



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR

Faculdade Ciências da Saúde

Adesão Terapêutica numa população diabética atendida na Unidade de Diabetes do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco

Nina Andreia Almeida Salvado

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Dr.^a Rosa Silva

Covilhã, Maio de 2012

À minha avó.

AGRADECIMENTOS

Apesar de uma tese ser, pelo seu propósito académico, um trabalho individual, há contributos de natureza diversa que não podem e nem devem deixar de ser realçados. Desde o seu início que contei com a confiança e apoio de inúmeras pessoas e instituições. Estou certa que, sem esses contributos, esta investigação não teria sido possível. Por essa razão, desejo expressar os meus sinceros agradecimentos:

À Dr.^a Rosa Silva, minha orientadora, por me ter colocado o desafio deste tema, pelas competências científicas e orientações dadas, pelas críticas, correções e sugestões relevantes, bem como pela disponibilidade, prazer e dedicação com que me ensinou. Muito obrigado por toda a preocupação, partilha e amizade.

À Unidade de Diabetes do Hospital de Amato Lusitano, na pessoa da Enfermeira Helena Machado, Enfermeira Paula Alves, Estudantes de Enfermagem Joana Rita Antunes, Maria João Alves, Jaquelina da Silva Monteiro e Joana Filipa Gonçalves Ribeiro, à D^a Alzira Fontinha e à D^a Ilda Pires, pela simpatia com que sempre me receberam, por toda a ajuda, disponibilidade e interesse genuíno no meu trabalho.

A todos os doentes da Unidade que amavelmente cederam o seu tempo para responder ao inquérito.

Ao Dr. Luís Forte e Dr.^a Eufémia Calmeiro pela compreensão e abertura para assistir às suas consultas.

À Professora Mónica Lopes, pela sua infindável paciência, disponibilidade e necessária ajuda na estatística deste mestrado, sem a qual este trabalho não seria possível.

Aos meus Pais, ao meu Irmão, aos meus Tios e Avós que significam o mundo para mim e a quem amo incondicionalmente.

Às minhas meninas, porque sem elas, todas as lutas seriam mais difíceis.

RESUMO

Introdução: Desde 1960 que se verifica um envelhecimento progressivo da população mundial - uma realidade que trouxe algumas mudanças epidemiológicas. As doenças crônicas, nomeadamente a Diabetes Mellitus, tomaram o lugar das doenças agudas, outrora as maiores causadoras de morbidade e mortalidade, nos desafios mais importantes dos sistemas de saúde atuais. Neste contexto, é indiscutível a importância das modificações no estilo de vida, do uso de tratamentos farmacológicos eficazes e da boa adesão à terapêutica prescrita, na gestão melhorada destas doenças e, consequentemente na redução dos gastos públicos.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo verificar a adesão terapêutica dos utentes inscritos na Unidade de Diabetes do Serviço de Medicina Interna do Hospital Amato Lusitano, em Castelo Branco.

Materiais e Métodos: A recolha dos dados foi realizada em doentes com DM que compareceram à Consulta de Diabetologia no período compreendido entre o mês de Janeiro e Maio de 2012. Obtivemos, através de um questionário estruturado para a caracterização sociodemográfica, os seguintes parâmetros: sexo, idade, residência, autonomia, estado civil, agregado familiar, estatuto socioeconómico, habilitações, ocupação, consumo de tabaco e álcool e o uso de medicação crónica. Para avaliar a adesão terapêutica foi aplicada a Escala de Morisky e feitas algumas questões acerca das possíveis razões que os utentes apontam para a não adesão ao tratamento. A análise estatística dos dados foi efetuada recorrendo aos programas *Microsoft Excel*[®] e *Software Package for Social Sciences (SPSS)*[®] versão 19.0. De modo a analisar possíveis relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, foram feitas tabulações cruzadas e utilizado o teste do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) e a Correlação de Pearson (Pearson's R).

Resultados: Este estudo inclui 204 indivíduos, 105 do sexo masculino e 98 do sexo feminino, com uma idade média de 60,61 anos. A maioria dos indivíduos reside em Castelo Branco, cerca de 67,2% vivem com o cônjuge e 8,3% são dependentes de um cuidador. No que diz respeito à ocupação 58,8% estão reformados e 12,7% trabalham por conta de outrem. A grande maioria dos indivíduos afirmam pertencer à classe média e apenas 1 à classe alta. Relativamente às habilitações literárias, 54,4% completaram o ensino primário, e 12 indivíduos são analfabetos. No que concerne a hábitos tabágicos e alcoólicos a grande maioria nega qualquer consumo. De todos os inquiridos, 55,4% fazem mais do que cinco tomas de medicação diária. No que diz respeito à avaliação do nível de adesão pela Escala de Morisky verificou-se que os inquiridos responderam negativamente às quatro questões de forma preponderante.

Conclusões: Este estudo transversal retrospectivo revelou uma elevada adesão terapêutica de 60,3%. O motivo principal apontado para a não adesão terapêutica foi o esquecimento. À semelhança da literatura internacional a grande maioria dos diabéticos faz mais de cinco fármacos diariamente.

PALAVRAS-CHAVE

Adesão Terapêutica. Diabetes mellitus. Doença crónica.

ABSTRACT

Introduction: Since 1960 there is a steadily aging population worldwide - a reality that has brought some changes in epidemiology. Chronic diseases, including diabetes mellitus, took the place of acute diseases, once the major cause of morbidity and mortality, as the most important challenges facing health systems today. In this context, it is unquestionable the importance of changes in lifestyle, use of effective pharmacological treatments and good adherence to prescribed therapy, the improved management of these diseases and consequently the reduction of public spending.

Objectives: The aim of the present study was to verify the adherence of users enrolled in the Diabetes Unit of the Amato Lusitano's Hospital, in Castelo Branco.

Material and Methods: Data collection was performed in patients with DM who attended the consultation of diabetes in the period between January and May 2012. The following parameters were obtained through a structured questionnaire for sociodemographic characteristics: sex, age, residence, autonomy, marital status, socioeconomic status, education, occupation, smoking and alcohol use and chronic medication. To assess adherence to therapy it was applied the Morisky Scale and asked some questions about the possible reasons that users link to non-adherence to treatment. The statistical analysis was performed using the programs Microsoft Excel® and Software Package for Social Sciences (SPSS®) version 19.0. In order to analyze possible statistically significant relationships between the study variables, cross tabulations were made and it was used the Pearson's Chi-Square (χ^2) and Pearson Correlation (Pearson's R) tests.

Results: This study includes 204 individuals, 105 males and 98 females with a mean age of 60.61 years. Most people live in Castelo Branco, about 67.2% live with their spouse and 8.3% are dependent on a caregiver. With regard to occupation 58.8% are retired and 12.7% work for others. The vast majority of people claim to belong to the middle class and only one to the upper class. With respect to educational attainment, 54.4% had completed primary education, and 12 individuals are illiterate. With regard to smoking and alcohol consumption the majority denies any use. 55.4% of all respondents take more than five doses of medication daily. Regarding the assessment of therapeutic adherence by Morisky's Scale, the majority of the respondents answered negatively to all four questions.

Conclusions: This retrospective cross-sectional study showed a high therapeutic adherence of 60.3%. The main reason for non-adherence was forgetfulness. As seen in some international literature the majority of diabetic patients in our study take more than five drugs daily.

KEY-WORDS:

Therapeutic adherence. Diabetes mellitus. Chronic disease.

ÍNDICE

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract	vii
Índice	ix
Índice de Tabelas e Quadros	x
Lista de Siglas e Acrónimos	xi
1- Introdução.....	1
2- Materiais e Métodos.....	3
2.1- Participantes	3
2.2- Procedimentos e Instrumentos de Investigação	3
2.3- Métodos Estatísticos.....	4
3- Resultados.....	5
3.1- Caracterização Da Amostra.....	5
3.2- Avaliação da Adesão Terapêutica	6
4- Discussão e Conclusão	16
5- Considerações Finais.....	18
6- Bibliografia	19
Anexos.....	20
Anexo 1: Aprovação Pelo Comité de Ética da ULS de Castelo Branco	21
Anexo 2: Consentimento Livre e Informado	22
Anexo 3: Questionário de Adesão Terapêutica numa População Diabética	23
Anexo 4: Exposição do Trabalho Estatístico das Tabelas Apresentadas.....	28

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1: Nível de adesão ao tratamento de acordo com a Escala de Morisky	4
Tabela 1: Variáveis sociodemográficas, uso de cigarros/bebidas alcoólicas e medicação.	5
Tabela 2: Frequência de entrevistados que responderam à Escala de Morisky	7
Tabela 3: Nível de adesão consoante as respostas dadas na Escala de Morisky.	7
Tabela 4: Outras questões sobre adesão.	7
Tabela 5: Relação entre o grau de revolta com a doença e o nível de adesão terapêutica	8
Tabela 6: Relação entre a mudança de rotina e o nível de adesão terapêutica	8
Tabela 7: Relação entre a dificuldade em se lembrar de cumprir a medicação e o nível de adesão terapêutica	9
Tabela 8: Variação do nível de adesão terapêutica por género.....	9
Tabela 9: Variação do nível de adesão terapêutica por autonomia	10
Tabela 10: Variação do nível de adesão terapêutica por estado civil	10
Tabela 11: Variação do nível de adesão terapêutica com o tipo de agregado familiar	11
Tabela 12: Variação do nível de adesão terapêutica por estrato socioeconómico	11
Tabela 13: Variação do nível de adesão terapêutica por nível de ensino	12
Tabela 14: Variação do nível de adesão terapêutica por ocupação.....	12
Tabela 15: Variação do nível de adesão terapêutica com o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco.....	13
Tabela 16: Variação do nível de adesão terapêutica com a medicação diária.....	13
Tabela 17: Razões apontadas para a Não Adesão ao tratamento.....	14
Tabela 18: Variação do nível de adesão terapêutica com o esquecimento.....	14
Tabela 19: Variação do nível de adesão terapêutica com o custo da medicação	15
Tabela 20: Variação do nível de adesão terapêutica com os efeitos secundários	15

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

AT	Adesão Terapêutica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
HAL	Hospital Amato Lusitano
IDF	International Diabetes Federation
OMS	Organização Mundial de Saúde
ULS	Unidade Local de Saúde

1- INTRODUÇÃO

O termo Diabetes mellitus descreve um distúrbio metabólico de etiologia múltipla caracterizado por hiperglicemia crónica com alterações no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas, resultado dos defeitos existentes na secreção e/ou acção da insulina - uma hormona que regula a glicémia. Está associado a uma diminuição da expectativa média de vida, morbilidade significativa devido a complicações microvasculares relacionadas especificamente com a diabetes (retinopatia, nefropatia e neuropatia), risco aumentado de complicações macrovasculares (doença isquémica cardíaca, AVC e doença vascular periférica) e diminuição da qualidade de vida. Os efeitos a longo prazo da diabetes incluem disfunção e falência de vários órgãos.

Os últimos dados da Federação Internacional de Diabetes (IDF) mostram que atualmente, em todo o mundo, 366 milhões de pessoas têm diabetes, 4,6 milhões de mortes ocorrem devido à diabetes e que 465 biliões de dólares são gastos anualmente em cuidados de saúde com esta doença⁽¹⁾. Na Europa, a prevalência da diabetes está a aumentar, atingindo já cerca de 10-12% nalguns estados membros. Em Portugal, estima-se que a prevalência da doença é de 11,7%, sendo maior nos homens (14,2%) e na faixa etária dos 60 aos 79 anos, existindo uma totalidade de 905 035 portugueses entre os 20 e os 79 anos com DM⁽²⁾. Este incremento da prevalência está associado com o aumento do excesso de peso e da obesidade, dietas pouco saudáveis, inatividade física e desvantagem socioeconómica.

As Doenças Crónicas como a DM, doenças cardiovasculares, AVC, cancro, doenças respiratórias crónicas e algumas doenças infecciosas (como a SIDA) são, sem dúvida, a principal causa de mortalidade no mundo, representando 63% de todas as mortes. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crónicas são doenças permanentes, de progressão lenta, que deixam incapacidade residual, causadas por alguma alteração patológica não reversível e que requerem treino especial do doente para a reabilitação, ou podem requerer um longo período de observação, supervisão e cuidado⁽³⁾. Esta epidemia invisível é uma causa subestimada de pobreza e impede o desenvolvimento económico de muitos países.

Numa era em que são gastos milhões em investigação médica, continua a ser na real mudança de comportamentos da população, nomeadamente no consumo de álcool e tabaco, nas práticas sexuais, no sedentarismo, na alimentação e na utilização subótima dos medicamentos, que está a verdadeira aposta na melhoria da qualidade de vida, na redução de gastos em saúde e no aumento da longevidade.

É neste contexto que a adesão terapêutica (AT) assume um papel de particular importância, constituindo a ausência da mesma um grave problema de saúde pública, com

enormes repercussões na incidência e prevalência de inúmeras patologias, nomeadamente na DM. O problema da adesão ao tratamento é um indicador central de avaliação da qualidade em qualquer sistema de saúde que se queira moderno e eficaz. Prevê-se que o impacto económico mundial das doenças crónicas continue a crescer até 2020, altura em que corresponderá a 65% das despesas para a saúde em todo o mundo. Nos países desenvolvidos estima-se que o grau de adesão às terapêuticas crónicas seja apenas de 50% e, nos países subdesenvolvidos e em vias de desenvolvimento ainda menor. Alguns trabalhos demonstram que 6 a 20% dos doentes não aviam as prescrições médicas e que 30 a 50% não cumprem o esquema proposto, atrasando ou omitindo doses. Estes indicadores, apesar de preocupantes, podem não abranger a totalidade do problema, existindo uma grande incerteza em relação à dimensão real do mesmo⁽⁴⁾. Tome-se como exemplo as situações de não adesão inadvertida, que ocorre quando o doente crónico acredita estar cumprindo/aderindo ao tratamento recomendado, mas que acaba por errar, por desconhecimento ou inabilidade, sem ter, porém, consciência.

A Adesão terapêutica é definida como o grau ou extensão em que o comportamento da pessoa (em relação à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida) corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde⁽⁵⁾.

Em 2003, a OMS elaborou um documento que enumera cinco grupos de fatores que contribuem para a diminuição da adesão em doentes crónicos: 1) fatores sociais, económicos e culturais; 2) fatores relacionados com os profissionais e com os serviços de saúde; 3) fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades; 4) fatores relacionados com a terapêutica prescrita e 5) fatores individuais relativos ao doente⁽⁶⁾. Numa tentativa de melhorar a adesão terapêutica, é necessária uma intervenção dirigida a cada doente, bem como um reconhecimento e deteção da não adesão por parte dos profissionais de saúde. Para lidar de forma eficaz com as necessidades geradas pela doença, os doentes necessitam de estar aptos, informados e motivados. A intervenção ativa do doente, bem como o apoio dos familiares e da comunidade, são encarados como atos imprescindíveis na promoção da sua saúde.

Diante das necessidades evidentes que os diabéticos apresentam no curso da sua doença, das políticas e estratégias que se querem propor a melhorar a qualidade de vida destas pessoas e da importância do compromisso dos profissionais de saúde frente a tais propostas, o objetivo deste estudo foi o de chamar a atenção dos profissionais de saúde para esta problemática, avaliar e caracterizar o seu impacto nos objetivos de controlo da doença crónica e saber quais os pontos onde é necessário intervir.

2- MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho, previamente aprovado pelo Comité de Ética do HAL (Anexo 1), consiste num estudo transversal (dados recolhidos num só momento através de questionário) e retrospectivo (dados provenientes de um período anterior à sua recolha) sobre a adesão terapêutica de uma população diabética.

2.1- PARTICIPANTES

A recolha dos dados foi realizada em doentes com DM que compareceram a Consulta de Diabetologia da Unidade de Diabetes, do Serviço de Medicina Interna do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco, no período compreendido entre o mês de Janeiro e Maio de 2012. Todos os inquiridos consentiram em participar da pesquisa mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Informado (Anexo 2).

Os utentes da Unidade frequentam o serviço com regularidades distintas, consoante as necessidades individuais e as orientações dos profissionais de saúde que a constituem, sendo excluídos os diabéticos que apresentassem apenas uma ou duas consultas realizadas até à data.

2.2- PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Foi aplicado um questionário estruturado, elaborado de acordo com a finalidade deste estudo e tendo em vista fatores específicos que se pretendiam avaliar, através de entrevista e auto preenchimento (ver Anexo 3).

A primeira secção incluiu os parâmetros sociodemográficos: sexo, idade, residência, autonomia, estado civil, agregado familiar, estatuto socioeconómico, habilitações, ocupação, consumo de tabaco e álcool e medicação crónica, para uma melhor caracterização da população.

Para avaliar a adesão, numa segunda secção, foram feitas algumas questões e aplicada a Escala de Morisky ⁽⁷⁾. Esta trata-se de uma escala psicométrica com quatro itens aos quais os indivíduos respondem de forma dicotômica, isto é, “sim/não” e envolve as seguintes perguntas: 1) *Costuma se esquecer de tomar a medicação?*; 2) *Considera que, às vezes, é descuidado na toma da sua medicação?*; 3) *Quando se sente mal com a medicação, alguma vez deixou ou diminuiu a dose sem antes falar com o seu médico?* 4) *Quando sente que a doença está controlada, alguma vez deixou de tomar a medicação?*; Um sim equivale a um ponto, enquanto um não equivale a zero pontos. Admite-se assim que, o paciente tem um grau elevado de adesão terapêutica quando tem todas as respostas negativas, ou seja, zero

pontos; um grau mediano de adesão quando responde afirmativamente a uma ou duas questões e um grau baixo de adesão quando obtém 3 ou 4 pontos (Quadro 1).

Por último, questionámos acerca das possíveis razões que os utentes apontam para a não adesão ao tratamento.

Quadro 1: Nível de adesão ao tratamento de acordo com a Escala de Morisky

RESPOSTAS AFIRMATIVAS	NÍVEL DE ADESÃO
Zero	Elevado
1-2	Moderado
3-4	Baixo

Adaptado de Morisky et Al., 1986

Na tentativa de se relacionar o nível de adesão ao tratamento - obtido através da escala de Morisky - com as variáveis inquiridas, elaboraram-se várias tabelas de cruzamento de onde se inferiram conclusões e significância estatística.

2.3- MÉTODOS ESTATÍSTICOS

A análise estatística dos dados foi efetuada recorrendo aos programas *Microsoft Excel*[®] e *Software Package for Social Sciences (SPSS)*[®], versão 19.0 para Microsoft Windows[®], tendo-se aplicado alguns conceitos de análise descritiva e métodos de inferência estatística.

As estatísticas descritivas das frequências foram avaliadas através de percentagens e médias. De modo a analisar possíveis relações estatisticamente significativas entre as variáveis em estudo, foram feitas tabulações cruzadas e utilizou-se o teste do Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) e a Correlação de Pearson (Pearson's R), quando assim indicado.

3- RESULTADOS

3.1- CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Durante os cinco meses em que decorreu o estudo, e de um total de aproximadamente 2000 indivíduos seguidos na Unidade, inquiriram-se 204 indivíduos, com uma idade média de 60,61 anos $\pm 14,763$ (mínima de 19 e máxima de 89 anos), dos quais 105 eram do sexo masculino (51,0%) e 98 do sexo feminino (47,6%) - houve 3 indivíduos que não responderam a este item (1,4%).

Na tabela 1 apresenta-se a caracterização socioeconómica do grupo em estudo.

Tabela 1: Variáveis sociodemográficas, uso de cigarros/bebidas alcoólicas e medicação.

HISTÓRIA SOCIOECONÓMICA	N	%
Género		
Não respondeu	1	0,5
Masculino	105	51,5
Femino	98	48,0
Autonomia		
Não respondeu	16	7,8
Sim	171	83,8
Não	17	8,3
Estado Civil		
Não respondeu	1	0,5
Solteiro	13	6,4
Casado	142	69,6
União de Facto	9	4,4
Separado	11	5,4
Viúvo	28	13,7
Residência		
Não respondeu	1	0,5
Vive sozinho	20	9,8
Vive com o cônjuge	137	67,2
Vive com membros de família	40	19,6
Vive num lar ou instituição	6	2,9
Estatuto Socioeconómico		
Não respondeu	1	0,5
Alto	1	0,5
Médio-Alto	7	3,4
Médio	83	40,7
Médio-Baixo	59	28,9
Baixo	53	26,0
Nível de Ensino		
Não respondeu	3	1,5
Analfabeto	12	5,9
Primário	111	54,4
Secundário	58	28,4
Licenciatura	16	7,8
Mestrado	4	2,0
Doutoramento	0	0,0

Ocupação		
Não respondeu	3	1,5
Estudante	3	1,5
Desempregado	17	8,3
Trabalhador da função pública	19	9,3
Trabalhador por conta própria	16	7,8
Trabalhador por conta de outrem	26	12,7
Reformado	120	58,8
Uso de cigarros e bebidas alcoólicas		
Não respondeu	3	1,5
Sim (fuma e bebe)	11	5,4
Não	150	73,5
Somente fuma	8	3,9
Somente bebe	32	15,7
Medicamentos prescritos/dia		
Não respondeu	3	1,5
Nenhum	2	1,0
1 medicamento	14	6,9
2 a 3 medicamentos	35	17,2
4 a 5 medicamentos	37	18,1
Mais de 5 medicamentos	113	55,4

A maioria dos indivíduos reside em Castelo Branco (34,5%), Proença-a-Nova (5,3%) e Oleiros (4,4%). Cerca de 67,2% vivem com o cônjuge, 9,8% vivem sozinhos e 2,9% estão institucionalizados. Apenas 8,3% dos inquiridos referiram ser dependentes de um cuidador.

No que diz respeito à ocupação do grupo estudado, 58,8% estão reformados e 12,7% trabalham por conta de outrem. A grande maioria dos indivíduos afirmam pertencer à classe média e apenas 1 à classe alta.

Relativamente às habilitações literárias, obtivemos 12 indivíduos analfabetos, 54,4% com o Ensino Primário completo e apenas 28,4% que terminaram o Secundário. Nenhum participante obteve o grau de doutoramento.

No que concerne a hábitos tabágicos e alcoólicos a grande maioria - 150 indivíduos - nega qualquer consumo; 11 confirmam ambos os hábitos, 8 são apenas fumadores e 32 afirmam ingerir bebidas alcoólicas.

Dos 204 indivíduos inquiridos, 113 dizem tomar mais de 5 medicamentos diariamente, cerca de 55,4% - e apenas 2 referem não tomar qualquer medicação diária.

3.2- AVALIAÇÃO DA ADESÃO TERAPÊUTICA

No que diz respeito ao nível de adesão, avaliado pela Escala de Morisky (Tabela 2), verificou-se que os inquiridos responderam negativamente às quatro questões de forma preponderante.

Tabela 2: Frequência de entrevistados que responderam à Escala de Morisky

ESCALA DE MORISKY	SIM		NÃO		NR		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
1) Costuma se esquecer de tomar a medicação?	33	16,2	165	80,9	6	2,9	204
2) Considera que, às vezes, é descuidado na toma da sua medicação?	34	16,7	164	80,4	6	2,9	
3) Quando se sente mal com a medicação, alguma vez deixou ou diminuiu a dose sem antes falar com o seu médico?	38	18,6	158	77,5	8	3,9	
4) Quando sente que a doença está controlada, alguma vez deixou de tomar a medicação?	7	3,4	191	93,7	6	2,9	

NR - não respondeu

Tabela 3: Nível de adesão consoante as respostas dadas na Escala de Morisky.

NÍVEL DE ADESÃO	ENTREVISTADOS	
	N	%
Elevado	123	60,3
Moderado	67	32,8
Baixo	8	3,9
Indeterminado	6	2,9
TOTAL	204	100

A Tabela 3 mostra que 60,3% dos inquiridos apresentam um elevado nível de adesão ao tratamento, por não responderem afirmativamente a nenhuma questão abordada na Tabela 2. Apenas 8 indivíduos demonstraram baixo nível de adesão.

Tabela 4: Outras questões sobre adesão.

	SIM		NÃO		NR		TOTAL
	N	%	N	%	N	%	
a) Quando viaja ou sai de casa, costuma esquecer-se da medicação?	23	11,3	172	84,3	9	4,4	204
b) Tomou a sua medicação ontem?	186	91,2	12	5,9	6	2,9	
c) Tomar medicação todos os dias é um grande inconveniente para muitas pessoas. Já alguma vez se sentiu incomodado por ter de manter o seu plano de tratamento?	58	28,4	137	67,2	9	4,4	

NR - não respondeu

Quase todos os inquiridos (91,2%) referiram ter tomado a medicação no dia anterior. Por outro lado, quando questionados acerca da toma da medicação se a sua rotina for

alterada, 23 utentes referiram não a tomar (11,3%) e quando confrontados sobre os seus sentimentos, 28,4% revelaram sentir-se revoltados com a doença (Tabela 4).

Tabela 5: Relação entre o grau de revolta com a doença e o nível de adesão terapêutica

Tomar medicação todos os dias é um grande inconveniente para muitas pessoas. Já alguma vez se sentiu incomodado por ter de manter o seu plano de tratamento?	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	p-value	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	6	0	2	1	9	0,000	- 0,075
Sim	0	25	28	5	58		
Não	0	98	37	2	137		
TOTAL	6	123	67	8	204		

Por se ter verificado na Tabela 4 que 58 indivíduos se sentem incomodados com o facto de serem portadores de diabetes, investigamos se isso se correlacionava com o nível de adesão à medicação. Obtivemos um *p-value* < 0.05 o que demonstra haver uma relação de dependência entre as variáveis, apesar de com uma correlação fraca, obtida através do R= - 0,075.

Tabela 6: Relação entre a mudança de rotina e o nível de adesão terapêutica

Quando viaja ou sai de casa costuma esquecer-se de tomar a sua medicação?	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	p-value	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	6	0	3	0	9	0,000	0,072
Sim	0	7	15	1	23		
Não	0	116	49	7	172		
TOTAL	6	123	67	8	204		

No que diz respeito à mudança de rotina na vida do diabético, verificamos que esta influencia o nível de adesão à terapêutica, uma vez que obtivemos um *p-value*<0,05 comprovativo da dependência destas variáveis.

Tabela 7: Relação entre a dificuldade em se lembrar de cumprir a medicação e o nível de adesão terapêutica

Quantas vezes tem dificuldade em se lembrar de tomar toda a sua medicação?	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	p-value	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	6	2	1	1	10	0,000	0,524
Nunca	0	107	30	2	139		
Esporadicamente	0	13	15	2	30		
Às vezes	0	1	19	2	22		
Geralmente	0	0	1	1	2		
Sempre	0	0	1	0	1		
TOTAL	6	123	67	8	204		

Quando comparamos o nível de adesão obtido pela Escala de Morisky e o relacionamos com a questão de auto-avaliação “Quantas vezes tem dificuldade em se lembrar de tomar toda a sua medicação?” podemos verificar que nas respostas de extremo “sempre” e “nunca” houve discrepância. Nos utentes que responderam “nunca” - e que à partida teriam um nível de adesão elevado - verificou-se que 30 encontravam-se num nível moderado e 2 no nível baixo.

Tabela 8: Variação do nível de adesão terapêutica por género

Género	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	p-value	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	0	1	0	0	1	0,381	0,085
Masculino	2	68	33	2	105		
Feminino	4	54	34	6	98		
TOTAL	6	123	67	8	204		

No cruzamento entre a variável Género e Escala, verificamos que a maioria das respostas incide sobre o género masculino e nível elevado. Através do *p-value* > 0.05 verificamos que não há relação entre as variáveis; elas são independentes uma da outra o que comprovamos também por uma correlação fraca através do R= 0,085.

Tabela 9: Variação do nível de adesão terapêutica por autonomia

Autonomia	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	<i>p-value</i>	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	2	10	4	0	16	0,124	0,132
Sim	4	105	54	8	171		
Não	0	8	9	0	17		
TOTAL	6	123	67	8	204		

No cruzamento entre a variável Autonomia e Escala, verificamos que dos doentes dependentes nenhum apresentou nível de adesão baixo.

Contudo, através do *p-value* > 0.05 podemos afirmar que não há relação entre as variáveis.

Tabela 10: Variação do nível de adesão terapêutica por estado civil

Estado Civil	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	<i>p-value</i>	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	0	1	0	0	1	0,315	0,002
Solteiro	0	7	4	2	13		
Casado	3	91	44	4	142		
União de facto	1	4	3	1	9		
Separado	1	4	5	1	11		
Viúvo	1	16	11	0	28		
TOTAL	6	123	67	8	204		

Tabela 11: Variação do nível de adesão terapêutica com o tipo de agregado familiar

Com quem vive	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	<i>p-value</i>	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	0	1	0	0	1	0,560	0,008
Sozinho	1	9	8	2	20		
Com o cônjuge	3	88	42	4	137		
Com membros da família	2	23	13	2	40		
Num lar ou instituição	0	2	4	0	6		
TOTAL	6	123	67	8	204		

No cruzamento entre as variáveis Estado Civil e Agregado Familiar com a Escala, não obtivemos significância estatística.

Tabela 12: Variação do nível de adesão terapêutica por estrato socioeconômico

Estrato Socioeconômico	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	<i>p-value</i>	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	0	1	0	0	1	0,890	0,045
Alto	0	1	0	0	1		
Médio alto	0	6	1	0	7		
Médio	2	49	30	2	83		
Médio baixo	3	33	19	4	59		
Baixo	1	33	17	2	53		
TOTAL	6	123	67	8	204		

Tabela 13: Variação do nível de adesão terapêutica por nível de ensino

Nível de Ensino	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	p-value	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	0	2	1	0	3	0,702	0,012
Analfabeto	0	6	5	1	12		
Primário	3	69	38	1	111		
Secundário	3	33	17	5	58		
Licenciatura	0	11	4	1	16		
Mestrado	0	2	2	0	4		
Doutoramento	0	0	0	0	0		
TOTAL	6	123	67	8	204		

Tabela 14: Variação do nível de adesão terapêutica por ocupação

Ocupação	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	p-value	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	0	2	1	0	3	0,180	- 0,049
Estudante	0	2	0	1	3		
Desempregado	1	10	5	1	17		
Trabalhador da função pública	1	10	6	2	19		
Trabalhador por conta própria	1	6	9	0	16		
Trabalhador por conta de outrem	2	16	6	2	26		
Reformado	1	77	40	2	120		
TOTAL	6	123	67	8	204		

No cruzamento entre as variáveis Nível de Ensino, Estrato Socioeconómico e Ocupação com a Escala, também não obtivemos significância estatística ($p\text{-value} > 0,05$).

Tabela 15: Variação do nível de adesão terapêutica com o consumo de bebidas alcoólicas e tabaco

Uso de bebidas alcoólicas e consumo de tabaco	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	p-value	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	0	2	1	0	3	0,001	0,002
Sim (fuma e bebe)	0	5	6	0	11		
Não	4	95	47	4	150		
Somente fuma	0	3	1	4	8		
Somente bebe	2	18	12	0	32		
TOTAL	6	123	67	8	204		

Analisando a Tabela 15, verificamos que os indivíduos que negam hábitos tabágicos e alcoólicos são aqueles que apresentam maior nível de adesão terapêutica.

Tabela 16: Variação do nível de adesão terapêutica por medicação diária

Medicação diária	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	p-value	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Não respondeu	0	2	1	0	3	0,033	0,035
Nenhum	1	1	0	0	2		
1 medicamento	1	10	1	2	14		
2 a 3 medicamentos	1	20	11	3	35		
3 a 4 medicamentos	2	20	13	2	37		
Mais de 5 medicamentos	1	70	41	1	113		
TOTAL	6	123	67	8	204		

Na relação da medicação diária com o nível de adesão verificou-se que a maioria dos indivíduos com adesão terapêutica elevada toma mais do que 5 medicamentos. Deste grupo, 15 não são autônomos num total de 17 dependentes, como se verifica da Tabela 16.

Tabela 17: Razões apontadas para a Não Adesão ao tratamento

RAZÕES APONTADAS PARA A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO	RESPOSTAS AFIRMATIVAS	
	N	%
Esquecimento	89	43,6
Confusão/Perda da Medicação	5	2,5
Custo elevado	16	7,8
Dificuldade em engolir os comprimidos/dar injeções	13	6,4
Dificuldade em ler os rótulos	5	2,5
Por se esgotar na farmácia	13	6,4
Efeitos secundários	13	6,4
Pensa que a medicação não é eficaz	3	1,5
Não se preocupa em tomar a medicação	6	2,9
Por modificar a toma dos diuréticos por aumentar ou diminuir a urina	3	1,5
Por não tomar a medicação quando se sente doente	8	3,9
Altera o horário da medicação como lhe convém	28	13,7
Para a medicação para ver como se sente	7	3,4
Faz uma pausa de um mês	2	1,0
Outras	5	2,5

Dos 204 inquiridos, 43,6% apontaram o esquecimento como a principal razão para a não adesão ao tratamento e 13,7% afirmam alterar o horário da medicação como lhes convém. Outras razões apontadas como importantes são o custo elevado (7,8%) e simultaneamente com 6,4%, os efeitos secundários, dificuldade em dar as injeções/engolir os comprimidos e por se esgotarem na farmácia.

Tabela 18: Variação do nível de adesão terapêutica com o esquecimento

Esquecimento	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	<i>p-value</i>	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Sim	2	33	46	8	89	0,000	- 0,428
Não	4	90	21	0	115		
TOTAL	6	123	67	8	204		

De entre os indivíduos com nível de adesão mais baixo, o esquecimento foi apontado como maior motivo. Uma vez que o *p-value* <0,05 e Pearson's R = -0,428, podemos inferir que se trata de duas variáveis dependentes e com uma correlação forte.

Tabela 19: Variação do nível de adesão terapêutica com o custo da medicação

Custo Elevado	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	<i>p-value</i>	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Sim	0	4	10	2	16	0,013	- 0,238
Não	6	119	57	6	188		
TOTAL	6	123	67	8	204		

O custo elevado não foi impedimento para adesão terapêutica. Apenas dois indivíduos com adesão terapêutica de nível baixo deram como razão o custo elevado (Tabela 19).

Tabela 20: Variação do nível de adesão terapêutica com os efeitos secundários

Efeitos Secundários	ESCALA DE MORISKY				TOTAL	<i>p-value</i>	Pearson's R
	Indefinido	Elevado	Moderado	Baixo			
Sim	0	8	3	2	13	0,157	-0,069
Não	6	115	64	6	191		
TOTAL	6	123	67	8	204		

Os efeitos secundários não interferiram com a adesão terapêutica, como se confirma pelo *p-value* > 0,05 (Tabela 21).

4- DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A realização deste trabalho possibilitou uma maior aproximação à intensa e complexa problemática que envolve a vivência com uma doença crónica. Ser diabético significa vivenciar uma profunda transformação no seu mundo e aprender a viver com certas limitações e com situações que exigem domínio físico e psíquico de si mesmo. ⁽⁸⁾

O presente estudo foi composto por uma amostra de 204 indivíduos, 105 do sexo masculino e 98 do sexo feminino, cujas médias de idade foi 60,61 anos. Na sua maioria possuem o ensino básico, e cerca de 5,9% afirmaram ser analfabetos. Porém, como demonstrado nas Tabelas 8-14, não conseguimos relacionar de forma estatisticamente significativa qualquer das variáveis socioeconómicas com a adesão à terapêutica.

Em relação ao uso de cigarros e bebidas alcoólicas a maioria da amostra negou ambos os hábitos, sendo também nestes onde incidiu maior nível de adesão.

À semelhança do que acontece com outras doenças crónicas o uso de mais de cinco medicamentos correspondeu a 55,4% da nossa amostra. Contudo, e ao contrário do esperado, obtivemos um maior nível de adesão neste mesmo grupo.

De acordo com os autores do livro *Adesão à Terapêutica em Portugal - Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas* (2010), também neste trabalho de investigação verificámos que o esquecimento foi a principal razão apontada para a não adesão à terapêutica. Por outro lado, o custo elevado da medicação, apesar de apontado por 13 indivíduos, não foi impedimento para a adesão. Os efeitos adversos, a dificuldade em deglutir/dar injeção e por se esgotar a medicação na farmácia foram referidos pela mesma percentagem de indivíduos como possíveis razões para a não adesão.

No que concerne à mudança de rotina na vida do diabético avaliado pela questão “Quando viaja ou sai de casa, costuma esquecer-se de tomar a sua medicação?” verificamos que 11,3% dos inquiridos responderam afirmativamente (Anexo 4).

Numa tentativa de relacionarmos a perceção individual da adesão, com o valor real obtido pela Escala de Morisky, verificamos a discrepância existente em 30 diabéticos de nível moderado e 2 de nível baixo que afirmaram nunca ter dificuldades na toma da medicação.

Na amostra estudada, verificámos um elevado nível de adesão à terapêutica (60,3%), o que julgamos poder ser explicado pela existência de toda uma equipa multidisciplinar que dá um bom apoio às diferentes necessidades do diabético e sua família. Não foi objeto de estudo a relação da adesão terapêutica com o nível de controlo metabólico, uma vez que

existem outras variantes que alteram esse controle, nomeadamente as alterações do estilo de vida.

Contudo é importante também salientar algumas limitações com que nos deparamos neste estudo, nomeadamente o facto de termos avaliado apenas a adesão terapêutica num contexto farmacológico e termos excluído a dieta e atividade física. Outras limitações importantes são o facto de não se ter aplicado a escala antes e após a intervenção da equipa multidisciplinar - o que nos impediu de fazer o seguimento; a impossibilidade de verificar a veracidade das respostas - muitas vezes influenciadas pelo medo de exposição do indivíduo ao julgamento do profissional de saúde, bem como o tamanho da amostra - que apesar de composta por 204 indivíduos continua a ser de dimensão reduzida para a população total que é seguida na Consulta de Diabetologia.

A nível estatístico deparamo-nos também com algumas restrições, uma vez que não conseguimos obter uma amostra uniforme para todas as variáveis em estudo nem uma correlação forte entre as várias variáveis dependentes, o que dificulta a análise dos resultados.

No nosso entender, este estudo possibilita o desenvolvimento de novas hipóteses de investigação, necessárias para a construção de ações voltadas para a melhoria da adesão terapêutica no diabético, aumentando a sua qualidade de vida e diminuindo as suas complicações em saúde. A título de sugestão, poderia ser feita a comparação dos dados aqui obtidos com outra população diabética seguida ao nível dos Cuidados de Saúde Primários ou até mesmo a comparação do que o Profissional de Saúde, dentro da equipa multidisciplinar, julga da adesão do doente que tem a seu cargo, com os resultados obtidos pelos indivíduos na escala de Morisky.

5- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo transversal retrospectivo cuja amostra foi de 204 diabéticos revelou uma elevada adesão terapêutica de 60,3%. O motivo principal apontado para a não adesão terapêutica foi o esquecimento. À semelhança da literatura internacional a grande maioria dos diabéticos faz mais de cinco fármacos diariamente.

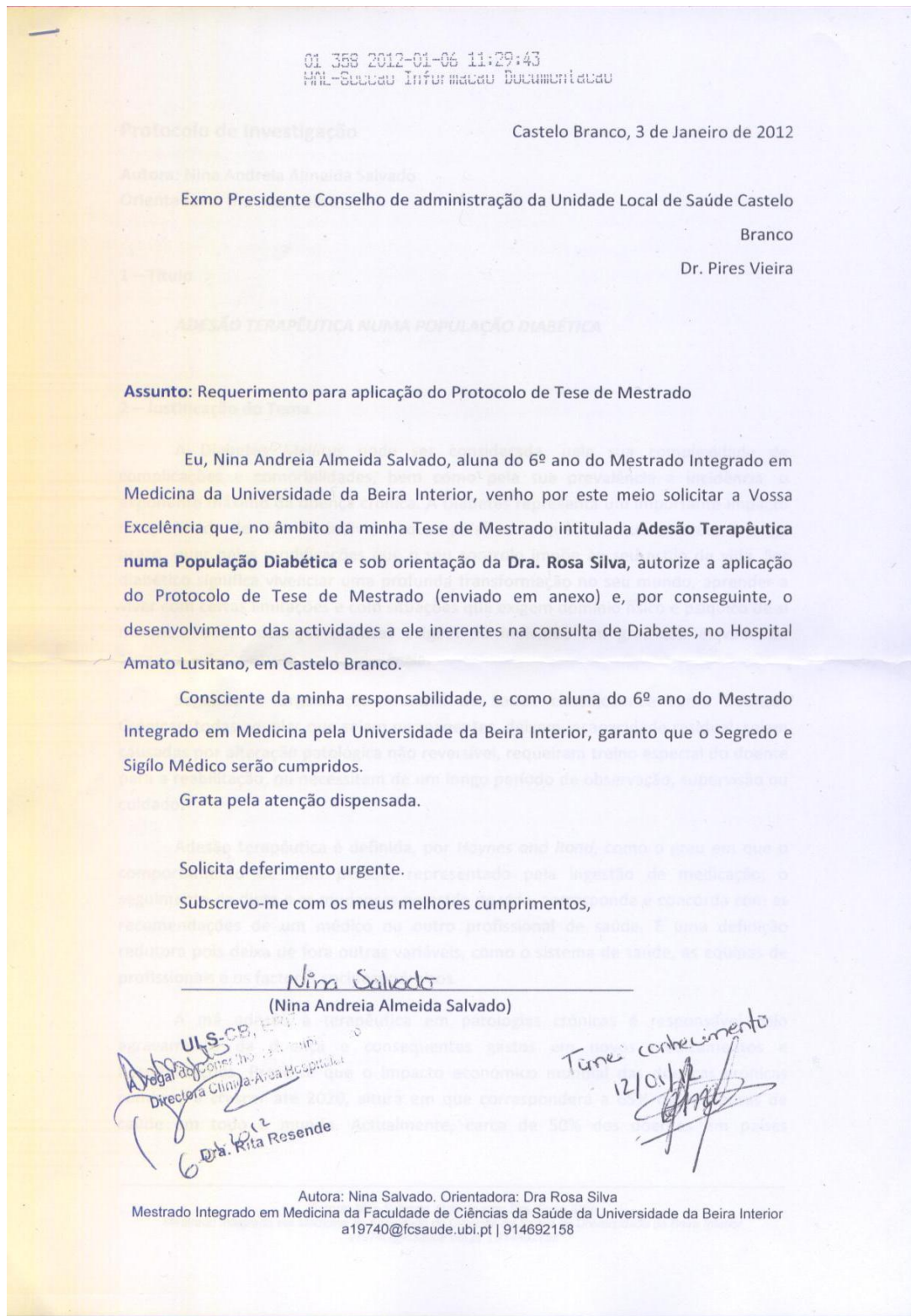
O diabético e o cuidador, em conjunto com a equipa multidisciplinar são pilares fundamentais para a contribuição de uma boa adesão terapêutica. As organizações governamentais devem apostar num trabalho de equipa especializada e treinada para a abordagem dos doentes com doença crónica.

6- BIBLIOGRAFIA

1. IDF. IDF Diabetes Atlas. 2011 [cited 2012 24-05-2012]; Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/the-global-burden>.
2. Correia G. Resultados do estudo da prevalência da diabetes em Portugal (PREVADIAB-2009). Anamnesis. 2009;18(182):10-1.
3. WHO. Chronic Diseases. [cited 2012 24/05/2012]; Available from: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/.
4. Bugalho A, Carneiro AV. NOC de Adesão Terapêutica CEMBE da FML. Outubro 2004;1ª Edição:9.
5. Sabaté E. WHO Adherence Meeting Report: Geneva, World Health Organization; 2001.
6. Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action: World Health Organization; 2003.
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care. 1986:67-74.
8. Curcio R, Lima MHdM, Gallani MCBJ, Colombo RCR. Adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de pacientes diabéticos atendidos em atenção terciária. UNICAMP.

ANEXOS

ANEXO 1: APROVAÇÃO PELO COMITÉ DE ÉTICA DA ULS DE CASTELO BRANCO



ANEXO 2: CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Nina Andreia Almeida Salvado, aluna do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, a realizar uma tese de mestrado subordinada ao tema:

“Adesão terapêutica numa população diabética”,

vem solicitar a sua colaboração no estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pela ULS de Castelo Branco, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- Entregou esta informação
- Explicou o propósito deste trabalho
- Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

(Data)

Consentimento Informado

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

(Nome do doente, legível)

(Assinatura do doente)

(Data)

ANEXO 3: QUESTIONÁRIO DE ADESÃO TERAPÊUTICA NUMA POPULAÇÃO DIABÉTICA

Investigador: Nina Andreia Almeida Salvado

Local: Unidade Local de Saúde - Castelo Branco

No âmbito da Tese de Mestrado Integrado no curso de Medicina da Universidade da Beira Interior, pretendo levar a cabo uma investigação cujo objetivo é avaliar a adesão terapêutica dos utentes da Unidade de Diabetes da ULS de Castelo Branco, EPE.

Assim, a sua colaboração é muito importante e, para tal, solicito o preenchimento do presente questionário. Por favor, responda do modo como realmente sente e pensa, pois o mesmo é confidencial e anónimo.

Desde já muito obrigado pela sua colaboração.

Responda às seguintes questões e assinale a opção que melhor descreve o seu caso:

IDENTIFICAÇÃO E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Idade: _____ Residente em: _____

Género:

- Masculino
- Feminino

Autónomo:

- Sim
- Não

Estado Civil:

- Solteiro
- Casado
- União de facto
- Separado
- Viúvo

Residência:

- Vive sozinho.
- Vive com o cônjuge.
- Vive com membros da família.
- Vive num lar ou numa instituição.

Estatuto Socioeconómico:

- Alto
- Médio-Alto
- Médio
- Médio-Baixo
- Baixo

Nível de Ensino:

- Analfabeto
- Primário
- Secundário
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutorado

Ocupação:

- Estudante
- Desempregado
- Trabalhador da função pública
- Trabalhador por conta própria
- Trabalhador por conta de outrem
- Reformado

Uso de cigarros e bebidas alcoólicas:

- Sim
- Não
- Somente fuma
- Somente bebe

Medicamentos prescritos/dia:

- Nenhum
- 1 medicamento
- 2 a 3 medicamentos
- 4 a 5 medicamentos
- Mais de 5 medicamentos

ADESÃO TERAPÊUTICA

Escala de Morisky

Pensando na medicação prescrita pelo seu médico para si, por favor responda às seguintes questões:

	Sim	Não
1) Costuma se esquecer de tomar a medicação?;		
2) Considera que, às vezes, é descuidado na toma da sua medicação?;		
3) Quando se sente mal com a medicação, alguma vez deixou ou diminuiu a dose sem antes falar com o seu médico?		
4) Quando sente que a doença está controlada, alguma vez deixou de tomar a medicação?		

Morisky et al., 1986

	Sim	Não
a) Quando viaja ou sai de casa, costuma esquecer-se da medicação?		
b) Tomou a sua medicação ontem?		
c) Tomar medicação todos os dias é um grande inconveniente para muitas pessoas. Já alguma vez se sentiu incomodado por ter de manter o seu plano de tratamento?		

Quantas vezes têm dificuldade em se lembrar de tomar toda a sua medicação?	
(Assinale a opção verdadeira)	
Nunca/Raramente	
Esporadicamente	
Às vezes	
Geralmente	
Sempre	

RAZÕES DA NÃO ADESÃO TERAPÊUTICA

Muitas pessoas têm dificuldade em tomar a sua medicação exatamente como foi prescrita pelo seu médico. Pensando na última vez em que não tomou a sua medicação como prescrita, assinale as possíveis razões:

- Esquecimento
 - Confusão/Perda da medicação
 - Custo elevado
 - Dificuldade em engolir os comprimidos/dar injeções
 - Dificuldade em ler os rótulos
 - Por se esgotar na farmácia
 - Por efeitos Secundários
 - Por pensar que a medicação não é eficaz
 - Por não se preocupar em tomar a medicação
 - Por modificar a toma dos diuréticos por aumentar ou diminuir a urina
 - Por não tomar a medicação quando se sente doente
 - Altera o horário da medicação como lhe convém
 - Pára a medicação para ver como se sente
 - Faz uma pausa de um mês
- Outra(s): _____

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO 4: EXPOSIÇÃO DO TRABALHO ESTATÍSTICO DAS TABELAS APRESENTADAS

REFERENTE À TABELA 5

Tomar medicação todos os dias é um grande inconveniente para muitas pessoas. Já alguma vez se sentiu incomodado por ter de manter o seu plano de tratamento?	NR		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%
	9	4,4	58	28,4	137	67,2
TOTAL	204					

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 6

Quando viaja ou sai de casa costuma esquecer-se de tomar a sua medicação?	NR		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%
	9	4,4	23	11,3	172	84,3
TOTAL	204					

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 7

Quantas vezes tem dificuldade em se lembrar de tomar toda a sua medicação?	NR		NUNCA		ESPORADICAMENTE		ÀS VEZES		GERALMENTE		SEMPRE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	10	4,9	139	68,1	30	14,7	22	10,8	2	1,0	1	0,5
TOTAL	204											

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 8

Género	NR		MASCULINO		FEMININO	
	N	%	N	%	N	%
	1	0,5	105	51,5	98	48,0
TOTAL	204					

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 9

Autonomia	NR		SIM		NÃO	
	N	%	N	%	N	%
	16	7,8	171	83,8	17	8,3
TOTAL	204					

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 10

Estado Civil	NR		SOLTEIRO		CASADO		UNIÃO DE FACTO		SEPARADO		VÍUVO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	1	0,5	13	6,4	142	69,6	9	4,4	11	5,4	28	13,7
TOTAL	204											

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 11

Com quem vive	NR		SOZINHO		COM O CÔNJUGE		COM MEMBROS DA FAMÍLIA		NUM LAR OU INSTITUIÇÃO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	1	0,5	20	9,8	137	67,2	40	19,6	6	2,9
TOTAL	204									

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 12

Estrato Socioeconómico	NR		BAIXO		MÉDIO BAIXO		MÉDIO		MÉDIO ALTO		ALTO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	1	0,5	53	26	59	28,9	83	40,7	7	3,4	1	0,5
TOTAL	204											

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 13

Nível de Ensino	NR		ANALFABETO		PRIMÁRIO		SECUNDÁRIO		LICENCIATURA		MESTRADO		DOUTORAMENTO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	3	1,5	12	5,9	111	54,4	58	28,4	16	7,8	4	2,0	0	0,0
TOTAL	204													

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 14

Ocupação	NR		ESTUDANTE		DESEMPREGADO		TRABALHADOR DA FUNÇÃO PÚBLICA		TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA		TRABALHADOR POR CONTA DE OUTREM		REFORMADO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	3	1,5	12	5,9	111	54,4	58	28,4	16	7,8	4	2,0	0	0,0
TOTAL	204													

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 15

Uso de cigarros e bebidas alcoólicas	NR		SIM		NÃO		SOMENTE FUMA		SOMENTE BEBE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	3	1,5	11	5,4	150	73,5	8	3,9	32	15,7
TOTAL	204									

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 16

Medicamentos prescritos/dia	NR		NENHUM		1		2 - 3		4 - 5		MAIS DE 5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	3	1,5	2	1,0	14	6,9	35	17,2	37	18,1	113	55,4
TOTAL	204											

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 18

Esquecimento	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
	89	43,6	115	56,4
TOTAL	204			

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 19

Custo Elevado	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
	16	7,8	188	92,2
TOTAL	204			

NR - não respondeu

REFERENTE À TABELA 20

Efeitos Secundários	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
	13	6,4	191	93,6
TOTAL	204			

NR - não respondeu