente, do prescriptor ou do tratamento (Haynes *et al.*, 2008).

A concordância pressupõe um papel ativo do doente, expresso na sua vontade em aceitar e decidir aderir à medicação, implicando que os cuidados de saúde sejam centrados no utente (UK. NHS. NCCSDO, 2005). Assim, este conceito pressupõe um acordo consensual entre o doente e o profissional de saúde (Bissel, 2003; Ferner, 2003; Hayes, 2005; Haynes *et al.*, 2008; Jones, 2003; Leite e Vasconcellos, 2003; Snowden, 2008), uma participação ativa e voluntária, com partilha de responsabilidade do cumprimento da terapêutica com a equipa de saúde que o acompanha (Bissel, 2003).

Apesar de conceptualmente não haver confusão entre os termos “compliance”, “adherence” e “concordance”, estes conceitos são de difícil operacionalização. Na prática os profissionais de saúde deveriam procurar que o doente, de uma forma persistente e

continuada, fosse capaz de tomar os medicamentos de acordo com o prescrito, numa atitude ativa e voluntária de partilha de responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o seguem (Bugalho & Carneiro, 2004; Snowden, 2008).

A adesão ao tratamento é um fenómeno prioritário de saúde das pessoas (ICN, 2005). De facto são diversos os benefícios da adesão: a) aumento de resultados positivos na saúde e na segurança das pessoas; b) e melhores resultados económicos, através de poupança direta e indireta, reduzindo a utilização de serviços de saúde (Lehane & McCarthy, 2009).

### **2.2.1 Avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa**

Segundo a WHO (2003) não existe um instrumento de avaliação de comportamentos de adesão terapêutica que seja universalmente aceite. Por esta razão os investigadores deparam-se com dificuldades metodológicas na avaliação da adesão aos tratamentos. Sobretudo quando se trata de tratamentos complexos e de longa duração (Freund *et al.*, 1991). Todavia têm sido utilizados alguns métodos para aceder ao nível de adesão aos tratamentos, os quais são divididos em métodos diretos e indiretos (Farmer, 1999; Vermeire *et al.*, 2001).

Os métodos diretos são os seguintes: avaliação dos metabolitos dos medicamentos, no sangue ou na urina; uso de marcadores bioquímicos; e observação direta do doente que recebe a medicação (toma assistida).

Os métodos indiretos são realizados tendo em conta um determinado grau de inferência face ao valor de adesão encontrado e incluem: auto relatos de adesão; entrevistas; contagem de medicamentos; registos de farmácia; e monitorização eletrónica das prescrições (Farmer, 1999; WHO, 2003).

De acordo com Meichenbaum e Turk (1987), todos estes métodos apresentam problemas, não sendo consensual a sua fiabilidade para medição da adesão. Por exemplo, Bond e Hussar (1991) referem que os métodos diretos, de um modo geral, são mais sensíveis e específicos. No entanto, Morisky, Green, e Levine (1986), argumentam que usar marcadores bioquímicos é pouco prático na maioria dos contextos clínicos, não se encontrando disponível para grande parte das drogas. Além disso, a sua interpretação é complexa devido às diferenças individuais de reação aos fármacos (Eraker, Kirscht & Beeker, 1984). Por outro lado os métodos indiretos, nomeadamente o auto relato e a entrevista parecem ser pouco fiáveis, porque os doentes mentem frequentemente quando lhes é perguntado se tomaram a medicação. Ao comparar as taxas de adesão obtidas por métodos diretos com indiretos, especialmente os auto relatos, observa-se que nestes o

doente tende a sobrevalorizar o seu comportamento de adesão (MacLaughin *et al.*, 2005; Williams *et al.*, 2008). Existem ainda, alguns utentes que, segundo Taylor (1986), não se percebem a eles próprios como não aderentes.

Não obstante esta falta de consenso, um dos métodos mais utilizados para avaliar a adesão é o auto relato do doente ou do cuidador (Cramer, 1998; Dunbar- Hughes, 2004; Jacob *et al.*, 2003; MacLaughin *et al.*, 2005; Murray *et al.*, 2004; Osterberg & Blaschke 2005; Vik *et al.*, 2005; WHO, 2003; Williams *et al.*, 2008), mediante questionários específicos. Estes são mais fáceis de aplicar, embora a sua especificidade e sensibilidade seja mais vulnerável.

Um dos questionários mais utilizados que, através de perguntas simples, avalia a adesão é a Medida de Adesão aos Tratamentos desenvolvidos por Delgado e Lima (2001), através da adaptação do questionário de Morisky *et al.*, (1986) e Shea *et al.*, (1992). A contagem de comprimidos também é utilizada, no entanto nada garante que eles tenham sido tomados (MacLaughin *et al.*, 2005).

A escolha do método de avaliação da adesão está relacionada com a condição da pessoa e do estudo, devendo ser considerada a validade e a especificidade do instrumento de medida que se vai utilizar (Farmer, 1999). Independentemente da técnica de medição, os estudos definem a taxa de adesão dos doentes a determinado medicamento ou grupo de medicamentos expressa em percentagem da dose tomada em relação à dose prescrita num determinado período de tempo (Osterberg & Blaschke, 2005; WHO 2003). Pode ser medida como uma variável dicotómica (aderente e não aderente) ou como contínua, variando de 0%-100%, não existindo limites definidos que permitam classificar um doente em função do grau de adesão (Bugalho & Carneiro, 2004). Assim, por exemplo, se o médico prescrever um comprimido antibiótico quatro vezes por dia durante uma semana e o doente tomar apenas dois comprimidos por dia durante cinco dias, a sua adesão será de  $(10/28)$  36% (Haynes *et al.*, 2008). O valor encontrado é sempre uma estimativa aproximada do comportamento atual do doente (Hayes, 2005).

### **2.2.2 Fatores de Adesão**

A razão da não adesão à medicação é difícil de definir de forma absoluta, pois depende de diferentes fatores, da sua prevalência em cada pessoa e da forma como ela consegue controlar a interligação entre eles, como lida com eles e de que ajudas dispõe para lidar com eles. Segundo a *World Health Organization* (adiante designada WHO) (2003) a adesão é um fenómeno multidimensional determinado pela interação de um conjunto de cinco fatores:

- a) Fatores sociais, económicos e culturais onde se destaca o nível socioeconómico, o analfabetismo, a situação profissional, o suporte social, as condições habitacionais, o preço dos transportes e dos medicamentos, a distância ao local de tratamento. Estes fatores podem colocar os doentes em situação de desvantagem, levando à necessidade de estabelecer prioridades que podem não ser a adesão aos tratamentos (Bugalho & Carneiro, 2004). As variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, grau de escolaridade e condições de saúde) também têm efeitos variáveis na adesão. Gimenes, Zanetti e Haas (2009) encontraram uma adesão maior nos homens do que nas mulheres e nos doentes mais velhos do que nos mais novos. No que diz respeito à escolaridade os autores observaram maior prevalência em doentes com mais anos de estudos. Quanto às condições económicas verificaram que os indivíduos com rendimento familiar menor que cinco salários mínimos apresentavam uma pontuação de adesão menor do que aqueles com rendimentos superiores. Também Ahmad *et al.* (2013) através de um estudo realizado com 557 utentes, em que 53% eram não aderentes, concluíram que com o aumento da idade, a adesão à medicação era maior. Em contrapartida, verificou-se que as características relativas o sexo e ao grau de escolaridade não determinavam o nível de adesão. Quanto ao fator socioeconómico, de uma amostra de 227 inquiridos, 79% mencionou não cumprir a medicação, dos quais 51% o fez por razões financeiras. É ainda de realçar que cerca de 23,3% dos inquiridos deixou de comprar um medicamento na farmácia (Chin *et al.*, 2012).
- b) Fatores relacionados com os profissionais e serviços de saúde, tais como: sistemas de saúde pouco desenvolvidos, com sistemas de distribuição de medicamentos insuficiente; pouca capacidade para educar os doentes; pouca disponibilidade para o acompanhamento dos doentes; horários desadequados às necessidades; pouca oferta de consultas e outros serviços; profissionais de saúde sobrecarregados de trabalho, sem incentivos e sem feedback do seu desempenho, sem formação e treino específicos na gestão de doenças crónicas e em adesão ao regime

terapêutico. Todas estas condicionantes assumem uma importância considerável e interferem com a adesão ao tratamento. Outro aspeto que tem grande importância neste grupo de fatores é a qualidade da relação estabelecida entre o profissional e o doente, nomeadamente no que diz respeito à comunicação e à satisfação com os cuidados prestados. A WHO (2003) aponta, como forma de minimizar os problemas decorrentes da ineficácia dos serviços de saúde e dos profissionais de saúde, a formação de profissionais de saúde competentes para intervir sobre esta problemática, e a criação de políticas que promovam o desenvolvimento de serviços de saúde, para que estes possam responder não só aos problemas agudos mas que prestem cuidados adequados a doentes com doenças crónicas. Após um estudo realizado por Zolnierek e DiMatteo (2009), onde analisaram 106 estudos correlacionais e 21 intervenções experimentais, os autores verificaram que os doentes cujo médico tinha uma má comunicação acrescia um risco de não adesão de cerca de 19%, comparados com os doentes que relataram ter uma boa comunicação com o seu médico. Também verificaram que os médicos que recebiam formação para exercitar as suas habilidades comunicacionais, a possibilidade dos doentes aderirem era 1.62 vezes maior do que quando os médicos não recebiam qualquer tipo de formação.

- c) Fatores relacionados com a doença e comorbilidades, nomeadamente a gravidade dos sintomas, a progressão da doença, a incapacidade que provoca a nível físico, psicológico, social e profissional, a disponibilidade de terapêuticas eficazes e a existência de patologias concomitantes com a doença de base podem influenciar a adesão à medicação. A diabetes *mellitus* tipo 2, por exemplo, tem como característica, poder ser assintomática durante vários anos. Segundo Ruas (1993), este facto pode levar o doente a abandonar o tratamento, agravando o avanço das complicações decorrentes da diabetes. No estudo realizado por Ahmad *et al.* (2013) os utentes diabéticos com comorbilidades foram menos aderentes à medicação, tinham cerca de 1.78 vezes mais probabilidade de serem não aderentes comparados com os utentes com apenas DM2.
- d) Fatores relacionados com a terapêutica prescrita, particularmente a complexidade do regime terapêutico, a duração do tratamento, alterações frequentes no esquema terapêutico, ausência imediata dos sintomas e dos efeitos secundários à medicação contribuem para uma baixa taxa de adesão à terapêutica. Diferentes estudos apontam para o facto de que quanto mais simples é o esquema terapêutico mais elevada é a adesão à terapêutica. Brooks (2005) refere um estudo com uma amostra de 12.000 doentes diabéticos tipo 2, em que os resultados mostraram que a adesão

---

ao tratamento com antidiabéticos orais aumentou à medida que as doses diárias de tratamento diminuíram. Assim, a dose única diária foi associada a um grau mais elevado de adesão e a um melhor controlo metabólico do que as dosagens de duas ou três tomas diárias. Porém, nos estudos de autores como Ahmad *et al.* (2013) e Horne & Weinman (1999), o número de medicamentos prescritos não revelou ser um preditor no grau de adesão dos doentes.

- e) Fatores individuais relativos ao doente: representa os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças, perceções e expectativas do indivíduo. Estas variáveis interagem de modo ainda não suficientemente compreendido, influenciando o comportamento de adesão (WHO, 2003).

Janis (1984), Turk e Meichenbaum (1991), propõem que alguns dos aspetos anteriormente referidos como determinantes da adesão são fatores psicossociais, envolvidos em grau variável no processo de empenhamento das pessoas no seguimento de um regime terapêutico, na permanência em tratamento e na prevenção. Os fatores psicossociais propostos são:

- ✓ Características sociais, como a idade, sexo, educação e rendimentos;
- ✓ Personalidade, onde se inclui o controlo interno, a inteligência, a ansiedade e os distúrbios psicológicos;
- ✓ Outras características psicológicas, como as crenças sobre as ameaças à saúde e acerca da eficácia da ação, a atitude geral face aos cuidados de saúde, os conhecimentos sobre a saúde, a doença e o regime terapêutico;
- ✓ Exigências situacionais, tais como os sintomas da doença, a complexidade e duração do tratamento e a sua interferência com outras ações e o contexto social em que a pessoa vive;
- ✓ Interação com o sistema de cuidados de saúde, nomeadamente a continuidade de cuidados, a proximidade dos serviços de saúde e a satisfação em geral.

A importância destes fatores é diferente para cada uma das três áreas referidas – a prevenção, a permanência em tratamento e a adesão ao regime terapêutico. Considerando estes fatores psicossociais e a sua influência na adesão, Turk e Meichenbaum (1991) propuseram ainda algumas estratégias que os profissionais de saúde poderão utilizar para a melhorar e que incluem:

- ✓ Escutar a pessoa;
- ✓ Pedir-lhe para repetir o que tem de fazer;
- ✓ Dar instruções claras sobre o regime terapêutico, de preferência por escrito;

- ✓ Propor um regime terapêutico o mais simples possível, que tenha em consideração os horários da pessoa;
- ✓ Utilizar métodos de contagem dos medicamentos tomados;
- ✓ Telefonar se a pessoa faltar a uma consulta;
- ✓ Referir em todas as consultas, que devem ser tão frequentes quanto necessário, a importância da adesão e reforçar os comportamentos positivos;
- ✓ Envolver a família.

### **2.2.3 Consequências da Não Adesão**

Segundo Frost e Sullivan (2006) as consequências adversas da não adesão são significativas tanto para os doentes, como para os fabricantes de produtos farmacêuticos e o sistema nacional de saúde.

Os doentes experimentam uma redução na qualidade e expectativa de vida e custos mais elevados de saúde a longo prazo (Cervený *et al.*, 2007). Segundo Hanauer & Davis (2011), os indivíduos com doenças crónicas têm um risco quatro vezes maior que a população em geral de diminuição da satisfação com a vida relacionada à saúde, tendo os não aderentes uma maior propensão a doenças cronicamente ativas.

Para as empresas farmacêuticas, as consequências adversas da não adesão implicam uma renúncia de receita potencial no valor de biliões de euros, principalmente no que diz respeito a medicamentos utilizados em doenças crónicas. O Sistema Nacional de Saúde é também um setor bastante afetado pela não adesão, uma vez que este é predominantemente sobrecarregado pelo aumento dos custos de saúde, abrangendo o aumento das taxas de hospitalização e consultas médicas (Frost & Sullivan, 2006). A nível internacional, a não adesão contribui, em termos de custos, com cerca de 100 biliões de dólares anuais para o Sistema de Saúde dos Estados Unidos da América, que equivale a uma perda de produtividade de 50 biliões, e a não adesão à medicação provoca cerca de 125.000 mil mortes por ano (Burrell & Levy, 1984; Blackburn *et al.*, 2013; Peterson, Takiya & Finley, 2003). Devido à real baixa adesão à medicação, os internamentos hospitalares nos EUA rondam entre os 33% e 69% (Osterberg & Blaschke, 2005). Estima-se que um aumento de apenas 20% na adesão à medicação pode reduzir a despesa total em saúde de 1.074 dólares por cada utente diabético (Blackburn *et al.*, 2013).

As consequências adversas incluem não só os doentes, os fabricantes de produtos farmacêuticos e o sistema nacional de saúde mas também se podem incluir as próprias decisões clínicas. Isto é, se os médicos não estiverem cientes dos problemas que estão

inerentes à adesão, estes podem erradamente atribuir maus resultados a inadequações no regime de tratamento e assim, prescreverem medicamentos mais fortes com efeitos secundários mais agressivos ou mesmo solicitarem procedimentos mais invasivos. Mas, o contrário também pode suceder, ou seja, os médicos atribuem os maus resultados à falta de adesão e assim, deixam de realizar mudanças necessárias ao regime terapêutico (Rapoff, 2010).

#### **2.2.4 Modelos de Mudança Comportamental Explicativos da Adesão**

Tendo em conta a diversidade de fatores que interagem no processo de adesão à terapêutica, diferentes autores desenvolveram modelos e teorias explicativas da adesão à terapêutica. Destacam-se cinco perspetivas teóricas principais, nomeadamente a biomédica, a comportamental, a comunicacional, a cognitiva e a auto-regulação (Leventhal & Cameron, 1987, cit. por Pais-Ribeiro, 2007)

Em termos evolutivos, o modelo biomédico permitiu perceber as relações entre a adesão e a doença, impulsionou o desenvolvimento de novas formas de administração da terapêutica e permitiu conhecer os níveis de adesão em algumas doenças, utilizando medidas diretas (e.g. valores bioquímicos). Neste modelo o doente é passivo, cabendo-lhe apenas obedecer ao que lhe é solicitado. Por isso está mais associado ao conceito de *compliance*, que não nos parece adequado se pretendemos oferecer cuidados de saúde que respondam às necessidades, preferências e vontades dos doentes (Pais-Ribeiro, 2007).

Relativamente aos modelos comportamentais, como o condicionamento clássico e operante, estes revelam-se adequados quando se pretende o treino e a aprendizagem de capacidades para realizar atividades relacionadas ao esquema terapêutico aconselhado. Assim, dá-se ênfase aos estímulos que desencadeiam o comportamento e às recompensas que o reforçam.

Os modelos comunicacionais surgiram nos anos setenta, voltados maioritariamente para os profissionais de saúde, estimulando-os a melhorarem as suas competências de comunicação, a realizarem registos escritos e transmitirem-nos aos colegas. Para além disso, os modelos comunicacionais a) permitiram que fosse dada maior ênfase à educação dos doentes; b) possibilitaram o desenvolvimento de relações mais iguais, entre os doentes e os profissionais de saúde, verificando-se um aumento na satisfação dos doentes com os cuidados de saúde; b) mostraram que é necessário interagir com os doentes, desenvolvendo relações amáveis e calorosas. No entanto, importa referir que, por si só é insuficiente para mudar o comportamento de adesão (WHO, 2003).

Inclui-se nesta perspetiva o Modelo da hipótese cognitiva de adesão de Ley (1981), no qual o autor defende ser possível prever a adesão através da combinação da satisfação do doente em relação à consulta com a compreensão da causa, extensão e tratamento da sua doença e com a capacidade de recordar a informação fornecida pelos profissionais de saúde. O autor refere ainda que é possível melhorar a adesão, melhorando a comunicação. Para tal o profissional de saúde deverá ser claro, utilizar linguagem simples, repetir as informações que são transmitidas oralmente, dar seguimento à consulta com entrevistas adicionais; e fornecer informação escrita, que permita recordar mais tarde as informações fornecidas.

Os modelos cognitivos incluem, a teoria da aprendizagem social de Bandura, a teoria da ação racional de Fishbein, que deu origem, depois, à teoria do comportamento planeado e à teoria da motivação protetora de Rogers.

A perspetiva de auto-regulação pretende explicar as variáveis do contexto e as respostas cognitivas individuais às ameaças à saúde, à luz do modelo de auto-regulação. A auto-regulação é o processo sistemático de tentativas individuais conscientes, de moldar pensamentos, emoções e comportamentos de modo a alcançar determinados objetivos, num ambiente em mudança (Zeidner, Boekaerts, & Pintrinch, 2000). No âmbito da saúde, espera-se que pessoas com uma boa auto-regulação tenham maior probabilidade de adotar comportamentos saudáveis e menor probabilidade de se envolverem em comportamentos de risco (Woo & Frisbie, 2005). Estudos empíricos recentes parecem confirmar a importância das representações de doença como preditivas da adesão. As pessoas criam representações pessoais das ameaças à saúde resultantes da doença e do tratamento, nas quais vão basear a sua decisão e o seu comportamento de adesão. Assim, a adesão requer que a pessoa acredite que é capaz de lidar com a situação e de adotar o comportamento adequado, além de acreditar que a doença representa uma ameaça suficientemente forte para exigir a sua atenção e mudança de comportamento.

Todos os modelos e teorias de adesão apresentam vantagens e desvantagens, não a explicando totalmente. Dada a multiplicidade de doenças e de regimes terapêuticos com diferentes especificidades, nenhum modelo se adapta a todas as situações, pelo que uma abordagem complementar, com recurso a diferentes modelos, parece ser a estratégia mais eficaz.

### **2.3 Diabetes Mellitus Tipo 2**

A Diabetes *Mellitus* Tipo 2 traduz-se por uma deficiência relativa na secreção da insulina, associada a graus variáveis de insulinoresistência, resultando na hiperglicemia crónica e alterações do metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas (American Diabetes Association, 2004; Saraiva, Gomes & Carvalheiro, 2010; Silva, 2006). É o tipo mais comum de Diabetes, correspondendo a 90-95% de todos os casos (American Diabetes Association, 2004). Atinge principalmente adultos, com idade superior a 45 anos, na sua maioria com algum grau de obesidade e/ou distribuição da gordura corporal predominantemente na zona abdominal. De uma forma geral surge silenciosamente, frequentemente assintomática, de forma que, quando é diagnosticada apresenta alguns anos de evolução, podendo também coexistir algumas complicações (American Diabetes Association, 2004; Saraiva, Gomes & Carvalheiro, 2010). Embora tenha uma forte componente genética, complexa e ainda não claramente definida (American Diabetes Association, 2004), está associada a fatores ambientais, stresse e estilos de vida moderna, caracterizados por ingestão exagerada de calorias e vida sedentária que predispõem para a obesidade (Gallego, 2001; Hines, 2003; Medina, 2007). Assim, o risco de desenvolver a Diabetes *Mellitus* Tipo 2 aumenta com a idade, obesidade, e falta de exercício físico (American Diabetes Association, 2004).

A Diabetes *Mellitus* é um problema à escala mundial, que afeta mais de 382 milhões de pessoas em todo o mundo, sendo que em 46% destas pessoas a Diabetes não foi ainda diagnosticada, prosseguindo a sua evolução silenciosa. Estima-se que em 2035 o número de pessoas com diabetes no mundo abranja 592 milhões, representando um aumento de 55% da população atingida pela doença (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2013). Portugal é um dos países Europeus que regista uma das taxas mais elevadas de prevalência da diabetes. Em 2012, a prevalência da Diabetes foi de 12,9% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7.8 milhões de indivíduos), o que corresponde a um valor estimado de 1 milhão de indivíduos (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2013).

Com o passar dos anos, as pessoas com Diabetes podem desenvolver uma série de complicações agudas e crónicas, que constituem, respetivamente, uma ameaça imediata e uma ameaça lenta e progressiva à saúde do indivíduo. Como resultado da hiperglicemia continuada, para além dos sintomas clássicos, tais como muita sede (polidipsia), excesso de urina (poliúria), muita fome (polifagia) e perda de peso (Gallego, 2001; Hines, 2003; Leite, 2005; Medina, 2007), verifica-se lesão nos tecidos das células de diversos órgãos, principalmente nos rins, olhos, nervos periféricos e sistema vascular. Este quadro leva a

complicações crónicas, que podem ser divididas em: a) microvasculares (lesões dos vasos sanguíneos pequenos), nomeadamente a neuropatia, retinopatia e nefropatia; b) macrovasculares (lesões dos vasos sanguíneos grandes), especificamente doença coronária isquémica, doença cerebrovascular, doença arterial periférica (Marshall & Flyvbjerg, 2006).

No que diz respeito às complicações microvasculares, a neuropatia caracteriza-se pela degeneração progressiva dos axónios das fibras nervosas (Dias & Carneiro, 2000). Segundo Carvalho e Duarte (2002) a prevalência da neuropatia em pessoas com Diabetes Tipo 2 varia entre 28% e 40%. Esta complicação pode dar origem ao pé diabético. Neste caso, ocorre uma destruição dos nervos que chegam aos pés, fazendo com que o indivíduo perca alguma ou a totalidade da sensibilidade dos pés. A perda de sensibilidade dá origem a feridas que progridem sem dor, fazendo com que o indivíduo não as valorize, surgindo o risco de gangrena e a amputação. De acordo com Caldeira e Pape (2002) os problemas do pé diabético constituem uma das principais causas de internamento. Haffner *et al.* (1998) referem que o risco de amputação nos doentes diabéticos é 40 vezes maior relativamente às pessoas que não têm Diabetes.

A retinopatia diabética é uma doença que acomete a visão da pessoa diabética como resultado de alterações nos pequenos vasos sanguíneos da retina. Esta complicação representa 80% dos casos de cegueira na população adulta, apresentando-se como a primeira causa de cegueira (Duarte & Zeller, 2002). Em Portugal, no ano de 2012, 44,1% dos doentes saídos de internamento tinham retinopatia diabética (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2013).

A nefropatia diabética caracteriza-se pela eliminação de quantidades crescentes de albumina na urina, hipertensão arterial e falência renal. Aparece frequentemente associada a outro tipo de complicações, nomeadamente cardiovasculares e retinopatia (Guimarães *et al.*, 2007). Segundo Haffner *et al.* (1998) a nefropatia diabética representa 40% dos casos de insuficiência renal crónica, constituindo uma das principais causas de doença renal terminal. Segundo o relatório do Observatório Nacional de Diabetes (2013), em 2012, 28% de pessoas com insuficiência renal crónica em hemodiálise tinham Diabetes.

Relativamente às complicações macrovasculares, em Portugal no ano de 2012, verificou-se que 28% dos internamentos por Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 31% dos internamentos por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), foram de indivíduos diabéticos (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2013). Marshall e Flyvbjerg (2006) referem que o risco de infarto do miocárdio é de 2 a 5 vezes maior nos doentes diabéticos do que na população geral.

As complicações causadas pela Diabetes são frequentemente fatais. A nível mundial,

registou-se, no ano de 2013, 5.1 milhões de pessoas mortas. Em Portugal, no ano de 2012, registou-se o maior número de óbitos por diabetes *mellitus*, desde que existem registos informatizados (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2013).

Para além do sofrimento que as complicações relacionadas com a doença causam, os seus custos económicos são muito elevados, incluindo os cuidados de saúde, a perda de rendimentos e os custos económicos para a sociedade em geral, a perda de produtividade e os custos associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento económico (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2013). Por esta razão, o controlo da diabetes *mellitus* tipo 2 é importantíssimo e deve ser iniciado o mais precocemente possível (Ferreira & Veríssimo, 2008). O tratamento é extremamente rigoroso, complexo e desafiante, exigindo do doente um conjunto de ações comportamentais de cuidados diários: 1) seguimento de uma dieta alimentar com controlo de ingestão de hidratos de carbono; 2) prática regular de exercícios físicos; 3) administração de medicamentos ou injeções de insulina; 4) automonitorização dos níveis de glicemia; 5) identificação e controlo de sintomas relacionados com a doença; manutenção de cuidados com os pés (Silva, 2006).

Com efeito, verifica-se que o comportamento do indivíduo face ao tratamento é de extrema relevância, designadamente na prevenção de complicações e evoluções desfavoráveis, na realização das atividades de autocuidado necessárias para o seu controlo e na adesão aos tratamentos que contribuem, em última análise, para a melhoria da qualidade de vida (Guerra & Lima, 2005; Heleno & Antónia, 2004; Maia & Araújo, 2002; Silva, 2006; Trindade & Teixeira, 2000). Embora a adesão ao tratamento traga vantagens na prevenção de complicações da diabetes, uma parcela significativa de doentes apresenta dificuldades de adesão ao tratamento, tornando-se importante a sua discussão, que se apresenta nos pontos seguintes.

### 2.3.1 Despesas da Diabetes em Portugal

A despesa com a diabetes em Portugal tem vindo a registar um aumento progressivo. Em 2012 representou um custo direto estimado entre 1.250 e 1.500 milhões de euros, correspondendo a um acréscimo de 50 milhões de euros face ao ano anterior. Assim, em 2012 a despesa com a diabetes representou 0,8 a 0,9% do PIB e 8 a 9% da despesa em saúde (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2013).

Se se considerar o custo médio das pessoas com diabetes, tendo em conta os valores apresentados pela *International Diabetes Federation*, no 5.º Atlas Mundial da Diabetes, a diabetes em Portugal em 2012 representa um custo de 1.977 milhões de euros, para todos os indivíduos com Diabetes entre os 20-79 anos. O que representa 1,2% do PIB e 12% da despesa em saúde. Se apenas se considerar a população com Diabetes diagnosticada em Portugal em 2012 o custo aparente desta doença representa 1.107 milhões de euros para todos os indivíduos com Diabetes diagnosticada entre os 20-79 anos (Portugal. Observatório Nacional de Diabetes, 2013).

No que diz respeito às despesas com os medicamentos em ambulatório, verifica-se um aumento ligeiro e progressivo ao longo dos anos (**Figura 5**). No ano de 2012 o SNS teve um encargo com os medicamentos em ambulatório no valor de 208.8 milhões de euros, o que corresponde a um aumento de 4.2 milhões de euros em comparação com o ano transato.



Fonte: Infarmed, 2012

**Fig. 5** Despesas da Diabetes (em milhões de euros)

### **2.3.2 Adesão à terapêutica medicamentosa na DM2**

Atualmente, apesar de existirem diversos estudos sobre a adesão, esta continua a ser um problema. A literatura revela que os indivíduos diabéticos constituem um “grupo ampla e assustadoramente não aderente” (Silva, 2006, p. 26). Relativamente à adesão terapêutica medicamentosa, embora alguns estudos com pessoas diabéticas apontem para bons níveis de adesão ao regime medicamentoso (Silva, Pais-Ribeiro & Cardoso, 2006; Sousa, Peixoto & Martins, 2008), outros indicam que a adesão à terapêutica medicamentosa é potencialmente um dos problemas mais graves enfrentados na prestação de cuidados aos doentes diabéticos, constituindo o maior obstáculo para os benefícios que o regime medicamentoso pode trazer para o doente (Donnan, MacDonald & Morris, 2002).

De facto as investigações apontam para taxas de adesão variadas na população diabética. Cramer (2004) numa revisão sistemática da literatura sobre adesão à medicação para a Diabetes verificou que os doentes diabéticos tomam menos medicação do que a prescrita, e que a adesão à toma de antidiabéticos orais varia entre 36% e 93% (incluindo estudos que avaliaram a medicação através de métodos eletrónicos) em doentes em tratamento entre 6 a 24 meses. Por sua vez, Buckley *et al.* (2009, cit. por Pereira, Pedras & Machado, 2012) encontraram taxas de adesão a antidiabéticos orais entre 7 e 64%.

Grant *et al.* (2003) encontraram uma prevalência de 95,7% de adesão à medicação antidiabética. Também Hill-Briggs *et al.* (2005) obtiveram uma taxa de adesão elevada. No estudo em que pretendiam avaliar a adesão medicamentosa numa amostra de 181 afro-americanos, os autores verificaram uma percentagem de 74% de adesão. No sentido contrário Donnan *et al.* (2002) observaram que apenas 1 em 3 sujeitos com Diabetes tipo 2 podiam ser considerados totalmente aderentes à terapêutica medicamentosa. Também Ahmad *et al.* (2013) encontraram taxas baixas de adesão. Numa investigação que visava avaliar a adesão medicamentosa e identificar fatores associados a não adesão, numa amostra de 557 pessoas diabéticas tipo 2 que estavam a ser atendidas em clínicas de saúde primária do ministério de saúde da Malásia, os autores observaram que aproximadamente 53% dos doentes eram não aderentes.

Estas diferenças nas taxas de adesão podem estar relacionadas com o método de avaliação da adesão utilizado (Pereira, Pedras & Machado, 2012).

### **3. Metodologia**

#### **3.1 Objetivos**

Partimos das seguintes perguntas de investigação:

- Qual o nível de adesão que os doentes diabéticos tipo 2 têm na terapêutica medicamentosa?
- Quais os fatores mais frequentes que levam os utentes diabéticos tipo 2 a não aderirem à terapêutica medicamentosa?
- Existe diferença na adesão à terapêutica medicamentosa em diabéticos tipo 2 consoante a unidade: USF e UCSP?

Tendo em conta, os aspetos referenciados na fundamentação teórica consideramos os seguintes objetivos:

##### **3.1.1. Objetivo Geral:**

- Caracterizar uma amostra de pessoas com diabetes tipo 2.

##### **3.1.1.1. Objetivos Específicos:**

- Caracterizar a amostra de acordo com os dados sociodemográficos;
- Caracterizar a amostra de acordo com os fatores terapêuticos;
- Caracterizar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa;
- Identificar os fatores de não adesão à terapêutica medicamentosa mais frequentes na amostra.

##### **3.1.2. Objetivo Geral:**

- Relacionar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa com os fatores de não adesão.

##### **3.1.2.1. Objetivos Específicos:**

- Relacionar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa com os dados sociodemográficos;

- Relacionar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa com os fatores de não adesão mais frequentes;
- Relacionar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa com os fatores terapêuticos;
- Verificar se existem diferenças no nível de adesão à terapêutica nos doentes atendidos nas USF e UCSP.

### **3.2 Tipo de Estudo**

A presente investigação enquadra-se num **estudo descritivo correlacional, não experimental, com um corte transversal** (Ribeiro, 1999). Neste tipo de estudo a interpretação dos resultados é efetuada tendo em conta o quadro conceptual e às informações obtidas através das questões de investigação. Para além disso, o investigador discute características que se destacam do contexto do estudo, estabelece comparações e procura possíveis associações entre as variáveis (Fortin, 2009).

A manipulação das variáveis não é considerada no presente estudo, por isso o carácter não experimental do mesmo (Fortin, 2009).

No que concerne à durabilidade do estudo, este é do tipo transversal, uma vez que os instrumentos de colheita de dados foram aplicados num determinado período de tempo, desde o dia 14 até 26 de Maio de 2014.

### **3.3 População de Estudo e Amostra**

Para a seleção da amostra utilizámos uma técnica de amostragem não probabilística por conveniência. Assim, o presente estudo foi composto por uma amostra de indivíduos com diabetes *Mellitus* tipo 2 inseridos no Agrupamento de Centros de Saúde Almada e Seixal. De entre as Unidades de Saúde inseridas neste Agrupamento, foram escolhidas duas Unidades de Saúde Familiar (USF) e duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

A escolha destas Unidades deve-se fundamentalmente a dois aspetos: a) colaboração da direção do agrupamento para a realização deste estudo; b) e o facto de o número de inscritos de diabéticos do tipo 2 das unidades escolhidas ser maior que as restantes.

Para o cálculo da amostra utilizou-se o valor total da população (N = 4807), a hipótese de frequência (65%)\*, margem de erro (7.5%) e o nível de confiança (95%).

Através da ferramenta *Raosoft Sample Size Calculator*\*\* calculou-se a amostra, que foi constituída por 151 diabéticos do tipo 2. A colheita de dados foi realizada nas diferentes quatro Unidades de Saúde do ACES Almada e Seixal, desde o dia 14 até 26 de Maio de 2014.

**Tabela 1.1** População de Estudo e Amostra

<b>Centros de Saúde</b>	<b>População de Estudo</b>	<b>Amostra</b>
UCSP Santo António do Laranjeiro	1327	42
UCSP Corroios	1368	43
USF Feijó	1081	34
USF Servir Saúde	1031	32
<b>Total</b>	<b>4807</b>	<b>151</b>

\*Hipótese de frequência: valor referência que é utilizado em diferentes estudos acerca da Adesão à Terapêutica

\*\**Raosoft Sample Size Calculator*: calculadora de amostragem on-line que avalia o tamanho da amostra de acordo com os critérios estatísticos estabelecidos quanto ao erro amostral.

### **3.4 Variáveis**

A especificidade das variáveis escolhidas é um elemento determinante num estudo correlacional. Estas não poderão ser ao acaso, deverão ser escolhidas em função do referencial teórico e das variações que podem exercer umas sobre as outras (Fortin, 1999).

Assim, as variáveis definidas são as seguintes:

#### **3.4.1 Variáveis de não adesão**

- Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembrar de tomar todos)
- Horário das tomas
- Os medicamentos serem difíceis de tomar (sabor desagradável, demasiado grandes, aplicação difícil)
- Número de medicamentos diferentes que toma por dia
- Número de vezes ao dia que toma medicamentos
- Efeitos Secundários (má disposição, sonolência, ser diurético, etc.)
- Provocar sonolência

- Esquecimento
- Preocupação com os efeitos a longo prazo (dependência)
- Adormecer antes de tomar a medicação
- Não gostar de pensar que está doente
- Não querer misturar com álcool
- Duvidar da eficácia da medicação
- Não perceber bem o que deve tomar e como
- Não gostar de tomar medicamentos
- Sentir-se melhor
- Dificuldade em moldar o tratamento à sua vida (rotina, trabalho, etc.)
- Tempo que sabe que é diabético(a)
- Ter/Não Ter médico de família
- Preço da Medicação

#### **3.4.2 Variáveis Sociodemográficas**

- Idade
- Género
- Grau de Escolaridade
- Estado Civil
- Situação Profissional
- Rendimento do Agregado Familiar
- Unidade de Saúde
- 

#### **3.4.3 Variável relacionada à adesão ao tratamento medicamentoso**

- Nível de Adesão

### **3.5 Critérios de Inclusão e Exclusão**

Para se considerarem participantes no estudo foram definidos critérios de inclusão e exclusão:

#### **3.5.1 Critérios de Inclusão**

- Diagnóstico médico *Diabetes Mellitus* tipo 2;

- Idade superior a 18 anos;
- Tomar antidiabéticos orais há pelo menos 6 meses;
- Ser autónomo no que diz respeito à toma da medicação;
- Assinar o consentimento informado.

### **3.5.2 Critérios de Exclusão**

- Estar diagnosticado com outro tipo de Diabetes que não a Diabetes *Mellitus* tipo 2;
- Idade inferior a 18 anos;
- Doentes institucionalizados;
- Doentes com diagnóstico médico de deficiência mental ou patologia psiquiátrica.

## **3.6 Instrumentos**

Os instrumentos de recolha de dados são ferramentas que permitem que o investigador reúna a informação necessária para a continuidade do seu estudo (Lakatos & Marconi, 1995). De acordo com Fortin (2009) na sua ausência o investigador deve criá-los, para que dessa forma possa responder às questões de investigação desenvolvidas.

Tendo por base os objetivos do presente estudo, utilizaram-se dois instrumentos diferentes: a escala de Medida de Adesão aos Tratamentos dos autores Delgado e Lima (2001) a partir da medida de adesão apresentada em 1986 por Morisky, Green e Levine e o Questionário de Identificação de Fatores de Não Adesão adaptado de Cabral e Silva (2010).

### Medida de Adesão aos Tratamentos – MAT

Para determinar a adesão, utilizou-se a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), adaptada e validada pelos autores Delgado e Lima (2001) em Lisboa, Portugal. Esta escala é composta por 7 itens, dos quais 1, 2, 3 e 4 foram adaptados de Morisky, Green e Levine (1986), o item 7 de Shea *et al.* (1992) e o item 6 foi adaptado de Ramalhinho (1994) (Anexo 1).

Este instrumento tem como objetivo determinar a adesão ao tratamento prescrito. No estudo dos autores Delgado e Lima (2001), cerca de metade dos entrevistados responderam às questões numa escala dicotómica 0 (“Sim”) ou 1 (“Não”), os restantes responderam numa escala de Likert de seis pontos que variava de 1 (“Sempre”) a 6 (“Nunca”). Em ambos os casos, os sete itens foram combinados numa nova variável cujo

valor expressa o nível de adesão aos tratamentos. No caso da resposta na escala dicotómica o nível de adesão resulta da simples adição dos valores de cada item, já no caso da escala de Likert o nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Em ambos os casos valores mais elevados significam maior nível de adesão.

Com o objetivo de analisar os dados com uma amostra maior e de testar a sensibilidade da escala de Likert para captar padrões de adesão, procedeu-se à conversão da escala de Likert para dicotómica. A conversão fez-se segundo o seguinte critério: Nunca (6) e Raramente (5), da escala de Likert passou a Não (1) da escala dicotómica, e Por Vezes (3), com Frequência (4), Quase Sempre (5) e Sempre (6), da escala de Likert passou a Sim (0), da escala dicotómica.

Analisou-se ainda, em diversas condições de resposta, a consistência interna da Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e a sua validade através da contagem de comprimidos. A MAT apresentou uma boa consistência interna ( $p < 0,001$ ), na condição de resposta na forma de escala de Likert. No que se refere à validade concorrente, a medida de adesão apresentou correlações elevadas em todas as condições de resposta. A resposta na escala de Likert revelou sensibilidade (0,77) e um valor de especificidade (0,73) superior às restantes escalas, o que significa que é mais apta para captar os comportamentos de não adesão aos tratamentos.

#### Questionário de Identificação de Fatores de Não Adesão

Para identificar os fatores de não adesão recorreu-se ao instrumento utilizado por Cabral e Silva (2010) “Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas”, especificamente as 4 seguintes dimensões: Caracterização do Estado de Saúde (Morbilidade); Caracterização Objetiva do Consumo de Medicamentos; Comportamentos Relativamente ao Consumo de Medicamentos; e Relação Profissional de Saúde vs Doente (Anexo 2).

No que se refere aos elementos das variáveis, “número de medicamentos diferentes que toma por dia” e “tempo que sabe que é diabético”, foram agrupados em classes, através do cálculo do número de classes ( $2^k \geq n$ ) e da amplitude  $\left(\frac{\text{Valor Máximo Observado} - \text{Valor Mínimo Observado}}{k}\right)$ .

### Questionário de recolha de dados sociodemográficos

Retirado do Questionário utilizado no estudo de Cabral e Silva (2010) “Adesão à terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população Portuguesa perante as prescrições médicas”.

Para a variável idade, os elementos foram agrupados em 4 classes etárias, com intervalos de 19 anos, de acordo com o escalão etário do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2013).

### **3.7 Pré-Teste**

O Pré-Teste tem como objetivo principal verificar perguntas-problema que justifiquem uma alteração da estrutura e ou conteúdo, ou mesmo serem eliminadas da versão final. De acordo com a literatura metodológica, o Pré-teste deverá ser realizado numa população com características semelhantes à população do estudo.

Assim, de forma a proceder a esta verificação, foi realizado um Pré-Teste nos Agrupamentos de Centros de Saúde Arco Ribeirinho, concretamente na Unidade de Saúde Familiar do Lavradio, situado na Rua D. José Carcamo Lobo, no dia 25 de Fevereiro de 2014, entre as 10 e 17 horas.

Na realização do pré-teste participaram 12 pessoas diabéticas do tipo 2, 6 indivíduos do sexo Feminino e 6 do sexo Masculino que não entraram no estudo, com idades compreendidas entre 51 a 81 anos. O tempo de preenchimento do questionário foi cerca de 15 minutos.

Após a aplicação do questionário à pessoa diabética, foram efetuadas algumas questões através de uma Grelha de Análise desenvolvida pela investigadora. Esta grelha continha todas as questões do questionário e foi pedido às pessoas que enumerassem possíveis dificuldades sentidas durante a realização do questionário e sugestões para melhoramento.

Uma vez que os participantes não sentiram dificuldades nas questões e, não foram detetados erros ao longo da execução do questionário, o mesmo não sofreu qualquer alteração.

### **3.8 Procedimento na recolha de dados**

Foi efetuado junto dos participantes o devido consentimento informado para participarem na investigação (Anexo 3). No consentimento informado estavam descritos os objetivos do estudo, assim como o anonimato e a confidencialidade referente aos resultados obtidos no presente estudo. Subsequentemente responderam a um conjunto de questionários para avaliação das variáveis em estudo seguindo-se de um questionário com informação sociodemográfica.

Os participantes responderam ao questionário juntamente com a investigadora, nas salas de espera das unidades de saúde e ou no gabinete das mesmas, com duração aproximada de 15 minutos.

### **3.9 Aspetos Éticos**

Após delinear a questão de investigação, os objetivos e as variáveis em estudo iniciaram-se um conjunto de ações, com vista a atingir os objetivos do estudo.

Primeiramente, de forma a utilizarmos a escala referente ao nível de adesão foi pedido aos autores Delgado e Lima (2001), via e-mail, a permissão para utilização da escala de MAT: Medida de Adesão aos Tratamentos (Anexo 4).

Seguidamente, também através de via e-mail, foi pedido aos autores Cabral e Silva (2010) a autorização para utilização do Questionário Apifarma ICS (Instituto de Ciências Sociais) com a finalidade de identificar os fatores de não adesão (Anexo 5).

Por fim, através de um requerimento via e-mail (Anexo 6) foi pedida a autorização à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARS LVT), para realizarmos o presente estudo. No respetivo e-mail foram submetidos todos os documentos referentes à aprovação do estudo (i.e. declarações, instrumentos, consentimento informado, curriculum vitae), bem como o protocolo de investigação que continha informações acerca da investigação. A autorização foi deferida em 13/05/2014 pela entidade acima referida (Anexo 7).

Assim, no mês de Maio, procedemos à aplicação do Questionário de Identificação dos Fatores de Não Adesão nas Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde Almada e Seixal. O estudo foi financiado por meios próprios do investigador. Todos os participantes assinaram o consentimento informado e foram informados acerca do estudo e esclarecidos em todas as dúvidas que surgissem. Após recolha de dados efetuou-se o tratamento estatístico dos mesmos, com posterior análise e discussão dos resultados. Através do tratamento dos dados e divulgação não é possível identificar os respondentes

### 3.10 Tratamento Estatístico

O tratamento estatístico foi efetuado através do programa informático *Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 e foi utilizado como ferramenta para o processamento da informação.

Os dados apresentados foram colhidos através do instrumento de colheita de dados (Questionário de Identificação de Fatores de Não Adesão) aplicado aos doentes diabéticos tipo 2 nas unidades de saúde já referidas. Para a apresentação dos resultados foram utilizados quadros onde se apresentam os dados mais relevantes.

De acordo com Pestana e Gageiro (2005), na análise estatística utilizam-se os seguintes valores de significância:

- $p < 0.05$  - estatística significativa
- $p \geq 0.05$  - não significativo

Relativamente à análise descritiva, para a descrição das variáveis em estudo, determinaram-se frequências, amplitude (mínimo e máximo), medida de tendência central (média) e a medida de dispersão (desvio-padrão).

Com o intuito de se verificar a relação entre as diferentes variáveis de escala, efetuou-se o teste de Coeficiente de Correlação de *Pearson*. Utilizaram-se os valores de  $r$  sugeridos por Pestana e Gageiro (2005) relativos às correlações de *Pearson* que este tipo de teste produz:

- $r < 0,2$  – associação muito baixa
- $r$  entre  $[0.2, 0.39]$  – associação baixa
- $r$  entre  $[0.4, 0.69]$  – associação moderada
- $r$  entre  $[0.7, 0.89]$  – associação alta
- $r > 0,9$  – associação muito alta

## 4 Apresentação dos Resultados

### 4.1 Análise Descritiva

#### 4.1.1 Caracterização da Amostra

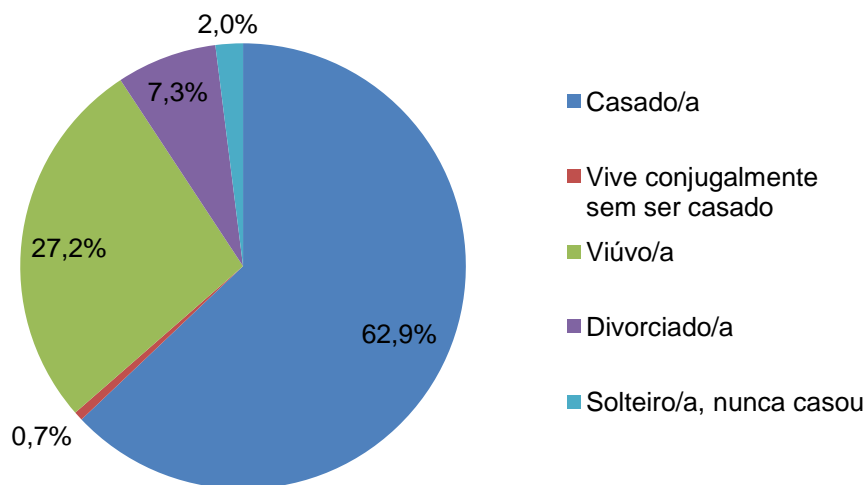
Participaram no presente estudo 151 indivíduos, 66 inscritos na Unidade de Saúde Familiar (USF) e 85 inscritos na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Os participantes eram na sua maioria (i.e. 93,4%) de nacionalidade portuguesa, 80 (53%) do sexo feminino e 71 (47%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre 21 e 91 anos (M = 68,25, DP = 10.109), sendo que 80,1% dos indivíduos apresentaram idade superior a 60 anos. De uma forma geral os participantes refeririam que os seus agregados familiares eram compostos por duas pessoas (51% dos respondentes). Neste sentido verificou-se que 72,8% das pessoas encontravam-se reformadas ou inválidas.

**Tabela 1.2** Caracterização Sociodemográfica da Amostra

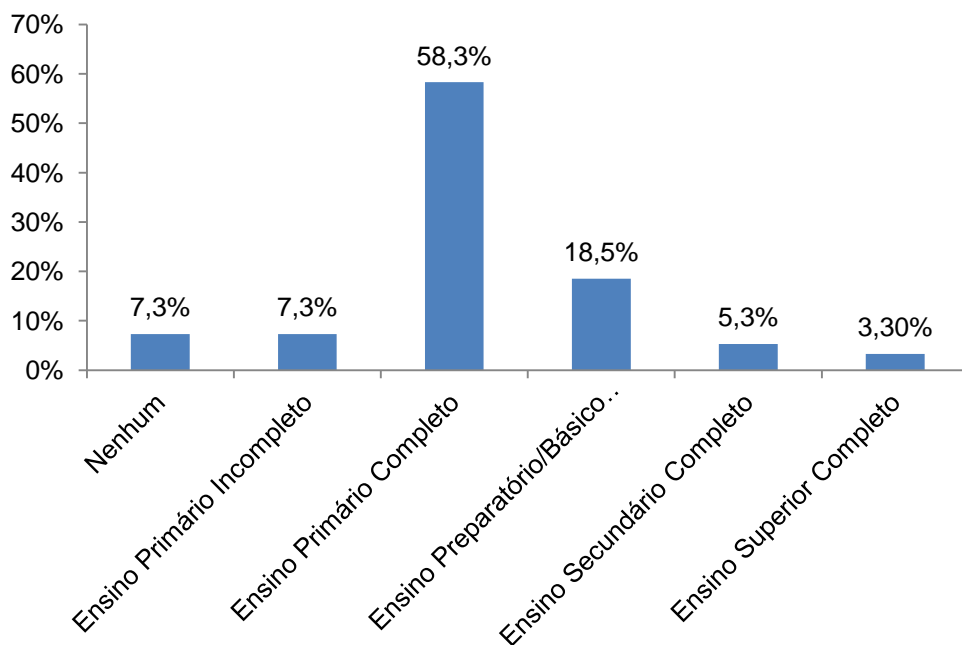
<b>Caracterização Sociodemográfica da Amostra</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade</b>	20-39	1	0.7
	40-59	29	19.2
	<b>60-79</b>	<b>102</b>	<b>67.5</b>
	≥80	19	12.6
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100</b>
<b>Género</b>	Masculino	71	47
	Feminino	80	53
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100</b>
<b>Agregado Familiar</b>	1	33	21.9
	<b>2</b>	<b>77</b>	<b>51</b>
	3	28	18.5
	4	9	6
	5	4	2.6
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100</b>
<b>Situação Profissional</b>	A trabalhar a tempo inteiro	25	16.6
	A trabalhar a tempo parcial	2	1.3
	Desempregado	8	5.3
	<b>Reformado ou Inválido</b>	<b>110</b>	<b>72.8</b>
	Doméstica/Ocupa-se das tarefas do lar	6	4
	<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100</b>

Quanto ao estado civil verificou-se que 95 (62,9%) indivíduos se encontravam casados (ver **Figura 6**).



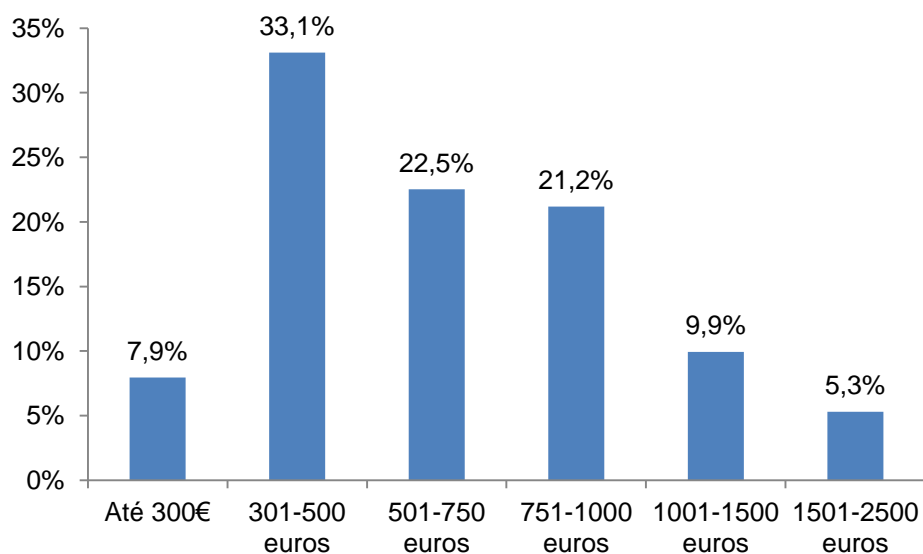
**Fig. 6** Estado Civil

No que diz respeito ao grau de escolaridade, a maioria (58,3%) dos indivíduos completaram o Ensino Primário (ver **Figura 7**).



**Fig. 7** Habilitações Literárias

A **Figura 8** apresenta os dados acerca do rendimento familiar.

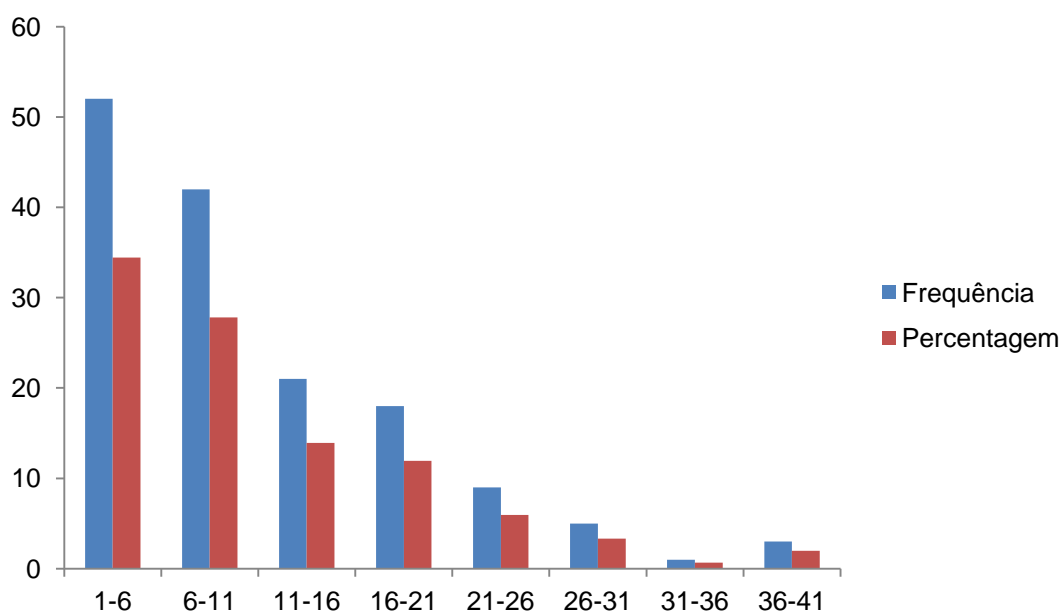


**Fig. 8** Rendimento Familiar

Como se pode observar os rendimentos dos participantes distribuem-se principalmente entre os 301 euros e 1000 euros.

No que diz respeito à duração da doença verificou-se existir uma maior concentração de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 entre 1 a 6 anos, seguidamente de 6 a 11 anos.

**(Figura 9)**



**Fig. 9** Duração da Doença

Observou-se que 19,9% dos participantes não tinham médico de família e 80,1% tinham médico de família. Relativamente às unidades de saúde, verificou-se que 44% pertenciam às Unidades de Saúde Familiar (USF) e 56% às Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

No que se refere à medicação, 92 (60,9%) participantes mencionaram que tomavam 3 vezes ao dia medicamentos, 52 (34,4%) referiram 2 vezes ao dia e 7 (4,6%) tomavam 1 vez ao dia. Quanto ao número de medicamentos, verificou-se que a maioria dos participantes (56,3%) tomava cerca de 2 a 5 medicamentos diferentes por dia (**Tabela 1.3**).

**Tabela 1.3** Número de medicamentos diferentes que toma por dia

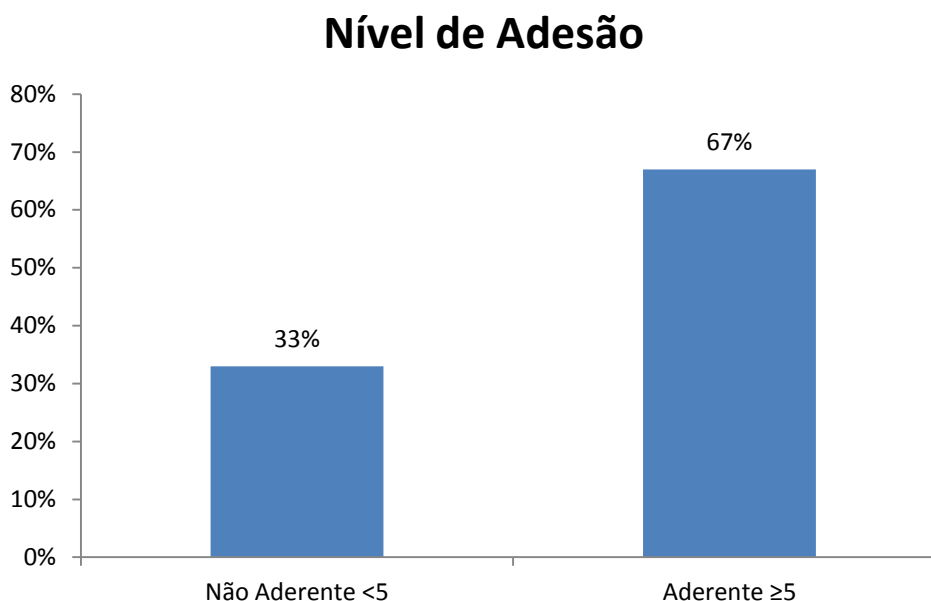
<b>Nº de Medicamentos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>2-5</b>	<b>85</b>	<b>56,3%</b>
5-8	29	19,2%
8-11	18	11,9%
11-14	11	7,3%
14-17	5	3,3%
17-20	2	1,3%
20-23	1	0,7%
<b>Total</b>	<b>151</b>	<b>100%</b>

#### **4.1.2 Nível de Adesão**

Tal como referido anteriormente, para avaliação do nível de adesão utilizou-se a Medida de Adesão ao Tratamento (MAT).

Observou-se que para a escala de medida de adesão ao tratamento os participantes obtiveram uma média de 5.14 (DP = 0.43), valor mínimo 3.86 e máximo 5.71.

Considerando que Nunca (6) e Raramente (5), da escala de Likert passou a Não (1) da escala dicotómica, designado “Não Aderente”; e Por Vezes (3), com Frequência (4), Quase Sempre (5) e Sempre (6), da escala de Likert passou a Sim (0), da escala dicotómica, designado “Aderente”, verificou-se que dos 151 participantes, 50 (33%) eram não aderentes e 101 (67%) aderentes ao tratamento. A **figura 10** ilustra esse resultado, a partir dos pontos de corte.



**Fig. 10** Nível de Adesão aos Tratamentos

#### **4.1.3 Fatores de não adesão mais frequentes na amostra**

Os fatores mais frequentes da amostra foram realizados através do cálculo das frequências.

Observou-se que nenhum dos participantes afirmam que nunca lhes aconteceu deixar de tomar algum medicamento tal como lhe foi prescrito pelo médico por motivo de esquecimento; 52,3% admitem que isso lhes aconteceu com (40,4%) alguma ou (11,9%) muita frequência.

O preço da medicação é a segunda razão mais apontada para que o tratamento não seja cumprido na sua integralidade, embora uma percentagem significativa dos inquiridos declare que nunca lhe aconteceu (40,4%), cerca de 32,4% admite que isso lhe acontece (20,5%) algumas ou (11,9%) muitas vezes.

Em terceiro lugar temos o fator ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembrar de tomar todos) como o motivo mais invocado pelos participantes, em que 21.1% admitiram que isso lhes acontece (18,5%) algumas vezes ou (2,6%) muitas vezes.

O fator não perceber bem o que deve tomar e como também revelou ser uma razão mencionada pelos participantes, embora mais de metade admita que nunca lhe aconteceu (53,6%), 19,2% revelam que isso lhes acontece (17,9%) algumas ou (1,3%) muitas vezes.

Por último como fator mais frequente da tabela tem-se adormecer antes de tomar a medicação, uma percentagem significativa refere que nunca lhe aconteceu (74,8%), 17,2% admite que acontece (10,6%) algumas vezes ou (6,6%) muitas vezes. A **tabela 1.4** mostra os resultados.

**Tabela 1.4** Fatores de não adesão mais frequentes na amostra

	<b>Total</b>
	<b>%</b>
<b>a) Esquecimento</b>	<b>52.3</b>
b) Efeitos Secundários (má disposição, sonolência, ser diurético, etc.)	7.3
c) Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação (dependência)	2.6
<b>d) Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembra de tomar todos)</b>	<b>21.1</b>
e) Os medicamentos serem difíceis de tomar (sabor desagradável, demasiado grandes, aplicação difícil)	0.7
f) Horários das tomas	8.6
<b>g) Adormecer antes de tomar a medicação</b>	<b>17.2</b>
h) Não gostar de pensar que está doente	2
i) Não querer misturar com álcool	1.4
j) Duvidar da eficácia da medicação	-
<b>k) Preço da medicação</b>	<b>32.4</b>
<b>l) Não perceber bem o que deve tomar e como</b>	<b>19.2</b>
m) Não gostar de tomar medicamentos	2.6
n) Sentir-se melhor	3.9
o) Dificuldade em moldar o tratamento à sua vida (rotina, trabalho, etc.)	10.6
p) Provocar sonolência	5.3

## 4.2 Análise Inferencial

### 4.2.1 Relação entre o Nível de Adesão e os Fatores de Não Adesão

Depois de realizarmos a análise descritiva, o procedimento estatístico seguinte é a análise inferencial dos dados obtidos. Efetuou-se o teste de Independência do Qui-quadrado (Chi-square), para variáveis ambas nominais e ou variáveis nominais e de escala. Quando se tratava de variáveis ambas de escala utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*.

#### 4.2.1.1 Relação entre o Nível de Adesão e o Fator Esquecimento

Com o objetivo de compreender a relação entre a adesão à terapêutica medicamentosa e o fator esquecimento, utilizou-se o teste de Independência do Qui-Quadrado. A **tabela 1.5** apresenta os resultados da relação entre a escala que avalia o nível de adesão e o fator esquecimento.

Os dados sugerem que existe uma associação entre o nível de adesão e a frequência de esquecimento da toma medicamentosa ( $X=20.871$ ;  $gl=2$ ;  $p=0.000$ ), verificando-se que as pessoas aderentes escolhem com mais frequência a opção “raramente me aconteceu esquecer” e menos a opção “aconteceu-me muitas vezes esquecer”.

**Tabela 1.5** Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator esquecimento (N=151)

	Não Aderente		Aderente		P
	N	%	N	%	
Raramente me aconteceu	13	18.1	59	81.9	
Aconteceu-me algumas vezes	24	39.3	37	60.7	0.000*
Aconteceu-me muitas vezes	13	72.2	5	27.8	
<b>Total</b>	50	33.1	101	66.9	

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

#### 4.2.1.2 Relação entre o Nível de Adesão e o Fator Preço da Medicação

No que diz respeito à relação entre a medida de adesão aos tratamentos e o preço da medicação observamos uma associação entre o nível de adesão e o preço da medicação ( $X=29.573$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.000$ ). Esta associação parece dever-se ao fato das pessoas aderentes

pontuarem mais na opção “nunca me aconteceu” deixar de cumprir a prescrição médica pelo preço da medicação e menos na opção “aconteceu-me algumas vezes” e “aconteceu-me muitas vezes”, observando-se um padrão inverso para aqueles que não são aderentes. Estes pontuaram mais na opção “aconteceu-me algumas vezes” e “aconteceu-me muitas vezes”.

**Tabela 1.6** Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator preço da medicação (N=151)

	Não Aderente		Aderente		P
	N	%	N	%	
Nunca me aconteceu	11	18.0	50	82.0	0.000*
Raramente me aconteceu	9	22.0	32	78.0	
Aconteceu-me algumas vezes	16	51.6	15	48.4	
Aconteceu-me muitas vezes	14	77.8	4	22.2	
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>33.1</b>	<b>101</b>	<b>66.9</b>	

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

#### **4.2.1.3 Relação entre o Nível de Adesão e o Fator Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembrar de tomar todos)**

A **tabela 1.7** mostra o resultado do teste de Independência do Qui-quadrado entre a escala que avalia o nível de adesão e a variável ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembrar de tomar todos).

Os dados sugerem que existe uma associação entre o nível de adesão e ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez ( $X=10.549$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.014$ ). Esta associação parece dever-se ao fato das pessoas aderentes pontuarem mais na opção “raramente me aconteceu” deixar de tomar a medicação por ter demasiados medicamentos para tomar de uma vez só e menos na opção “aconteceu-me algumas vezes”, observando-se um padrão inverso para aqueles que não são aderentes. Estes pontuaram mais na opção “raramente me acontece vezes” e “aconteceu-me muitas vezes”. Este valor terá de ser visto como indicativo e estudado para amostras maiores.

**Tabela 1.7** Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembrar de tomar todos) (N=151)

	Não Aderente		Aderente		p
	N	%	N	%	
Nunca me aconteceu	8	27.6	21	72.4	0.014*
Raramente me aconteceu	24	26.7	66	73.3	
Aconteceu-me algumas vezes	15	53.6	13	46.4	
Aconteceu-me muitas vezes	3	75.0	1	25.0	
<b>Total</b>	50	33.1	101	66.9	

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

#### 4.2.1.4 Relação entre o Nível de Adesão e o Fator Não perceber bem o que deve tomar e como

Os dados sugerem que não existe uma associação entre o nível de adesão e não perceber bem o que deve tomar e como ( $X=4.204$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.240$ ).

**Tabela 1.8** Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator não perceber bem o que deve tomar e como (N=151)

	Não Aderente		Aderente		p
	N	%	N	%	
Nunca me aconteceu	25	30.9	56	69.1	0.240
Raramente me aconteceu	12	29.3	29	70.7	
Aconteceu-me algumas vezes	13	48.1	14	51.9	
Aconteceu-me muitas vezes	0	0	2	100	
<b>Total</b>	50	33.1	101	66.9	

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

#### 4.2.1.5 Relação entre o Nível de Adesão e o Fator Adormecer antes de tomar a medicação

Os dados sugerem que existe uma associação entre o nível de adesão e adormecer antes de tomar a medicação ( $X=14.994$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.002$ ). Este valor terá de ser visto como indicativo e estudado para amostras maiores.

**Tabela 1.9** Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator adormecer antes de tomar a medicação (N=151)

	Não Aderente		Aderente		p
	N	%	N	%	
Nunca me aconteceu	30	26.5	83	73.5	0.002*
Raramente me aconteceu	3	25.0	9	75.0	
Aconteceu-me algumas vezes	11	68.8	5	31.2	
Aconteceu-me muitas vezes	6	60.0	4	40.0	
<b>Total</b>	50	33.1	101	66.9	

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

#### 4.1.2.6 Relação entre o Nível de Adesão e os Fatores referentes à Terapêutica

Com o objetivo de compreender se existe ou não correlação entre a variável número de medicamentos diferentes que toma por dia, a variável número de vezes ao dia que toma medicamentos, o tempo que sabe que é diabético e a adesão à terapêutica medicamentosa, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Pearson*. Este teste aplicou-se uma vez que todas as variáveis são de escala. A **tabela 1.10** apresenta os resultados do teste de correlação entre as diferentes variáveis e o nível de adesão.

Os dados mostram que não se verificam relações significativas entre o nível de adesão e o número de medicamentos diferentes que toma por dia ( $r = 0.013$ ;  $p=0.872$ ); o número de vezes ao dia que toma medicamentos ( $r = -0.064$ ;  $p=0.437$ ) e o tempo que sabe que é diabético(a) ( $r = 0.025$ ;  $p=0.763$ ).

**Tabela 1.10** Teste do coeficiente de correlação de *Pearson* entre o nível de adesão e os fatores referentes à terapêutica (N=151)

	<b>MAT</b>
Número de Medicamentos diferentes que toma por dia	0,013
Número de vezes ao dia que toma medicamentos	-0,064
Tempo que sabe que é diabético(a)	0,025

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

#### 4.2.1.7 Relação entre o Nível de Adesão e o Fator Ter médico de família

Os dados sugerem que não existe uma associação entre o nível de adesão e o fator ter/não ter médico de família ( $X=0.802$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.371$ ).

**Tabela 1.11** Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o fator ter médico de família (N=151)

	<b>Não Aderente</b>		<b>Aderente</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
Não	12	40.0	18	60.0	0.371
Sim	38	31.4	83	68.6	
<b>Total</b>	50	33.1	101	66.9	

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

#### 4.2.1.8 Relação entre o Nível de Adesão e o Tipo de Unidade de Saúde

Os dados sugerem que não existe uma associação entre o nível de adesão e o tipo de unidade de saúde ( $X=7.378$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.061$ ).

**Tabela 1.12** Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e o tipo de unidade de saúde (N=151)

	<b>Não Aderente</b>		<b>Aderente</b>		<b>p</b>
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	
UCSP Santo António do Laranjeiro	18	42.9	24	57.1	0.371

UCSP Corroios	13	30.2	30	69.8
USF Feijó	14	41.2	20	58.8
USF Servir Saúde	5	15.6	27	84.4
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>33.1</b>	<b>101</b>	<b>66.9</b>

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

#### 4.2.1.9 Relação entre o Nível de Adesão e os Fatores Sociodemográficos

Os dados indicam que não existe uma associação entre o nível de adesão e a idade ( $X=2.910$ ;  $gl=3$ ;  $p=0.406$ ); o género ( $X=0.031$ ;  $gl=1$ ;  $p=0.860$ ); o grau de escolaridade ( $X=4.032$ ;  $gl=5$ ;  $p=0.545$ ); o estado civil ( $X=4.308$ ;  $gl=4$ ;  $p=0.366$ ); a situação face ao trabalho ( $X=2.619$ ;  $gl=4$ ;  $p=0.623$ ) e o rendimento do agregado familiar ( $X=5.650$ ;  $gl=5$ ;  $p=0.342$ ).

**Tabela 1.13** Teste de Independência do Qui-quadrado entre o nível de adesão e os fatores sociodemográficos (N=151)

	<b>MAT</b>
	<b>P</b>
Idade	0.406
Género	0.860
Grau de Escolaridade	0.545
Estado Civil	0.366
Situação face ao trabalho	0.623
Rendimento do Agregado Familiar	0.342

**Nota:** \*  $p \leq 0.05$  (Nível de significância no SPSS);

## 5 Discussão

Este estudo teve os seguintes objetivos: caracterizar uma amostra de indivíduos com diabetes tipo 2 de acordo com os dados sociodemográficos e terapêuticos; avaliar o seu nível de adesão à terapêutica medicamentosa; identificar os fatores de não adesão mais frequentes; relacionar o nível de adesão à terapêutica com os fatores sociodemográficos, com fatores de não adesão mais frequentes, e com os fatores terapêuticos; e verificar se existem diferenças no nível de adesão à terapêutica medicamentosa nos doentes diabéticos atendidos nas USF e UCSP.

A investigação realizada permitiu-nos encontrar alguns resultados que consideramos pertinentes, tendo-se observado outros inconclusivos face aos objetivos que nos propusemos estudar. Assim, apresentamos a discussão dos mesmos. Para tal, decidimos de forma a simplificar a leitura, organizar a discussão por tópicos consoante os objetivos formulados. Primeiramente discutiremos os resultados referentes à caracterização sociodemográfica, em seguida analisaremos o nível de adesão à terapêutica da amostra em estudo, seguido dos fatores de (não) adesão mais frequentes, terminando com as relações entre os fatores de (não) adesão com o nível de adesão encontrado.

### a) Caracterização Sociodemográfica

No que diz respeito ao género, no presente estudo verificámos uma percentagem maior de mulheres (53%) em comparação com os homens (47%) com Diabetes *Mellitus* tipo 2. De facto observa-se que em muitas investigações nesta área há maior frequência de mulheres comparativamente com os homens (Ahmad, 2013; Araújo *et al.*, 2011; Balkrishnan *et al.*, 2003; Gimenes *et al.*, 2009; Grant *et al.*, 2003; Heisler *et al.*, 2004; Schectman, Nadkarni & Voss, 2002; Sousa *et al.*, 2008). A título de exemplo, Rodrigues *et al.* (2012) encontraram no seu estudo uma percentagem de 69,11% de participantes do sexo feminino. De acordo com Flores & Mengue (2005) a maior frequência de mulheres diabéticas está relacionada com fatores, tais como, maior longevidade das mulheres em relação aos homens; maior atenção e cuidado com o aparecimento de problemas de saúde; e maior utilização dos serviços de saúde pelo género feminino.

Relativamente à idade obtivemos uma média de 68.25 anos, situando-se uma grande percentagem de indivíduos (67,5%) no escalão etário 60-79. Estes resultados corroboram os dados do Observatório Nacional da Diabetes (2013) onde consta que a prevalência da diabetes é maior (54,6%) entre as pessoas com idades compreendidas entre os 60-79 anos.

Também Duarte (2002) refere que o risco de desenvolver diabetes tipo 2 aumenta após os 40 anos de idade, apresentando um crescimento elevado na sexta década de vida.

Com efeito, encontramos-nos perante uma amostra maioritariamente idosa e reformada (72,8%) quanto à situação profissional. No entanto, sendo os participantes na sua maioria reformados dispõem de tempo livre para frequentar serviços de saúde e para o acompanhamento de modo mais direto pelo profissional de saúde (Spinel & Puschel, 2007).

Quanto ao estado civil e à composição do agregado familiar, verifica-se que 62,9% dos participantes são casados, com um agregado familiar composto maioritariamente (51%) por duas pessoas. De igual modo, Ciechanowski *et al.* (2001), Grant *et al.* (2003), Rodrigues *et al.* (2012) e Silva *et al.* (2006), encontraram uma percentagem de pessoas casadas de 68,7%, 57%, 58,24% e 72,5%, respetivamente, nas investigações por eles realizadas com diabéticos. O facto de 78,1% dos participantes possuírem um agregado familiar entre duas a seis pessoas poderá contribuir para o adequado seguimento da terapia medicamentosa, pois os familiares podem auxiliá-los a administrar os medicamentos, minimizando erros e reduzindo os fatores de risco para a não adesão (Blanski & Lenardt, 2005).

No tocante ao grau de escolaridade observamos que a maioria (58,3%) dos indivíduos possui apenas o ensino primário completo, notando-se ainda uma percentagem igual (7,3%) de participantes sem escolaridade nenhuma e sem o ensino primário completo. Depreende-se que a nossa amostra tem em geral baixo nível de escolaridade, em concordância com outros estudos (Melancon *et al.*, 2009). É certo que o desenvolvimento da diabetes é independente da escolaridade, contudo o reduzido grau de instrução pode levar o doente a não aderir à terapêutica medicamentosa, por dificuldades na leitura e compreensão da prescrição médica (Delamater, 2006). Para além disso, o baixo nível de escolaridade pode limitar o acesso às informações, provavelmente pelo comprometimento das capacidades de leitura, escrita e fala, bem como à compreensão dos complexos mecanismos da doença e do tratamento (Gamba *et al.*, 2004). Almeida *et al.* (2002) realizaram um estudo com uma amostra de doentes com doenças crónicas, inclusive diabetes, os resultados mostraram que doentes com menos de três anos de estudo e analfabetos apresentaram taxas de internamento superiores (13% e 15,2% respetivamente) aqueles que tinham onze anos ou mais de estudo (9% e 9,4% respetivamente de taxas de internamento).

Relativamente à situação económica, observamos que os rendimentos do agregado familiar dos participantes se distribuem de uma forma geral e em proporção idêntica entre 301-500 euros (33,1%); 501-750 (22,5%), e 751-1000 (21,2%). Tendo em conta que o salário mínimo nacional é 485 euros (Decreto-Lei n.º 143/2010 de 31 de Dezembro), verificamos que pelo menos um terço dos participantes recebe o salário mínimo nacional ou menos. Este facto pode constituir uma barreira para a adesão, uma vez que segundo

Schectman, Nadkarni e Voss (2002), o baixo nível socioeconómico interfere no seguimento do tratamento.

#### b) Nível de Adesão

A adesão à terapêutica medicamentosa é uma componente chave da autogestão dos doentes diabéticos (Tiv *et al.*, 2012). Na presente investigação encontramos uma percentagem de 67% de adesão, o que significa que a adesão medicamentosa pode ainda ser melhorada para 33% dos participantes.

Efetivamente, um dos desafios mais comuns com que os profissionais de saúde se deparam quando têm um doente com pouco controlo da diabetes consiste em tentar perceber se a hiperglicemia está relacionada com a não adesão ou se existe uma necessidade de mudança no esquema terapêutico (Tiv *et al.*, 2012). Os nossos resultados são consistentes com estudos prévios (e.g. Hill-Briggs *et al.*, 2005). Todavia Cramer (2004) na sua meta-análise verificou que as taxas de adesão variam entre 36%-93%. Por sua vez Bernardo e Becker (2013), na sua revisão de literatura, encontraram taxas de adesão à terapêutica medicamentosa entre 13% e 86,3%. Estas variações poderão relacionar-se com diferentes instrumentos utilizados para a medida de adesão (Bernardo & Becker, 2013; Cramer, 2004). Araújo *et al.* (2011) reforçam esta hipótese, uma vez que utilizando três instrumentos de medida de adesão diferentes os autores encontraram taxas de adesão diferentes.

#### c) Fatores de não adesão mais frequentes e relação com o nível de adesão

No presente estudo, os fatores apontados pelos participantes para não seguirem exatamente a prescrição médica são, pela ordem decrescente de frequência, o esquecimento, o preço da medicação, o número elevado de medicamentos para tomar de uma vez só, não perceber bem o que deve tomar e como e, adormecer antes de tomar a medicação.

No que se refere ao **esquecimento**, 52,3% dos participantes referem já se ter esquecido de tomar a medicação. De facto o esquecimento é um dos comportamentos mais observados nos estudos com diabéticos. Este fator é frequentemente referido pelos doentes como o principal motivo para a não adesão (Araújo *et al.*, 2011; Grant *et al.*, 2003; Salvado, 2012; Santos, Oliveira & Colet, 2010; Tiv *et al.*, 2012; Walker *et al.*, 2006), tendo-se observado no presente estudo uma relação significativa entre o nível de adesão e o esquecimento. Assim, verificou-se que os indivíduos aderentes referem mais vezes

“raramente se esquecer de cumprir a prescrição médica” e menos vezes “aconteceu-me muitas vezes esquecer de cumprir a prescrição médica”, observando-se o padrão inverso nos indivíduos não aderentes.

Importa realçar que o esquecimento pode estar relacionado com o fato da amostra ser maioritariamente constituída por idosos. Efetivamente o fator idade influencia a função cognitiva dos idosos verificando-se alterações no sistema nervoso, nomeadamente mudanças de comportamento e comprometimento na capacidade de memorização. Por esta razão, os idosos apresentam comumente dificuldade em lembrar-se de tomar os medicamentos no horário e dosagem corretos (Blanski & Lenardt, 2005).

Relativamente ao segundo fator com maior frequência, 32,4% dos indivíduos mencionaram não seguir a prescrição médica devido ao **preço da medicação**. Este resultado corrobora o estudo efetuado por Heisler *et al.* (2004), os quais encontraram uma percentagem de 32,1%. No estudo realizado por Tiv *et al.* (2012) o fator preço da medicação também apareceu em segundo lugar, no entanto numa percentagem menor (18%). Já no estudo de Grant *et al.* (2003) embora tenha surgido como o terceiro fator mais frequente, 23% dos participantes relataram não ter cumprido a prescrição médica por causa do preço da medicação. Importa realçar que os antidiabéticos orais são comparticipados pelo Estado numa percentagem que varia entre 90% a 100% (Portugal. Infarmed, 2014). Pelo que, o facto do preço da medicação ter sido mencionado como o segundo fator de não adesão mais frequente poderá estar relacionado com a acumulação de outros medicamentos, que no momento da compra tornam-se dispendiosos.

Tal como o esquecimento, verificamos uma associação entre o nível de adesão e o preço da medicação. Aqui observamos que as pessoas aderentes referiram com maior frequência nunca acontecer deixar de tomar a medicação devido ao preço desta e com menor frequência “aconteceu-me algumas vezes” e “aconteceu-me muitas vezes”. Pelo contrário aqueles que não são aderentes referem com maior frequência “aconteceu-me algumas vezes” e “aconteceu-me muitas vezes” não tomar a medicação pelo preço do medicamento e com menor frequência “nunca me aconteceu”.

Estes dados indicam-nos a importância dos profissionais de saúde conhecerem os preços dos medicamentos que prescrevem para o controlo da diabetes, questionar regularmente os doentes quanto a possíveis dificuldades económicas para a obtenção dos mesmos, realizar mudanças no esquema terapêutico a fim de minimizar custos e conhecer programas de suporte assistencial para encaminhar os doentes (Rubin, 2005).

O terceiro fator mais frequente é o **número elevado de medicamentos para tomar**. De facto verificamos a existência de polimedicação (simultaneidade de 4 ou mais medicamentos prescritos) na nossa amostra. Em média, os indivíduos tomam por dia,

aproximadamente, 6 medicamentos diferentes, três vezes ao dia. Este valor é semelhante aos reportados em estudos nacionais e internacionais (Cabral & Silva, 2010; Halling *et al.*, 2006; Hamilton *et al.*, 2009; Rollason & Vogt, 2003; Silva, Luís e Biscaia, 2004; Soares, 2009; Viktil *et al.*, 2006). No estudo levado a cabo por Nascimento *et al.* (2010), a ingestão diária de medicamentos foi considerada o stressor mais importante na terapia medicamentosa para um grupo de doentes diabéticos, os quais relataram dificuldades em conciliá-la com a sua rotina diária (Nascimento *et al.*, 2010).

Quanto à relação entre este fator e o nível de adesão, embora tivéssemos encontrado uma relação significativa, é um resultado apenas indicativo, uma vez que em termos estatísticos não encontramos as melhores condições para a realização do teste, sugerindo-se que seja estudado para amostras maiores. Não encontramos relação significativa entre o nível de adesão nem com o número de medicamentos diferentes que a pessoa toma por dia nem com o número de tomas diárias.

**Não perceber bem o que devem tomar e como fazê-lo** constitui o quarto fator com maior frequência, referido por 19,2% dos participantes. Por seu turno o quinto fator com 17,2% de frequência é **adormecer antes de tomar o medicamento**. Estes resultados podem estar relacionados com o baixo grau de instrução da amostra acompanhado da sua idade avançada. É fácil compreender que para aderir corretamente ao tratamento é necessário que o doente perceba o que lhe é pedido e entenda a razão da prescrição. O nível de capacidade dos indivíduos para obter, processar e compreender informações básicas acerca da sua saúde, e dos serviços necessários e disponíveis de forma a poder tomar decisões saudáveis determina o comportamento do doente (US. DHHS, 2000). Além disso, o carácter crónico da diabetes Mellitus tipo 2 exige um acompanhamento contínuo pelos profissionais de saúde e implica que os indivíduos tenham respostas corretas para as dúvidas que surjam (Apóstolo *et al.*, 2007). Para que o doente idoso seja capaz de gerir de forma eficaz o seu regime medicamentoso e conseqüentemente aumentar a adesão, deve identificar e enumerar o nome dos medicamentos, conhecer a sua aparência, os seus benefícios terapêuticos e os efeitos secundários, armazenar corretamente os medicamentos e saber administrá-los adequadamente. Neste âmbito os profissionais de saúde podem exercer um papel importante, na medida em que são sensíveis às necessidades dos doentes, escutando, comunicando, educando para a saúde, de forma a criar um ambiente facilitador para o doente partilhar as suas questões e dificuldades. A relação com os profissionais de saúde, tendo por base as suas competências de comunicação é fundamental para promover comportamentos de adesão (Banning, 2007; Dunbar-Jacob *et al.*, 2003).

Quanto à relação com o nível de adesão verificamos novamente impossibilidade de realizar o teste nas melhores condições pelo que seria importante estudar este assunto com amostras maiores.

- d) Relação entre o nível de adesão á terapêutica medicamentosa com os dados sociodemográficos

No presente estudo não encontrámos uma relação significativa entre o nível de adesão e os dados sociodemográficos (idade, grau de escolaridade, género, estado civil, situação face ao trabalho e rendimento do agregado familiar). Também Freitas *et al.* (2013) não encontraram relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas e a adesão ao tratamento medicamentoso em doentes com diabetes *mellitus* tipo 2. No mesmo sentido, Silva *et al.* (2006) não observaram relação entre o nível de adesão e a idade, o género, o agregado familiar, grau de escolaridade, estado civil e a situação profissional. Ahmad *et al.* (2013), por sua vez encontraram a idade como preditor da adesão. Os autores verificaram que a redução de 1 ano de idade aumentou a possibilidade de não adesão em 3,4%, ou seja, com o aumento da idade, a adesão ao medicamento melhorou.

- e) Verificar se existem diferenças no nível de adesão à terapêutica medicamentosa entre os doentes diabéticos atendidos na USF e UCSP

Não encontrámos diferenças significativas no nível de adesão à terapêutica medicamentosa entre os doentes atendidos nas USF e UCSP. Embora existam nas UCSP um elevado número de doentes sem médico de família e enfermeiro atribuído, no presente estudo a maior parte (80,1%) dos participantes relataram ter médico de família. O que poderá indicar semelhança na forma de atendimento entre os doentes das diferentes unidades, explicando assim a inexistência de diferenças significativas.

## **6 Conclusões**

A adesão a um regime prescrito tem sido uma das metas a alcançar, com a prática de educação para a saúde (Miller, 2004; Redman, 2003). Tomar medicamentos é um processo metódico que implica uma adaptação a um determinado estilo de vida e exige do doente um ajustamento aos efeitos secundários que alguns medicamentos possam causar, ao suporte social necessário e a ser capaz de gerir o regime terapêutico por forma a conseguir a melhor qualidade de vida possível (Ryan & Chambers, 2000; Chia, Schlenk & Duncar-Jacob, 2006).

Este trabalho teve como finalidade caracterizar uma amostra de pessoas com diabetes *mellitus* tipo 2 e relacionar o nível de adesão à terapêutica medicamentosa com os fatores de não adesão.

Os resultados mostraram um perfil de participantes maioritariamente idosos, reformados, do género feminino, casados, com o ensino primário completo, rendimento mensal entre 301-1000 euros, com médico de família e aderentes à terapêutica medicamentosa.

No que diz respeito aos fatores de não adesão mais frequentes, os participantes relataram o esquecimento, o preço da medicação, o número elevado de medicamentos para tomar de uma vez só, não perceber bem o que deve tomar e como e adormecer antes da toma.

Relativamente às relações, encontrámos relações significativas entre o nível de adesão e o esquecimento, o preço da medicação o número elevado de medicamentos para tomar de uma vez só e adormecer antes da toma. Não encontrámos relações significativas entre o nível de adesão e os dados sociodemográficos, os fatores terapêuticos e o fator de não adesão “não perceber bem o que deve tomar e como”.

Face aos resultados obtidos recomenda-se medidas de carácter institucional e educativas que possam promover a adoção de comportamentos para o aumento da adesão. As medidas de carácter institucional dizem respeito à necessidade de formação contínua dos profissionais de saúde. No que diz respeito às medidas educacionais é importante que os profissionais de saúde para além da informação oral, que deve ser repetida as vezes necessárias, forneçam informação escrita, disponibilizem material audiovisual ao doente e criem programas individuais/grupo de educação e aconselhamento. Quando se trata de doentes idosos é necessário que os profissionais de saúde tenham especial atenção, considerem as possíveis falhas de memória, o aumento da resposta cognitiva e a diminuição do funcionamento sensorial. Neste caso é importante envolver o doente no tratamento, fornecer memorandos, dar reforço ou recompensa pela melhoria da adesão à medicação e resultados terapêuticos.

Este estudo permitiu conhecer a) o perfil dos doentes com diabetes *mellitus* tipo 2 seguidos no ACES Almada e Seixal; b) os motivos que levam os doentes a não seguirem a prescrição médica e c) as relações entre o nível de adesão à terapêutica medicamentosa e o fatores de não adesão. Este conhecimento reveste-se de importância na medida em que permite traçar intervenções no sentido de melhorar o comportamento de adesão dos doentes.

Contudo, os nossos resultados devem ser lidos tendo em conta algumas limitações. Destaca-se em primeiro lugar que a utilização de um questionário para a recolha dos dados pode ter originado algum viés no estudo. O desejo de agradar ou de evitar a desaprovação faz com que as pessoas enviassem frequentemente as suas respostas para se mostrarem a eles próprios e sobretudo aos outros, como mais aderentes do que realmente são (Prendergast & Gaston, 2010). Ressalva-se, no entanto, que as perguntas foram colocadas de modo a que o doente não se sentisse discriminado por ter tido um comportamento de não adesão, e pela frequência de respostas de não adesão não parece ter existido um elevado condicionalismo nas mesmas.

Um outro fator que poderá ter condicionado as respostas diz respeito ao fato da aplicação ter sido conduzida pelo investigador no contexto de Cuidados de Saúde Primários, junto dos profissionais de saúde e maioritariamente no espaço circundante. Butler *et al.* (2004) referem que é muito importante a utilização do autorrelato para medir a não adesão, mas consideram muito importante que a mesma seja efetuada fora do meio ambiente de prestação de cuidados.

Para além disso, a forma como foi conduzido o estudo apenas permitiu avaliar a não adesão num período de tempo específico e não de forma frequente e persistente, note-se, contudo que a mensuração da não adesão episódica é de extrema relevância se tivermos em atenção as estreitas margens terapêuticas.

## 7 Referências Bibliográficas

- AHMAD, N.S. [et al.] - Medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus at primary health clinics in Malaysia. **Patient Preference and Adherence**. 7 (2013) 525-530.
- ALMEIDA, M. [et al.] - Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 7: 4 (2002) 743-756.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. 27: 1 (2004) S5-S10.
- APÓSTOLO, J. [et al.] - Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 15: 4 (2007) 1-9.
- ARAÚJO, M. [et al.] - Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto & Contexto Enfermagem**. 20: 1 (2011) 135-143.
- BALKRISHNAN, R. [et al.] - Predictors of medication adherence and associated health care costs in an older population with type 2 diabetes mellitus: a longitudinal cohort study. **Clinical Therapeutics**. 25: 11 (2003) 2958-2971.
- BANNING, M. - Medication management and the older person. In BANNING, M. - Medication management in care of older people. Oxford: Blackwell Publishing, 2007.
- BERNARDO, H.; BECKER, I. - Adesão ao tratamento farmacológico em diabetes mellitus tipo 2: uma revisão integrativa. Santa Catarina: Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2013. Trabalho de Conclusão de Curso, elaborado no âmbito do Curso de Farmácia 2012/2013 ministrado pela UACC. UNESC.
- BISSEL, P. - Compliance, concordance and respect for the patient's agenda. **Pharmaceutical Journal**. 271 (2003) 498-500.
- BLACKBURN D.; SWIDROVICH, J.; LEMSTRA, M. - Non-adherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. **Patient Preference and Adherence**. 7 (2013) 183-189.
- BLANSKI, K.; LENARDT, H. - A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 26: 2 (2005) 180-188.
- BOND, W.; HUSSAR, D. - Detection methods and strategies for improving medication compliance. **American Journal of Hospital Pharmacy**. 48: 9 (1991) 1978-1988.
- BOQUINHAS, J. - Políticas e sistemas de saúde. Coimbra: Almedina, 2012.
- BRAWLEY, L.; CULOS-REED, S. - Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**. 21 (2000) 156S-163S.

- BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. - Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, 2004.
- BURRELL, C.; LEVY, R. - Therapeutic consequences of noncompliance: improving medication compliance: proceedings of a symposium. Washington, DC: National Pharmaceutical Council (1984) 7-16.
- BUTLER, A. [et al.] - Measuring compliance with drug regimens after renal transplantation: comparison of self-report and clinician rating with electronic monitoring. **Transplantation**. 77: 5 (2004) 786-789.
- CABRAL, M.; SILVA, P. - Adesão à terapêutica em Portugal. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais, 2010.
- CALDEIRA, J.; PAPE, E. - Pé diabético: In Duarte, R. - Diabetologia Clínica. 3ª ed. Lisboa : Lidel, 2002.
- CAMPOS, A. - Reformas da Saúde: O fio condutor. Coimbra: Almedina, 2008.
- CAMPOS, A.; SIMÕES, J. - O percurso da saúde: Portugal na Europa. Coimbra: Almedina, 2011.
- CARVALHO, M.; DUARTE, R. - Neuropatia diabética. In Duarte, R. - Diabetologia Clínica. 3ª ed. Lisboa : Lidel, Edições Técnicas Limitada, 2002.
- CERVENÝ, P. [et al.] - Nonadherence in inflammatory bowel disease: results of factor analysis. **Inflammatory Bowel Diseases**. 13 (2007) 1244-1249.
- CHIA, L.; SCHLENK, E.; DUNCAR-JACOB, J. – Effect of personal and cultural beliefs on medication adherence in the elderly. **Drugs & Aging**. 23: 3 (2006) 191-202.
- CHIN, A. [et al.] - Influência dos factores financeiros no cumprimento da medicação. **Revista Portuguesa de Medicina Geral Familiar**. 28 (2012) 368-374.
- CIECHANOWSKI, P. [et al.] - The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. **The American Journal of Psychiatry**. 158: 1 (2001) 29-35.
- COUTINHO, C. - Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática. Coimbra: Almedina, 2011.
- COX, D.; GONDER-FREDERICK, L. - Major developments in behavioral diabetes research. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 60: 4 (1992) 628-638.
- CRAMER, J. - A systematic review of adherence with medications for diabetes. **Diabetes Care**. 27: 5 (2004) 1218-1224.
- CRAMER, J. - Enhancing patient compliance in the elderly: role of packaging aids and monitoring. **Drugs & Aging**. 12: 1 (1998) 7-15.
- DECRETO-LEI n.º 101/2006. Diário da República. Iª Série-A. 109 (06-06-2006) 3856-3865.

- DECRETO-LEI n.º 11/93. Diário da República. 1ª Série-A. 12 (15-01-93) 129-134 – Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.
- DECRETO-LEI n.º 143/2010. Diário da República. 1ª Série. (31-12-2010) 6121 – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- DECRETO-LEI n.º 28/2008. Diário da República. 1ª Série. 38 (22-02-2008) 1182-1189.
- DECRETO-LEI n.º 56/79. Assembleia da República. 1ª Série. 214 (15-09-79) 2357-2363 – Serviço Nacional de Saúde.
- DELAMATER, A. - Improving patient adherence. **Clinical Diabetes**. 24 (2006) 71-77.
- DELGADO, A.; LIMA, M. - Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 2: 2 (2001) 81-100.
- DIAS, A. [et al.] - Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão da literatura. **Millenium**. 40 (2011) 201-219.
- DIAS, R.; CARNEIRO, A. - Neuropatia diabética: fisiologia, clínica e eletroneuromiografia. **Acta Fisiátrica**. 7 : 1 (2000) 35-44.
- DONNAN, P. T.; MACDONALD, T. M.; MORRIST, A. D. - Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. **Diabetic Medicine**. 19 (2002) 279-284.
- DUARTE, R. - Epidemiologia da diabetes. In: Duarte, R. [et al.], colab. - Diabetologia Clínica. 3ª ed. Lisboa : Lidel, 2002.
- DUARTE, R.; VAN ZELLER, P. - Alterações Oculares na Diabetes. In: DUARTE, R. [et al.], colab. - Diabetologia clínica. 3ª ed. Cap. 20. Lisboa: Lidel, 2002.
- DUNBAR-JACOB, J. [et al.] - Medication adherence in persons with cardiovascular disease. **The Journal of Cardiovascular Nursing**. 18: 3 (2003) 209-218.
- ERAKER, S.; KIRSCHT, J.; BECKER, M. - Understanding and improving patient compliance. **Annals of Internal Medicine**. 100: 2 (1984) 258-268.
- FARMER, K. - Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. **Clinical Therapeutics**. 21: 6 (1999) 1074-1090.
- FERNER, R. - Is concordance the primrose path to health?. **British Medical Journal**. 327 (2003) 821-822.
- FERREIRA, M.; VERÍSSIMO, M. - Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 26: 2 (2008) 37-60.
- FLORES, L.; MENGUE, S. - Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 39: 6 (2005) 924-929.
- FORTIN, M. - Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta, 2009.

- FORTIN, M. - O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusodidacta, 1999.
- FREUND, A. [et al.] - Assessing daily management of childhood diabetes using 24-hour recall interviews: reliability and stability. **Health Psychology**. 10: 3 (1991) 200-208.
- FROST, A.; SULLIVAN. - Patient nonadherence: tools for combating persistence and compliance issues. **Frost & Sullivan**. (2006) 1-10.
- GALLEGO, M. - Diabetes em cuidados primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 95-100.
- GAMBA, M. [et al.] - Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus : estudo caso-controle. **Revista Saúde Pública**. 38: 3 (2004) 399-404.
- GIMENES, H.; ZANETTI, M.; HAAS, V. - Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 17: 1 (2009) 41-47.
- GRANT, R. W. [et al.] - Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**. 26 (2003) 1408-1412.
- GUERRA M.; LIMA, L. - Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
- GUIMARÃES, J. [et al.] - Nefropatia diabética: taxa de filtração glomerular calculada e estimada. **Acta Médica Portuguesa**. 20: 2 (2007) 145-150.
- HAFFNER, S. M. [et al.] - Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in non-diabetic subjects with and without myocardial infarction. **The New England Journal of Medicine**. 399: 4 (1998) 229–234.
- HALLING, A.; FRIDH, G.; OVHED, I. - Validating the Johns Hopkins ACG case–mix system of the elderly in Swedish primary health care. **BMC Public Health**. 6: 171 (2006) 1-7.
- HAMILTON, H.; GALLAGHER, P.; O'MAHONY, D. - Inappropriate prescribing and adverse drug events in older people. **BMC Geriatrics**. 9 : 5 (2009) 1-4.
- HANAUER, S.; DAVIS, R. - Chron's disease: improving treatment adherence. **Practicing Clinicians Exchange**. 2: 1 (2011) 1-19.
- HAYES, K. - Designing written medication instructions: effective ways to help older adults self-medicate. **Journal Gerontological Nursing**. 31: 5 (2005) 5-10.
- HAYNES, R. [et al.] - Intervention for enhancing medication adherence. 2<sup>nd</sup> ed. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**. 16: 2 (2008) CD000011.
- HEISLER, M. [et al.] - The health effects of restricting prescription medication use because of cost. **Medical Care**. 42: 7 (2004) 626-634.
- HELENO, M.; ANTÓNIA, C. - Promoção e educação para a saúde: um estudo com pacientes diabéticos. **Psicologia, Saúde & Doenças**. 5: 1 (2004) 189-194.

- HEPKE, K.; MARTUS, M.; SHARE, D. - Costs and utilization associated with pharmaceutical adherence in a diabetic population. **American Journal of Managed Care**. 10 (2004) 144-151.
- HILL-BRIGGS, F. [et al.] - Medication adherence and diabetes control in urban African Americans with type 2 diabetes. **Health Psychology**. 24: 4 (2005) 349-357.
- HINES, S. - Controlo da glicemia com insulina na diabetes tipo 2. **Patient Care**. (2003) 94-108.
- HORNE, R.; WEINEMAN, J. - Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. **Journal of Psychosomatic Research**. 47 (1999) 555-567.
- HUGHES, C. - Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem?. **Drugs & Aging**. 21: 12 (2004) 793-811.
- INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0. Genebra : ICN, 2005.
- JACKSON R.; WORTHEN D.; BARNETT C. - The financial aspects of improved refill management: practice opportunities. **Proctor & Gamble Health Care**. (1998) 1-15.
- JONES, G. - Prescribing and taking medicines. **British Medical Journal**. 327 (2003) 819-820.
- LEHANE, E.; MCCARTHY, G. - Medication non-adherence: exploring the conceptual mire. **International Journal of Nursing Practice**. 15: 1 (2009) 25-31.
- LEI CONSTITUCIONAL nº1/2005. Diário da República. 1ª Série-A. 155 (12-08-2005) 4642-4686 – Sétima Revisão Constitucional.
- LEITE, M. - Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças diabéticas. In GUERRA, M.; LIMA, L. ed. lit. - Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.
- LEITE, S.; VASCONCELLOS, M. - Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adoptados na literatura. **Ciência e Saúde Colectiva**. 8: 3 (2003) 775-782.
- MACHADO, M. - Adesão ao Regime Terapêutico: Representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho, 2009. Tese de Mestrado elaborada no âmbito do Curso de Especialização de Educação para a Saúde 2008/2009 ministrado pelo IEP. UM.
- MACLAUGHIN, E. [et al.] - Assessing medication adherence in the elderly: which tools to use in clinical practice?. **Drugs & Aging**. 22: 3 (2005) 231-255.

- MAIA, F.; ARAÚJO, L. - Projeto “Diabetes Weekend” : proposta de educação em diabetes mellitus tipo 1. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**. 46: 5 (2002) 566-573.
- MARCELINO, D.; CARVALHO, M. - Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. **Psicologia : Reflexão e Crítica**. 18: 1 (2005) 72-77.
- MARSHALL, S.; FLYVBJERG, A. - Prevention and early detection of vascular complications of diabetes. **British Medical Journal**. 333 (2006) 475-480.
- MCLEAN, W. - Medication adherence initiatives: part I. **Canadian Pharmacists Journal**. 140: 4 (2007) 254-261.
- MEDINA, J. - O essencial da saúde: diabetes. Lisboa: QuidNovi, 2007.
- MEICHENBAUM, D.; TURK, D. - Facilitating treatment adherence. New York: Plenum Press, 1987.
- MELANCON, J.; OOMEN-EARLY, J.; RINCON, L. - Using the pen-3 model to assess knowledge, attitudes, and beliefs about diabetes type 2 among mexican american and mexican native men and women in North Texas. **International Electronic Journal of Health Education**. 12 (2009) 203-221.
- MILLER, C. – Teaching older adults medication self-care. **Geriatric Nursing**. 25: 5 (2004) 318-319.
- MORISKY, D.; GREEN L.; LEVINE, D. - Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**. 24: 1 (1986) 67-74.
- MURRAY, M. [et al.] - A conceptual framework to study medication adherence in older adults. **The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy**. 2: 1 (2004) 36-43.
- NASCIMENTO, A. [et al.] - A relação entre polifarmácia, complicações crônicas e depressão em portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 44: 1 (2010) 40-46.
- OGDEN, J. - Psicologia da Saúde. 2ª ed. Lisboa : Climepsi Editores, 2004.
- OSTERBERG L.; BLASCHKE, T. - Adherence to Medication. **The New England Journal of Medicine**. 353: 5 (2005) 487-497.
- PAIS-RIBEIRO, J. – Introdução à psicologia da saúde. 2ª ed. Coimbra : Quarteto, 2007.
- PEREIRA, M.; PEDRAS, S.; MACHADO, J. - Adaptação do questionário de adesão à medicação numa amostra de pacientes portugueses com diabetes tipo 2. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**. 15: 2 (2012) 148-166.
- PESTANA, M; GAGEIRO, J. – Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS. 4ªed. revista e aumentada. Lisboa: Edições Sílabo, 2005.

- PETERSON, A.; TAKIYA, L.; FINLEY, R. - Meta-analysis of trials of interventions to improve medication adherence. **American Journal of Health System Pharmacists**. 60: 7 (2003) 657-665.
- PORTUGAL. COMISSÃO PARA A SUSTENTABILIDADE DO FINANCIAMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE - A situação em Portugal. In: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde - Relatório final. Lisboa: Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde, 2007.
- PORTUGAL. ERS - Relatório sobre “A Carta dos Direitos dos Utentes”. Porto: Entidade Reguladora de Saúde, 2011.
- PORTUGAL. INFARMED - Análise do mercado de medicamentos, em ambulatório. Lisboa: Infarmed, 2013.
- PORTUGAL. INFARMED - Estatística do medicamento. Lisboa: Medicines Statistic, 2011.
- PORTUGAL. INFARMED – Mercado de medicamentos genéricos em Portugal. Lisboa: Gabinete de Estudos e Projectos, 2014a.
- PORTUGAL. INFARMED – Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS. Lisboa: Infarmed, 2014b.
- PORTUGAL. OBSERVATÓRIO NACIONAL DE DIABETES - Diabetes: factos e números. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2013.
- PORTUGAL. PORDATA – SNS: encargos com medicamentos: Continente. Lisboa: Pordata, 2013.
- PORTUGAL. PORTAL DA SAÚDE – História do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Portal da Saúde, 2010.
- PRENDERGAST, M.; GASTON, R. - Optimizing medication adherence: an ongoing opportunity to improve outcomes after kidney transplantation. **Clinical Journal of the American Society of Nephrology**. 5 : 7 (2010) 1305-1311.
- RAPOFF, A. - Consequences of nonadherence and correlates of adherence: adherence to pediatric medical regimens. 2<sup>nd</sup> ed. New York City : Springer, 2010.
- REDMAN, B. – A prática da educação para a saúde. 9<sup>a</sup> ed. Lisboa : Lusociência, 2003.
- RIBEIRO, J. – Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. Lisboa: Climepsi Editores, 1999.
- RIBEIRO, J. - Saúde: a liberdade de escolher. Lisboa: Gradiva, 2009.
- RODRIGUES, F. [et al.] - Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes *mellitus*. **Acta Paulista de Enfermagem**. 25: 2 (2012) 284-290.

- ROLLASON, V.; VOGT, N. - Reduction of polypharmacy in the elderly: a systematic review of the role of the pharmacist. **Drugs & Aging**. 20: 11 (2003) 817-832.
- RUBIN, R. - Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. **The American Journal of Medicine**. 118: 5A (2005) 27S-34S.
- RYAN, A.; CHAMBERS, M. – Medication management and older patients: an individualized and systematic approach. **Journal of Clinical Nursing**. 9: 5 (2000) 732-741.
- SALVADO, N. - Adesão Terapêutica numa população diabética atendida na unidade de diabetes do hospital amato lusitano em Castelo Branco. Castelo Branco : Faculdade Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior, 2012. Dissertação elaborada no âmbito do Curso de Medicina 2011/2012 ministrada pela FCS. UBI.
- SANTOS, S.; OLIVEIRA, R.; COLET, F. - Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de diabetes mellitus atendidos em uma unidade básica de saúde no município de Ijuí/RS : um estudo exploratório. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. 31: 3 (2010) 223-227.
- SARAIVA, J.; GOMES, L.; CARVALHEIRO, M. - Classificação e diagnóstico da diabetes mellitus: o que há de novo em 2010. **Revista Portuguesa de Diabetes**. 5: 2 (2010) 77-82.
- SCHECTMAN, J.; NADKARNI, M.; VOSS, J. - The association between diabetes metabolic control and drug adherence in an indigent population. **Diabetes Care**. 25: 6 (2002) 1015-1021.
- SEGAL, J. - “Compliance” to “concordance”: a critical view. **Journal of Medical Humanities**. 28: 2 (2007) 81-96.
- SHEA, S. [et al.] - Correlates of nonadherence to hypertension treatment in an inner-city minority population. **American Journal of Public Health**. 82: 12 (1992) 1607-1612.
- SILVA, I. - Psicologia da Diabetes. Coimbra: Quarteto, 2006.
- SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.; CARDOSO, H. - Adesão ao tratamento da diabetes mellitus : a importância das características demográficas e clínicas. **Revista Referência de Enfermagem**. II : 2 (2006) 33-41.
- SILVA, P.; LUÍS, S.; BISCAIA, A. – Polimedicação : um estudo de prevalência nos centros de saúde do Lumiar e de Queluz. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. 20 (2004) 323-336.
- SNOWDEN, A. - Medication management in older adults: a critique of concordance. **British Journal of Nursing**. 17: 2 (2008) 114-119.
- SOARES, M. - Avaliação da terapêutica potencialmente inapropriada no doente geriátrico. Lisboa: Faculdade de Farmácia. Universidade de Lisboa, 2009. Dissertação de

- Doutoramento elaborada no âmbito do Curso de Farmacoepidemiologia 2008/2009 ministrada pela FF. UL.
- SOUSA, M.; PEIXOTO, M.; MARTINS, T. - Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. **Revista Referência de Enfermagem**. II : 8 (2008) 59-67.
- SPINEL, F.; PÜSCHEL, A. - Perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. 28: 4 (2007) 534-541.
- TELLES-CORREIA, D. [et al.] - Adesão nos doentes transplantados. **Acta Médica Portuguesa**. 20: 1 (2007) 73-85.
- TIV, M. [et al.] - Medication adherence in type 2 diabetes: the entred study 2007, a French population-based study. **Plos One**. 7: 3 (2012) 1-6.
- TRINDADE, I.; TEIXEIRA, J. - Psicologia nos cuidados de saúde primários. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.
- TURK, D.; MEICHENBAUM, D. - Adherence to self-care regimens: the patient's perspective. In: SWEET, J.; ROZENSKY, R.; TOVIAN, S. ed. lit. - Handbook of clinical psychology in medical settings. New York: Plenum Press, 1991.
- UK. NHS. NCCSDO - Concordance, adherence and compliance in medicine taking: report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Brighton: Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D, 2005.
- US. DHHS - Healthy people 2010: understanding and improving health. us department of health and human services. 2<sup>nd</sup>. Washington: Government Printing Office, 2000.
- VERMEIRE, E. [et al.] - Patient adherence to treatment: three decades of research: a comprehensive review. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**. 26: 5 (2001) 331-342.
- VIK, S. [et al.] - Assessing medication adherence among older persons in community settings. **The Canadian Journal of Clinical Pharmacology**. 12: 1 (2005) e152-e164.
- VIKTIL, K. [et al.] - Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. **British Journal of Clinical Pharmacology**. 63: 2 (2006) 187-195.
- WALKER, E. [et al.] - Adherence to preventive medications: predictors and outcomes in the diabetes prevention program. **Diabetes Care**. 29: 9 (2006) 1997-2002.
- WHO - Adherence to long-term therapies: evidence for action. **World Health Organization**. Annex I (2003) 135-149.
- WILLIAMS, A.; MANIAS, E.; WALKER, R. - Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**. 63: 2 (2008) 132-143.

WOO, H.; FRISBIE, W. - Self-regulated health behavior and chronic disease: a longitudinal analysis of a healthy population. Austin: University of Texas, 2005.

ZEIDNER, M.; BOEKAERTS, M.; PINTRINCH, P. Self-regulation: directions and challenges for a future research. In BOEKAERTS, M.; PINTRINCH, P.; ZEIDNER, M., colab. - Handbook of self-regulation. San Diego: Academic Press, 2000.

ZOLNIEREK, K.; DIMATTEO, M. - Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. **Medical Care**. 47 (2009) 826-834.

# 8. Anexos

## Anexo 1

### Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

#### *Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)*

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

## Anexo 2

### Questionário de Identificação de Fatores de Não Adesão (Adaptado de Cabral & Silva, 2010)

#### Caracterização do Estado de Saúde (Morbilidade)

P.1. Comparando com as pessoas da sua idade, como avalia a sua saúde:

Excelente	
Boa	
Razoável	
Má	
Péssima	
Não sabe/Não responde	

#### Caracterização Objetiva do Consumo de Medicamentos

P.2. No total, quantos medicamentos diferentes é que tem de tomar por dia?

Medicamentos	
Não sabe/Não responde	

P.3. Quantas vezes ao dia tem de tomar medicamentos?

Número de vezes por dia	
Não Sabe/Não responde	

#### Comportamentos Relativamente ao Consumo de Medicamentos

P.4. Em que medida segue/seguiu as instruções do médico relativamente à forma como deve tomar os medicamentos que lhe são prescritos para a Diabetes?

1 (NUNCA SIGO)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (SIGO SEMPRE)	NS/NR
----------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------------	-------

P.5. Com que frequência lhe aconteceu não tomar algum dos medicamentos para a Diabetes, exatamente como lhe foi prescrito pelo médico por....

	Nunca me aconteceu	Raramente me aconteceu	Aconteceu-me algumas vezes	Aconteceu-me muitas vezes	NS/NR
<b>a)</b> Esquecimento					
<b>b)</b> Efeitos secundários (má disposição, sonolência, ser diurético, etc.)					
<b>c)</b> Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação (dependência)					
<b>d)</b> Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembra de tomar todos)					
<b>e)</b> Os medicamentos serem difíceis de tomar (sabor desagradável, demasiado grandes, aplicação difícil)					
<b>f)</b> Horários das tomas					
<b>g)</b> Adormecer antes de tomar a sua medicação					
<b>h)</b> Não gostar de pensar que está doente					
<b>i)</b> Não querer misturar com álcool					
<b>j)</b> Duvidar da eficácia da medicação					
<b>k)</b> Preço da medicação					

<b>l)</b> Não perceber bem o que deve tomar e como					
<b>m)</b> Não gostar de tomar medicamentos					
<b>n)</b> Sentir-se melhor					
<b>o)</b> Dificuldade em moldar o tratamento à sua vida (rotina, trabalho, etc.)					
<b>p)</b> Provocar sonolência					

**P.6.** Quando tem dificuldade em seguir integralmente as indicações médicas o que costuma fazer?

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>
<b>a)</b> Falar o máximo possível com o médico			
<b>b)</b> Usar uma caixa especial para transportar os medicamentos			
<b>c)</b> Ajustar o tratamento às atividades diárias			
<b>d)</b> Mudar para um regime mais simples, por sua iniciativa			
<b>e)</b> Juntar-se a um grupo de apoio/ Associação de doentes			
<b>f)</b> Pedir ao médico que ajuste o regime terapêutico para que se adeque aos seus horários e estilo de vida			
<b>g)</b> Falar com o seu farmacêutico para ajustar o regime terapêutico aos seus horários e estilo de vida			
<b>h)</b> Pedir sempre ao médico um plano escrito do tratamento a seguir (medicamentos a tomar, horários, quantidades, etc.)			

i) Alterar, por sua iniciativa, para um regime terapêutico com efeitos secundários que sejam melhor tolerados por si			
j) Compensar uma dose em falta na vez seguinte/ Duplicar a dose seguinte após não ter tomado uma vez como devia			

**P.7.** Pense agora na última vez que o médico lhe receitou um medicamento para a Diabetes que nunca tinha usado. Das seguintes afirmações, qual é a que melhor descreve o que fez com a receita?

Não fui à farmácia aviar a receita	
Aviei a receita mas não tomei o medicamento	
Usei o medicamento todo ou em parte, mas não da forma como foi receitado	
Usei o medicamento tal como foi receitado	
Não me lembro da última vez que o médico me receitou um medicamento novo	
Não sabe/Não responde	

**P.8.** No que é que confia mais para perceber como tomar a medicação que lhe é prescrita?

No que o médico de família / clínica geral lhe diz durante a consulta	
No que o médico especialista lhe diz durante a consulta	
No que o enfermeiro lhe diz	
No rótulo do medicamento/ Na bula	
No plano de tratamento elaborado no momento da prescrição	
No farmacêutico	
Na sua família/ Amigos	
Na Internet	
Associação de doentes	
Não sabe/ Não responde	

**P.9.** Qual considera ser o fator que mais contribui para cumprir o tratamento como foi prescrito pelo médico?

A sua força de vontade	
O próprio médico	
O enfermeiro	
Outros profissionais de saúde	
Os assistentes sociais/ Voluntários de apoio social	
Os seus familiares próximos/ Pessoas com quem vive	
Amigos	
Associações de doentes	
Colegas de trabalho	
Farmacêutico	

Não sabe/ Não responde

**Relação Profissional de Saúde vs Doente**

**P.10.** Quando iniciou o seu tratamento para a **diabetes**, ou quando fez alguma alteração na sua medicação para a diabetes, em que medida o médico conversou consigo sobre:

	Não falou	Falou pouco	Falou o suficiente	Falou muito		Eu	Médico	Ambos	Não tenho a certeza
<b>a)</b> A razão por que é importante tomar a sua medicação exatamente como planeado (horários, doses, etc.)					→				
<b>b)</b> O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)					→				
<b>c)</b> A forma como lidar com os possíveis									

efeitos secundários dos medicamentos a tomar									
<b>d)</b> Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação					→				

**P.11.** Pensando na **última consulta**, em que medida concorda ou discorda com cada uma das seguintes afirmações:

	Discordo Totalmente	Discordo	Não Concordo Nem Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
<b>a)</b> O médico deu-lhe todo o tempo que necessitou para a consulta					
<b>b)</b> O médico respondeu a todas as questões que o preocupavam					
<b>c)</b> O médico explicou de forma clara os objetivos dos exames e tratamentos receitados					
<b>d)</b> O médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores					
<b>e)</b> O médico colocou diversas opções de					

tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adaptasse a si					
<b>f)</b> O médico ouviu as suas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado					
<b>g)</b> O médico não compreendeu as dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita					
<b>h)</b> O médico motivou-o para seguir o tratamento					
<b>i)</b> O médico tratou-o atenciosamente					
<b>j)</b> O médico fez o correto diagnóstico da sua doença					
<b>k)</b> O médico teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento					
<b>l)</b> O médico inspirou total confiança					

**P.12.** Com que frequência costuma conversar com o enfermeiro sobre os medicamentos que vai tomar ou que está a tomar?

Frequentemente	
Ocasionalmente	
Raramente	
Nunca	
Não sabe/Não responde	

**P.13.** Em que medida, a possibilidade de conversar com o enfermeiro sobre os medicamentos contribui para que cumpra o tratamento como prescrito?

Contribui muito	
Contribui	
Não contribui nem muito nem pouco	
Não contribui	
Não contribui nada	
Não sabe/Não responde	

<b>Terapêutica Medicamentosa</b>
----------------------------------

**P.14.** Para os últimos SEIS MESES:

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

(Medida de Adesão à Terapêutica: Adaptado de Delgado & Lima, 2001)

**Módulo de Caracterização Sociodemográfica**

**P.15.** Registrar Género

Masculino	
Feminino	

**P.16.** Gostaria de começar por saber a sua idade.

\_\_\_\_\_ Anos

**P.17.** Há quanto tempo sabe que é diabético(a)?

\_\_\_\_\_ Anos

**P.18.** Tem médico(a) de família?

Sim	
Não	

**Dados de Caracterização**

Para terminar, gostaria de lhe colocar algumas questões de caracterização social

**D.1.** Qual é o seu estado civil?

Casado/a	
Vive conjugalmente sem ser casado	
Viúvo/a	
Divorciado/a	
Separado/a (casado mas separado/não vive com o cônjuge)	
Solteiro/a, nunca casou	

**D.2.** Quantas pessoas compõem o seu agregado familiar? (Incluindo o/a Sr./Sra.)

Total de pessoas (incluindo o/a Sr./Sra.)	
---	--

**D.3.** Qual o grau de escolaridade mais elevado que atingiu ou que está a frequentar?

Nenhum	
Ensino Primário incompleto	

Ensino Primário completo	
Ensino Preparatório, Básico e Secundário incompleto	
Ensino Secundário completo	
Ensino Superior incompleto	
Ensino Superior completo	

**D.4.** Vamos agora falar da sua atual situação face ao trabalho. Qual é a sua situação profissional?

A trabalhar a tempo inteiro	
A trabalhar a tempo parcial	
Desempregado	
Reformado ou Inválido	
Doméstica /Ocupa-se das tarefas do lar	
Estudante/Na escola/Em formação Profissional	

**D.5.** Mudando de assunto, diga-me, por favor, qual dos seguintes escalões corresponde ao rendimento do seu agregado familiar (médio mensal, líquido, em euros)

Até 300 euros	
301-500 euros	
501-750 euros	
751- 1000 euros	
1001-1500 euros	
1501-2500 euros	
Mais de 2500 euros	

**D.6.** Diga-me qual a sua nacionalidade?

Portuguesa	
Outra. Qual? _____	
Não Responde	

**Obrigada pela sua colaboração!**

## **Anexo 3**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO**

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações.*

Vimos propor-lhe que participe num estudo que tem como principal objetivo, identificar os fatores de não adesão numa amostra de diabéticos tipo II, isto é, verificar os motivos pelos quais os diabéticos de tipo II não tomam (ou tomam de modo incorreto) a medicação que lhes é prescrita.

Este procedimento não apresenta nenhuma despesa ou risco adicional ao participante. A participação na investigação é voluntária e o mesmo pode desistir a qualquer momento. Toda a informação obtida nesta investigação será arquivada em dispositivo próprio, com proteção de palavra-passe e com acesso exclusivo dos investigadores do projeto.

No processo de tratamento de dados não será possível identificar os respondentes em virtude de os dados serem armazenados de forma agregada e sem identificação individual, garantido assim o anonimato, pelo que não será possível em circunstância alguma identificar os respondentes. Todo o material recolhido e analisado será arquivado em lugar seguro e destruído no final do estudo; todos os profissionais envolvidos neste estudo estão sujeitos ao dever de sigilo profissional.

As informações serão recolhidas através de um questionário anónimo (sem qualquer dado identificativo da pessoa) com duração aproximada de 15 minutos e a seleção dos participantes é feita por amostra não aleatória, de conveniência. Será identificado um dia e um período do dia específico durante o qual serão aplicados os questionários às pessoas que se encontrarem nas salas de espera das USF's e UCSP's.

O atual trabalho de investigação intitulado “Adesão à Terapêutica Medicamentosa na Diabetes Mellitus Tipo II: Relação com Fatores de Não Adesão” insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado de Gestão em Saúde, realizado por Ariana Correia Martins, sob a orientação da Professora Doutora Ana Escoval, da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

Este trabalho é bastante importante, uma vez que, conhecidas as causas pelas quais os doentes não seguem totalmente as recomendações médicas, poder-se-á implementar estratégias a alterar esta realidade preocupante.

Este estudo mereceu o parecer positivo da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Desde já, agradeço-lhe a sua disponibilidade e participação neste estudo.

Para qualquer esclarecimento de dúvidas não hesite em contactar a Investigadora Ana Rita Pedro, da Escola Nacional de Saúde Pública, através do telefone 21 751 21 00 ou a responsável pelo estudo Ariana Martins, através do seguinte endereço de correio eletrónico: [aco.martins@ensp.unl.pt](mailto:aco.martins@ensp.unl.pt)



Assinatura da Orientadora:

Assinatura da responsável pelo estudo: \_\_\_\_\_

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_


**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O INVESTIGADOR, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

## Anexo 4

### Autorização da Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos

Ajuda na realização da tese de mestrado Caixa de entrada x

---

 **Ariana Martins** <acmzizz@gmail.com> 19:07 (há 3 horas) ☆ ↩

para lpl


Ex-mo Senhor Doutor Artur Barata Delgado,

Sou a Ariana Martins, estudante de Mestrado de "Gestão em Saúde" na Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. De momento encontro-me a realizar a tese de mestrado cujo o título é "Adesão à Terapêutica Medicamentosa na Diabetes *Mellitus* tipo II: Principais Fatores de Não Adesão e Relação entre Profissional de Saúde/Doente", sob a orientação da Professora Doutora Ana Escoval, da Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Desta forma, venho por este meio, pedir-lhe, se possível for, autorização para poder utilizar a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT).

Desde já agradeço a sua disponibilidade e a atenção despendida!

Com melhores cumprimentos.

 **Luísa Lima** <luisa.lima@iscte.pt> 22:30 (Há 7 minutos) ☆ ↩

para mim

Cara Ariana Martins,

Muito obrigada pelo seu contacto e pelo seu interesse no nosso trabalho.

Autorizo a utilização da MAT, desde que a referencie correctamente em publicações futuras desta investigação :

Delgado, A.B., & Lima, M.L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia: Saúde e Doenças*, 1, 81-100.

Com os melhores cumprimentos, desejo-lhe os melhores sucessos.

Luísa Lima

No dia 11 de Fevereiro de 2014 às 19:07, Ariana Martins <acmzizz@gmail.com> escreveu:

...

## Anexo 5

### Autorização do Questionário da Apifarma ICS

Ajuda na realização de tese de mestrado Caixa de entrada

**Ariana Martins** <acmzizz@gmail.com> 30/01 (há 12 dias) ☆

para **pedro.alcantara**

Muito Boa tarde Ex-mo Sr. Dr. Pedro Alcântara da Silva,

Sou a Ariana Martins, estudante de mestrado de "Gestão em Saúde" na Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública. De momento encontro-me a realizar tese de mestrado no âmbito da Adesão à Terapêutica em Diabéticos tipo 2. Utilizei como recurso o livro "A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas", cujo um dos autores é o Sr. Dr. Silva.

Desta forma venho, por este meio, pedir-lhe, se possível for, que me envie o Questionário utilizado aquando da realização do estudo mencionado no livro.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e a atenção despendida!

Com melhores cumprimentos.

**Pedro Alcântara** 30/01 (há 12 dias) ☆

para **Manuel, mim**

Cara Ariana,

Junto envio o questionário do nosso estudo.

Cordialmente,  
PAS

Pedro Alcântara da Silva, PhD Sociologia  
Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa  
Instituto do Envelhecimento - Universidade de Lisboa  
Avenida Professor Aníbal de Bettencourt, n.º 9  
1600 - 189 Lisboa Portugal  
Tef.: +351 21 780 47 00 / Fax.: +351 21 794 02 74  
URL's: <http://www.ics.ul.pt/> / <http://www.i envelhecimento.ul.pt>

## Anexo 6

### Pedido de Autorização de Aplicação dos Questionário

**De:** Ariana Martins [mailto:[acmzizz@gmail.com](mailto:acmzizz@gmail.com)]  
**Enviada:** quarta-feira, 12 de Março de 2014 00:22  
**Para:** ARSLVT - Etica; Paula Monteiro | Assessoria  
**Cc:** Ana Escoval; Ana Rita Pedro  
**Assunto:** Pedido de Autorização

Ex-mo Sr. António Manuel Núncio Faria Vaz,

Eu, Ariana Correia Martins, aluna de mestrado do Curso de Gestão em Saúde na Escola Nacional de Saúde Pública, venho solicitar no âmbito da minha tese de mestrado intitulada "Adesão à Terapêutica Medicamentosa na Diabetes Mellitus Tipo II: Relação com Fatores de Não Adesão" a autorização para aplicar os Questionários no Agrupamento de Centros de Saúde do Almada-Seixal.

Seria importante, obter a autorização assim que fosse possível, uma vez que tenho prazos reduzidos para entregar a minha Tese de Mestrado.

Em anexo, envio-lhe toda a documentação respetiva.

Desde já agradeço a atenção despendida!

Atenciosamente,  
Ariana Martins.

Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT - PROC.025/CES/INV/2014



Caixa de entrada x

**Paula Monteiro | Assessoria** <[paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt](mailto:paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt)>

18/03



para mim

Exma Sr.ª Ariana Martins,

Acusamos a recepção do seu estudo que será sujeito à apreciação desta Comissão de Ética.

Com os melhores Cumprimentos

**Paula Monteiro**

Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Email: [paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt](mailto:paula.monteiro@arslvt.min-saude.pt) (Secretariado)

Telefone: +351 218425203 - Ext.: 5343 - Fax: +351 8499723



Administração Regional de Saúde de Lisboa  
e Vale do Tejo, I.P.  
Av. Estados Unidos da América, 75-77  
1749-096 Lisboa | Portugal

## Anexo 7

### Autorização da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo



Exma. Sr.<sup>a</sup>  
Dr.<sup>a</sup> Ariana Correia Martins  
[acmzizz@gmail.com](mailto:acmzizz@gmail.com)

C/C: Dr.<sup>a</sup> Ana Escoval

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência  
8342/CES/2013

Data  
30-04-2014

**Assunto: “Adesão à Terapêutica Medicamentosa na Diabetes tipo 2: Relação com factores de não adesão.”**

**- Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT – Proc.025/CES/INV/2014**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT apreciou na sua reunião da Secção de Investigação do dia 24-04-2014, o projecto mencionado em epígrafe, tendo merecido parecer favorável.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Vice - Presidente do Conselho Directivo

Luis Pisco