

**COMPORTAMENTOS DE ADESÃO À TERAPÊUTICA EM
PESSOAS COM DOENÇA RESPIRATÓRIA CRÓNICA EM
PORTUGAL**

Marlene Novais Gonçalves

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Doutora Sofia Portela, Prof. Auxiliar do ISCTE-IUL, Departamento de Métodos
Quantitativos para Gestão e Economia

Outubro 2014

ABSTRACT

Non-adherence to therapy in chronic respiratory patients is a behavior influenced by many factors, and that can translate into loss-health indicators, with important economic and social impact. Being a reality little known nationally, this study aims to examine the effective adherence of these patients, the reasons for not joining, what strategies that patients consider shown to prevent non-compliance, as well as the relationship they have with your doctor.

In order to analyze the above mentioned goals, a questionnaire to a sample of chronic respiratory diseases, of legal age to do drugs / treatments (oxygen, non-invasive ventilation, respiratory functional rehabilitation) for at least four months was applied.

Of the 166 respondents, 43% were patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 28% were suffering from Obstructive Sleep Apnea Syndrome and 18% were asthmatic, the remaining 16% had other respiratory diseases. Just over half of respondents (54%) were males and the average age is 60 years. The most common treatment is inhalation therapy (78%), followed by oral medication and non-invasive ventilation and oxygen therapy (43% and 37%, respectively). Lack of money to buy the drugs was more pointed reason (17%), for those whose economic factor was responsible for non-adherence to therapy. Among the respondents, 72% considered adherent to the proposed treatment plan and only 27% took failure adherence to medications and treatments prescribed. The reasons for non-adherence with regard to drugs / treatments of respiratory disease have to do with: excessive doses / drugs and side effects, difficulty to adapt to the routine doses and lifestyle, doubt the efficacy, perception of state health, the dosing schedule, forgetfulness, ignorance of the consequences of non-adherence, avoid mixing with other substances / dislike making.

The strategies most frequently used by respondents to promote adherence include: talking with the doctor, associate takes the occasion of routine activities, be able to call the doctor and always give a written detailed plan of how to follow up after treatment.

Keywords: Patient adherence, Chronic Respiratory Disease, Predictors, Strategies

RESUMO

A não adesão à terapêutica em doentes respiratórios crónicos é um comportamento influenciado por inúmeros fatores, e que pode traduzir-se em deficitários indicadores de saúde, com impacto económico e social importante. Sendo uma realidade pouco conhecida a nível nacional, este estudo pretende analisar a efetiva adesão à terapêutica destes doentes, os motivos pelos quais não aderem, quais as estratégias que os doentes consideram indicadas para evitar a não adesão à terapêutica, bem como a relação que têm com o seu médico.

Por forma a analisar os objetivos supra mencionados, foi aplicado um questionário a uma amostra de doentes respiratórios crónicos, maiores de idade, a fazer medicação/tratamentos (oxigenoterapia, ventiloterapia, reabilitação funcional respiratória) há pelo menos quatro meses.

Dos 166 inquiridos, 43% eram doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, 28% sofriam de Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono e 18% eram asmáticos, os restantes 16% apresentaram outras doenças respiratórias. Pouco mais de metade dos inquiridos (54%) são do género masculino e a média de idades é de 60 anos. O tratamento mais comum é a terapêutica inalada (78%), seguido da medicação oral e a ventiloterapia e oxigenoterapia de longa duração (43% e 37%, respetivamente). A falta de dinheiro para comprar os medicamentos foi o motivo mais apontado (17%), para aqueles cujo fator económico foi responsável pela não adesão à terapêutica. Entre os inquiridos, 72% considera-se aderente ao plano terapêutico proposto e apenas 27% assumiu incumprimento na adesão aos medicamentos e a tratamentos prescritos. Os motivos da não adesão à terapêutica no que respeita aos medicamentos/tratamentos de doença respiratória têm que ver com: excesso de tomas/medicamentos e efeitos secundários, dificuldade de adaptar as tomas à rotina e estilo de vida, dúvida na eficácia, perceção do estado de saúde, horário das tomas, esquecimento, desconhecimento das consequências da não adesão, evitar misturar com outras substâncias/não gostar de tomar.

As estratégias mais utilizadas pelos inquiridos para a promoção da adesão à terapêutica englobam: falar com o médico, associar a toma aquando de atividades de rotina, ter a possibilidade de telefonar ao médico e dar sempre um plano escrito detalhado da forma de seguimento do tratamento.

Palavras-chave: Adesão terapêutica, Doença Respiratória Crónica, Preditores, Estratégias

AGRADECIMENTOS

Chegada ao fim desta árdua, mas simultaneamente, estimulante e enriquecedora caminhada, gostaria de agradecer o incondicional apoio, paciência, amizade e sabedoria de todos aqueles que, espontaneamente, se disponibilizaram para me ajudar na concretização desta Tese de Mestrado, que é, na realidade o culminar de um extenso percurso e um forte desejo de aprofundar conhecimentos na área da gestão em saúde.

Dirijo assim e de forma particular os meus agradecimentos:

À Prof. Sofia Portela, orientadora da tese, por toda a disponibilidade demonstrada, pela partilha do saber, críticas, sugestões relevantes, e pelo seu rigor e valiosas contribuições indispensáveis à elaboração desta investigação.

Aos meus pais, que me ensinaram que nunca devemos desistir do que acreditamos, e sempre me incentivaram a estudar cada vez mais, e que ao longo destes dois anos me foram sempre dando ânimo para levar esta árdua tarefa até ao fim. Aos meus sogros e mais uma vez aos meus pais, pela incessante ajuda no cuidado às minhas filhas para que eu pudesse concluir este trabalho.

Ao Rui, pelo total apoio e estímulo que me deu desde a fase de candidatura ao Mestrado até à entrega desta tese, por ter estado sempre ao meu lado neste percurso, pelas constantes e incansáveis viagens até ao ISCTE, na companhia da nossa filha Joana para que eu pudesse amamentá-la, pelo amor, alegria e atenção sem reservas, pela paciência e compreensão nos meus momentos de *stress* e de isolamento para pesquisa e escrita e pelas trocas de impressão e comentários à tese.

À Rita e à Joana, que acompanharam diferentemente, este processo de Mestrado desde o primeiro dia, e talvez por isso compreendam às suas maneiras, que a vida dos adultos impõe desafios que às vezes implicam sacrifícios; pela companhia aquando da escrita desta Tese e pela compreensão nos momentos de dedicação aos estudos, esperando que lhes possa servir de exemplo e estímulo para as suas vidas.

Aos meus amigos que entenderam a importância do Mestrado para mim, e que se mantêm fiéis, apesar das minhas ausências.

Às minhas queridas colegas e amigas Anabela e Isabel e à Dr^a Pilar pelo estímulo permanente na concretização desta tese e pelos sábios conselhos que me deram.

À minha chefia e todas as Superiores pela concessão de dias de formação, flexibilidade permitida na gestão de dias de trabalho, para que pudesse ir às aulas, às reuniões de orientação e para dedicação de tempo à elaboração da tese.

Aos meus colegas de trabalho por me facilitarem as trocas nos meus horários.

“Gestos de carinho, atenção e delicadeza fazem-nos perceber quanto algumas pessoas são especiais na forma de ser e como são bem-vindas as suas ações. Muito Obrigado!”

(Autor Desconhecido)

SIGLAS

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

BiPAP – Bilevel Positive Airway Pressure

CPAP – Continuous Positive Pressure OMS – Organização Mundial de Saúde

DAILY's – Disability-Adjusted Life Year's

DGS – Direcção Geral de Saúde

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

GHE – Global Health Estimates

GINA – Global Initiative for Asthma

GOLD – Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

OCDE – Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OLD – Oxigenoterapia de longa duração

ONDR – Observatório Nacional de Doenças Respiratórias

PNDR – Programa Nacional para as Doenças respiratórias

SAOS – Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE

Abstract	III
Resumo	V
Agradecimentos	VII
Siglas	IX
Índice.....	XI
Índice de Quadros.....	XIII
Índice de Figuras	XIV
1. Introdução	15
2. Revisão de Literatura.....	21
2.1. Doenças Respiratórias Crônicas/ Tratamentos	21
2.1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	21
2.1.2. Asma.....	22
2.1.3. Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono	22
2.1.4. Oxigenioterapia de longa duração	23
2.1.5. Suporte ventilatório domiciliário – Ventiloterapia	24
2.1.6. Reabilitação Funcional Respiratória.....	24
2.2. Conceito de adesão à terapêutica.....	25
2.3. Tipos de não adesão à terapêutica	29
2.4. Medição da não adesão à terapêutica	30
2.4.1. Métodos Diretos	31
2.4.2. Métodos Indiretos	32
2.5. A adesão à terapêutica nos doentes respiratórios crônicos e resultados em saúde	34
2.6. Custos da não adesão à terapêutica dos doentes respiratórios crônicos	40
2.7. Fatores que influenciam a adesão à terapêutica nos doentes respiratórios crônicos	45
2.7.1. Fatores relacionados com a pessoa doente	46
2.7.2. Fatores relacionados com a condição	53
2.7.3. Fatores relacionados com a terapêutica	54

2.7.4. Fatores relacionados com a Equipa de Saúde/ sistema de prestação de cuidados	58
2.8. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica	61
2.9. Caracterização da situação portuguesa e mundial	68
3. Metodologia.....	71
3.1. Universo e amostra	72
3.2. Método e instrumentos de recolha de dados.....	73
4. Resultados.....	75
4.1. Caracterização da amostra	75
4.2. Caracterização da condição de saúde	76
4.3. Caracterização do tratamento prescrito e avaliação da adesão à terapêutica	78
4.4. Motivos de não adesão à terapêutica	84
4.5. Estratégias para evitar a não adesão à terapêutica	86
4.6. Caracterização da relação médico-doente	89
5. Conclusão	95
5.1. Limitações do Estudo	97
5.2. Implicações para a Prática	98
Bibliografia.....	99
Anexos.....	115
Anexo I – Definição do processo de adesão.....	117
Anexo II – Consentimento Informado.....	119
Anexo III – Autorização para a colheita de dados.....	121
Anexo IV – Questionário.....	125
Anexo V – Redução de Informação dos dados por Análise de Componentes Principais (ACP- 8cp.spv)	129

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I - Métodos de estudo de adesão à terapêutica em pessoas com doença respiratória crónica	33
Quadro II - Caracterização sociodemográfica das pessoas com doença respiratória crónica	76
Quadro III - Cumprimento das instruções do médico relativamente à forma como deve tomar os medicamentos e/ou fazer o tratamento prescritos	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura I - Adesão à medicação segundo o número de doses diárias	56
Figura II - Barreiras/lacunas de informação no processo de adesão à terapêutica	60
Figura III - Consenso com base no estudo “Delphi” para melhoria da adesão à terapêutica na Europa.....	67
Figura IV - A doença respiratória dos inquiridos	77
Figura V - Graus de incapacidade de realização de atividades quotidianas nos inquiridos com doença respiratória crónica	77
Figura VI - Estado de saúde atual dos inquiridos com doença respiratória crónica.....	78
Figura VII - Tipo de tratamento realizado nos inquiridos com doença respiratória crónica	80
Figura VIII - Relação que os inquiridos têm com a medicação/tratamento prescritos.....	80
Figura IX – Influência financeira na compra ou pagamento do tratamento prescrito	82
Figura X - Influência financeira na compra ou pagamento do tratamento prescrito	83
Figura XI - Ações adotadas pelos inquiridos para evitar a não adesão à terapêutica	87
Figura XII - Métodos para se lembrar de tomar a medicação/realizar o tratamento prescritos.....	89
Figura XIII - Em que medida o médico assistente estabeleceu conversação sobre... ..	90
Figura XIV - Avaliação do grau de concordância pelo doente face aos procedimentos habituais na consulta de “ <i>follow up</i> ”	91
Figura XV - Avaliação do grau de concordância pelo doente face aos procedimentos habituais na consulta de “ <i>follow up</i> ”	92
Figura XVI - Avaliação do grau de concordância da opinião do doente face a alguns aspectos inerentes à adesão terapêutica.....	93
Figura XVII - Avaliação do grau de concordância da opinião do doente face a alguns aspectos inerentes à adesão terapêutica.....	93

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, Portugal tem assistido a um aumento na esperança média de vida da sua população. A este facto, está naturalmente associada uma elevada prevalência de doenças crónicas, às quais não está imune, a alteração dos estilos de vida da população, que de certa forma, vão potenciando a probabilidade de ocorrência destas doenças.

As doenças crónicas constituem um grave problema de saúde pública nacional e internacional, responsáveis por mortes antecipadas na idade adulta. Para além das repercussões desastrosas que provocam em centenas de milhões de pessoas, estima-se que estas doenças causem globalmente quatro milhões de vítimas, valor que num futuro próximo aumentará em 17% (OMS, 2007). Em termos mundiais, as doenças respiratórias crónicas representam 7% das principais causas de morte (OMS, 2007).

Na realidade portuguesa, mais de 30% da população sofre de doenças respiratórias crónicas obrigando a custos que ascendem aos 600 milhões de euros/ano (ONDR, 2012).

Perante este cenário, é facilmente perceptível que o aumento da incidência e prevalência deste tipo de doenças, contribua em larga escala, para o aumento do consumo de terapias farmacológicas e não farmacológicas, que melhoram significativamente a qualidade de vida das pessoas doentes. Contudo, este facto exige às pessoas com doenças crónicas, a consciencialização para a necessidade de tomar a medicação continuamente e em adotar medidas eficazes para controlar e tratar essas doenças.

Um estudo do *European Social Survey (2006)*, aponta para Portugal, um nível geral de adesão à terapêutica que se situa acima dos 93% (Cabral e Siva, 2010). Todavia, o estudo realizado por Cabral e Silva (2010) conclui que a adesão integral das prescrições médicas aproxima-se de um terço da população dos doentes em tratamento. Neste contexto, os doentes crónicos são os que menos aderem à terapêutica estimando-se que, 30 a 50% dos doentes, independentemente da doença, do tratamento e do prognóstico, não adiram ao regime terapêutico (Vermeire *et al.*, 2001; Zolnierek e DiMatteo, 2009). Apesar de não haver estudos concretos sobre o comportamento face ao plano terapêutico em doentes respiratórios crónicos, estima-se que a taxa de não adesão em doentes do foro pneumológico seja inferior a 24,8% e para a medicação inalada, se situe em cerca de 88% (DiMatteo, 2004; Gamble *et al.*, 2009).

Se por um lado, se denota um perfil de adesão à terapêutica com medicamentos específicos (inaladores), numa fase inicial, ao final do primeiro ano de tratamento, esse valor diminui drasticamente, variando entre 23% e 31% (McNally *et al.*, 2009). Mas esta percentagem não é de todo consensual na prática, pelas diferentes perspetivas que o doente e profissional possam ter do controlo da situação, ou seja, o que para um pode ser minimamente aceitável, para o outro, pode não o ser (Lareau e Yawn, 2010). É, pois, importante perceber o que se esconde por detrás do insucesso, muitas vezes omitido pelo doente por vergonha ou receio e despercebido pelos profissionais de saúde. Ainda assim, não isenta a responsabilidade de ambos “trabalharem” em conjunto e com a Equipa multidisciplinar para aferirem, em plena aliança terapêutica o melhor tratamento a adotar.

As pessoas com este tipo de patologia são sujeitas a tratamentos diversificados que vão desde a medicação oral à inalatória, passando pela reabilitação funcional respiratória e nos casos de doença em estadios mais avançados, o uso de oxigenoterapia de longa duração e a ventiloterapia domiciliárias, quando tal se justifica. Todavia, nem sempre, e com a perseverança que a cronicidade exige, estas terapias são bem-sucedidas.

Encontrar efetivamente as razões que estão na base do comportamento dos doentes, percebendo simultaneamente a natureza real da não adesão (intencional, não intencional), constitui-se uma tarefa fundamental na melhoria da adesão à terapêutica nos doentes respiratórios crónicos. Para tal, importa medir o fenómeno em causa tanto de forma direta, através do doseamento dos níveis séricos ou através da observação direta da toma, que não é de todo exequível; como indireta (contabilização de receitas emitidas, receitas aviadas na farmácia, pesagem das embalagens dos dispositivos inalatórios, contagem de comprimidos, questionários ou entrevistas e monitorização eletrónica dos dispositivos inalatórios, que sendo o método mais fidedigno, é bastante dispendioso e algo intrusivo (Antoniou, 2010). Não existe portanto um método *goldstandard*, e a combinação de várias metodologias poderá ser a forma mais fidedigna na medição desta problemática (OMS, 2003).

Existem inúmeras barreiras que comprometem o pleno seguimento das opções terapêuticas a implementar. Para a OMS (2003), os principais determinantes, que interagem entre si, englobam: os fatores relacionados com o sistema de saúde, serviços e profissionais de saúde; fatores relacionados com a doença e com o tratamento e fatores relacionados com o

doente, e que em maior ou menor grau condicionam o prognóstico da doença e naturalmente os resultados em saúde das populações.

A complexidade do regime terapêutico pode influenciar grandemente o pleno seguimento ao tratamento, visto que as doenças respiratórias crónicas afetam principalmente a população mais idosa, que naturalmente apresenta diminuição das suas capacidades cognitivas e que pode não compreender as orientações e ensinamentos transmitidos. Alguns estudos, reportam que a otimização da dose diária, ou seja, a utilização de um inalador uma vez por dia (quando o caso, o possibilite) comparativamente a duas vezes por dia era favorável ao primeiro, com taxas de adesão médias de 93,3% e 89,5%, respetivamente (Price *et al.*, 2010).

Tendo presente a existência das dificuldades na gestão das terapêuticas recomendadas, é importante salientar-se que as condições sócio-económicas dos portugueses, têm, ultimamente vindo a degradar-se nos últimos anos com a imposição de medidas de austeridade trazidas pela *Troika*, o que poderá comprometer em parte, a continuidade dos regimes terapêuticos instituídos. A situação para os doentes respiratórios crónicos tende a agravar-se duplamente no que à falta de adesão à terapêutica diz respeito - não só pela diminuição do poder de compra relativamente à compra de medicamentos, (apesar da expansão do mercado de medicamentos genéricos) -, como também um acesso contido aos serviços de saúde derivado do aumento das taxas moderadoras, pondo em causa o controlo da evolução natural da doença. Se associarmos a esta situação, comportamentos desviantes relativamente à forma como se deveria tomar a medicação ou fazer os tratamentos prescritos, então irá, provavelmente, notar-se um significativo impacto nos indicadores de saúde, com aumento por exemplo das exacerbações da doença com consequência direta do aumento da incidência dos internamentos hospitalares e todo o risco a ele associados. Esta situação certamente fará aumentar o consumo de recursos de saúde, comprometendo em certa medida a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde.

Complementarmente, a prestação de serviços de saúde atual, não é de todo generosa para as boas práticas face ao que deveria ser o programa ideal de uma consulta, tal como recomendado no encontro de Kalamazoo em 1999, uma vez que impondo subtilmente alguma pressão na quantidade de consultas registadas, com vista à redução dos tempos de espera nas consultas de especialidade, impede uma clara e necessária partilha de

informação entre ambas as partes (Brown *et al.*, 2013). A este cenário não está alheio, a atitude de sensibilidade, escuta ativa, disponibilidade, e a qualidade da informação que cada profissional assume e transmite, e que segundo Rand (2005), após o período imediato à consulta apenas 50% dos conteúdos são apreendidos.

Reconhecendo-se a dificuldade do doente no cumprimento ao esquema terapêutico, é na família que poderá residir um aliado que estrategicamente o poderá ajudar a alcançar esse objetivo, lembrando-o dos tratamentos a fazer, acompanhando-o a consultas (constituindo-se como um reforço nas recomendações feitas) e estimulando-o, de forma que a sua motivação e interesse não se desvaneça.

Para além da magnitude epidemiológica das doenças respiratórias crónicas, o impacto que as consequências pessoais, económicas e sociais acarretam, obrigam a que a adesão à terapêutica seja uma prioridade nas políticas de saúde para que se possam alcançar bons resultados em saúde. Adotar por isso, estratégias pragmáticas adaptadas às necessidades concretas de cada doente, é uma condição premente. Intervenções educacionais como a utilização da forma oral e escrita na informação transmitida pelos profissionais estimulando os doentes a validarem presencialmente o que ouvirem, ou intervenções comportamentais como o uso de lembretes para o não esquecimento da toma da medicação e/ou realização de tratamentos, promover um envolvimento ativo do doente para que este faça o correto auto-controlo da sua doença, simplificar os regimes terapêuticos e quiçá, recorrer ao uso de incentivos financeiros (que são controversos), seriam formas de melhorar esta situação (Bugalho e Carneiro, 2004; DeFulio e Silverman, 2012).

De forma a conseguir compreender o problema da adesão à terapêutica, foram formuladas assim duas questões centrais: **“Porquê os doentes com doença respiratória crónica deixam de cumprir com o regime terapêutico aconselhado?”** e **“Quais as estratégias para evitar a não adesão à terapêutica por parte dos doentes respiratórios crónicos?”**.

Esta pesquisa torna-se então pertinente para compreender o que leva os doentes respiratórios crónicos à não aderirem na plenitude à terapêutica e outros tratamentos coadjuvantes na área da Pneumologia como a oxigenoterapia, ventiloterapia e reabilitação funcional respiratória recomendados, tentando compreender o seu perfil sócio-demográfico, contribuindo-se em pequena escala para o conhecimento da sua situação de saúde.

Assim, e perante uma temática atual e com interesse a diversos níveis (pessoal, familiar, social), pretende-se essencialmente caracterizar os comportamentos de não adesão à terapêutica aprofundando e “atualizando” o conhecimento nesta área, para a realidade portuguesa.

Por outro lado, considera-se igualmente importante perceber o grau de adesão aos medicamentos prescritos bem como identificar os fatores que afetam a adesão.

Os resultados obtidos deverão possibilitar identificar as áreas passíveis de intervenção para os profissionais de saúde na área da pneumologia, para além de poderem proporcionar um pequeno “retrato” do estado de saúde dos doentes respiratórios crónicos portugueses.

O restante documento encontra-se estruturado em **cinco capítulos** que se descrevem seguidamente:

- capítulo 2, onde é abordado o quadro concetual do tema, fazendo menção ao conceito de adesão à terapêutica e sua forma de avaliação, o impacto económico decorrente deste fenómeno; aborda-se igualmente as barreiras da não adesão bem como as estratégias de melhoria à adesão á terapêutica. Faz-se também uma breve caraterização da situação portuguesa e mundial das doenças respiratórias crónicas.

- capítulo 1, onde é apresentada a metodologia, os objetivos do estudo tendo por base as questões de investigação e os métodos de recolha de dados.

- capítulo 4, onde se expõe, e simultaneamente, se discute os resultados obtidos, fazendo primeiramente uma breve caraterização sócio-demográfica, da condição de saúde e do tratamento prescrito da amostra em estudo.

- capítulo 5, onde se apresentam as conclusões do estudo em análise, com as limitações inerentes e implicações importantes para a prática clínica.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1. Doenças Respiratórias Crônicas/ Tratamentos

2.1.1. Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

É uma doença do foro respiratório progressivamente incapacitante que atinge a função pulmonar numa fase inicial e posteriormente tem sérias repercussões a nível sistémico. Sendo prevenível e tratável, afeta de forma irreversível, o fluxo de ar a nível pulmonar, que gradualmente responde com uma reação inflamatória anormal no pulmão, a partículas ou gases como o fumo do tabaco. O diagnóstico é confirmado com o exame designado de espirometria, associado a sintomas de tosse, dispneia (falta de ar), produção de expectoração e história relevante de exposição a fumos, poeiras, penas, etc (American Thoracic Society e European Respiratory Society, 2004; Qaseem *et al.*, 2011).

Em termos epidemiológicos, e de acordo com o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias, existem cerca de 800.000 mil pessoas afetadas e a prevalência da DPOC aumenta igualmente nos homens e nas mulheres e aumenta com a idade e com a carga tabágica. Apresenta-se ainda assim, com maior número de casos, no sexo masculino de idade superior a 70 anos, abrangendo 47,2% dos indivíduos (DGS, 2012). A mortalidade em 2012 por esta doença foi de 2.936 óbitos, tendo-se registado um aumento de 11,4% face ao ano anterior (ONDR, 2013).

Se se pensar que a DPOC é altamente incapacitante, sendo responsável num ano, por 74.547 anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (DALY's), não será irrelevante associar-se esta realidade aos gastos que daí advém, que diretamente representam exclusivamente para a DPOC 240 milhões de euros por ano e para o total das doenças respiratórias é de 600 milhões (Borges *et al.*, 2009; Fundação Portuguesa do Pulmão, 2010).

O tratamento adequado para a DPOC inclui a cessação tabágica (quando tal se verifica) e um plano combinado de fármacos (broncodilatadores, beta-agonistas, anticolinérgicos e corticoesteróides), oxigenoterapia (oxigénio de longa duração), reabilitação funcional respiratória (programa de exercícios que potenciam a capacidade pulmonar) e

ventiloterapia domiciliária (para os casos mais graves), e que de certa forma minimizam os sintomas, aumentam a capacidade de exercício, e reduzem os episódios em exacerbações, melhorando a qualidade de vida da pessoa (American Thoracic Society & European Respiratory Society, 2004).

2.1.2. Asma

A asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, caracterizada por um grau mais ou menos severo de hiper-reatividade brônquica, desencadeada por fatores alérgicos ou não alérgicos e que se traduz numa obstrução brônquica reversível. Geralmente estão associados à doença sintomas como: pieira, dispneia, opressão torácica, tosse, e eventualmente a presença de alguns sinais de dificuldade respiratória (cianose, tiragem, polipneia, etc) que variam em número e em intensidade ao longo do tempo. Os episódios agudos da doença são desencadeados por exercício físico, alérgenos de vários tipos, exposição a poluentes, mudanças de tempo ou infeções respiratórias virais (GINA, 2014).

A prevalência da asma é superior na população mais jovem, sendo uma causa frequente de internamento hospitalar. Em termos de pessoas afetadas, admite-se que estas, sejam cerca de 1.000.000. Em relação à mortalidade, os números são pouco expressivos, registando-se 144 óbitos em 2012; ainda assim houve um aumento em 18,3% comparativamente ao ano de 2011 (ONDR, 2013).

O tratamento para a doença não é de todo consensual, mas os fármacos considerados de alívio como os agonistas beta 2 de curta ação e os fármacos de controlo relativamente ao aparecimento de agudizações como os corticosteroides administrados por via inalatória e oral bem como os agonistas beta 2 de longa ação, são efetivamente o plano terapêutico de eleição (GINA, 2014).

2.1.3. Síndrome de Apneia Obstrutiva do Sono

A SAOS é uma doença respiratória crónica caracterizada por episódios frequentes de curta duração de obstrução total ou parcial das vias aéreas superiores, com consequentes distúrbios do sono que se traduzem em cansaço e sonolência diurna (Zeki *et al.*, 2011). Habitualmente os sintomas que lhe estão associados englobam: ressonar, apneias (deixar de respirar sem que a pessoa se aperceba), irritabilidade, diminuição da atenção e da

memória, acompanhados ou não de alguma sintomatologia da asma ou DPOC. Para a confirmação de diagnóstico, é efetuado um estudo do sono durante uma noite onde será avaliado o padrão respiratório e a quantidade de oxigênio no sangue. (Zeki *et al.*, 2011)

Em termos epidemiológicos, e não obstante haver qualquer referência a estudos nacionais sobre esta patologia, a sua prevalência nos adultos aproxima-se dos 20% (DGS-PNDR, 2012).

O tratamento para a SAOS assemelha-se em alguns aspetos ao plano terapêutico da Asma ou da DPOC, ainda que o mais utilizado seja o CPAP (aparelho incorporado com um modo ventilatório que consiste na presença de um fluxo de ar contínuo nas vias aéreas, recrutando zonas hipoventiladas e diminuindo o trabalho respiratório por meio de uma máscara durante o sono) (Roque *et al.*, 2014).

Estas doenças respiratórias crónicas podem coexistir em simultâneo na mesma pessoa. Todavia é crucial fazer um diagnóstico diferencial pelas consequências terapêuticas associadas, concretamente no que à resposta ao tratamento diz respeito.

2.1.4. Oxigenioterapia de longa duração

A oxigenioterapia é um tipo de tratamento complementar para os doentes respiratórios crónicos. Define-se por aumentar de forma suplementar a quantidade de oxigênio que chega aos pulmões, traduzida em saturações de $O_2 > 90\%$, de forma a que seja possível ao doente respirar mais facilmente, e que lhe permita manter as suas rotinas e melhorar a sua qualidade de vida. Deve ser utilizada por um período superior a 15 horas por dia para que seja eficaz. Tem como principal objetivo manter, através de cânula nasal ou máscara de venturi, um nível adequado de oxigênio ao bom funcionamento do organismo, prevenindo a hipóxia dos tecidos e preservando a oxigenação celular. As principais formas de administração domiciliárias englobam: o oxigênio gasoso (cilindro de oxigênio), o líquido (oxigênio portátil- “mochila”, que permite a deambulação para o exterior) e o concentrador de oxigênio. (American Thoracic Society e European Respiratory Society, 2004; GOLD, 2014; Winck, 2008).

2.1.5. Suporte ventilatório domiciliário – Ventiloterapia

A ventilação não invasiva é um modo de ventilação mecânica alveolar, que tem sido utilizada de forma crescente em situações de insuficiência respiratória crónica. É uma terapia que inclui um equipamento que permite realizar diferentes modos ventilatórios, um interface (existem inúmeros modelos de máscaras faciais e nasais) e uma traqueia por onde circula o fluxo de ar, e portanto não implica o uso da via endotraqueal. Tem no tratamento das falências respiratórias o seu principal intuito, uma vez que ao aplicar-se uma pressão positiva contínua nas vias aéreas, reduz-se a frequência respiratória e permite a correção de trocas gasosas, responsáveis pelo bom funcionamento corporal (Roque *et al.*, 2014).

A ventilação não invasiva começou por ser utilizada como complemento ao tratamento do síndrome obstrutivo da apneia do sono, sendo atualmente também usada em muitas situações de insuficiência respiratória crónica.

Existem diversas modalidades ventilatórias, mas as mais comumente utilizadas em ambulatório são: o CPAP, o Auto-CPAP e a Servoventilação Adaptativa (Roque *et al.*, 2014).

Tem como vantagens a possibilidade de ser usada de forma intermitente, sendo de fácil aplicação e remoção; e como efeitos menos favoráveis: o desconforto na adaptação do interface, lesões cutâneas e fugas de ar.

2.1.6. Reabilitação Funcional Respiratória

A reabilitação funcional respiratória, é um tratamento não farmacológico de intervenção multidisciplinar para doentes que estejam numa situação de estabilização da sua doença crónica respiratória, e não só. Tem como principais objetivos, minimizar os sintomas recorrentes da doença e promover o retorno à independência no que às atividades de vida diz respeito, proporcionando um aumento gradual da tolerância ao esforço. Os benefícios abrangem uma menor sensação de falta de ar, redução indireta do número de internamentos pela diminuição de exacerbações da doença e melhor controlo dos sintomas, aumento do efeito dos broncodilatadores. Os programas de reabilitação funcional respiratória baseiam-se numa abordagem multidisciplinar, com sessões individualizadas consoante as

necessidades específicas de cada doente, tendo em conta a componente física, psicológica e social. Habitualmente incluem o treino com exercícios para melhorar a capacidade pulmonar, ensinamentos e integração em sessões de cessação tabágica, aconselhamento nutricional, entre outros ensinamentos. Não existe um padrão para a duração e a frequência destes programas, se bem que programas de duração maior revelam-se mais eficazes. Todavia, programas de oito semanas (aproximadamente 24 sessões), três vezes por semana e com sessões de três horas cada, seriam recomendáveis (Ringbaek *et al.*, 2000; American Thoracic Society e European Respiratory Society, 2004; Nici *et al.*, 2006; Casaburi e ZuWallack, 2009; GOLD, 2014)

2.2. Conceito de adesão à terapêutica

O cuidado face à adesão à terapêutica remonta à era de Hipócrates, tendo-se tornado uma preocupação crescente para os profissionais de saúde, pelas repercussões particularmente sentidas no doente (por exemplo no prognóstico da doença) bem como na sua família e para a sociedade, em geral.

Inicialmente, a expressão adesão terapêutica estava limitada à toma da medicação prescrita pelo médico. Contudo, ao longo do tempo foram sendo estudadas mais de 200 variáveis relacionadas com este tema, despertando para um novo conceito de adesão à terapêutica: no contexto de cuidados de saúde, que engloba não só a toma da medicação propriamente dita, bem como outros comportamentos do doente em situação de doença, e que podem incluir, por exemplo - a alteração na dieta alimentar, a prática de exercício físico, a alteração de estilos de vida (como a cessação tabágica), a realização de meios complementares de diagnóstico e a comparência em consultas médicas, entre outros (Vermeire *et al.*, 2001; Jin *et al.*, 2008).

Aumentar a adesão à terapêutica tem um impacto importante nos resultados de saúde de um doente, contudo é atualmente percecionado que alguns doentes não aderem à terapêutica como resultado da sua própria autonomia.

Apesar do reconhecimento, sobre a necessidade de abordar este complexo problema da não adesão aos regimes de tratamento instituídos, permanece uma certa confusão na definição

deste conceito e que tem sido dificultada pela ausência de uma terminologia e formas de medição consistentes, o que pode conduzir a alguma incompreensão nesta matéria.

Relativamente a esta temática, têm surgido na literatura conceitos distintos mas complementares que descrevem diferentemente, a relação entre o doente e o profissional de saúde e indiretamente o comportamento de um indivíduo face ao cumprimento dos tratamentos prescritos.

O cumprimento terapêutico (*compliance*) traduz o cumprimento do doente relativamente ao regime terapêutico e à adoção das recomendações feitas pelos profissionais de saúde (Cohen *et al.*, 2012; NCPIE, 2007). Nesta perspetiva, o doente segue obrigatoriamente as indicações dadas pelos profissionais de saúde, sendo-lhe atribuída a responsabilidade exclusiva pelos desvios de conduta que podem eventualmente ocorrer, tendo em conta a prescrição inicial (Cabral e Silva, 2010). Todavia, esta é uma visão muito simples, redutora com conotação paternalista da questão, pois está implícito um certo grau de obediência do doente numa relação assimétrica e passiva entre profissional de saúde-doente (Bugalho e Carneiro, 2004).

Para colmatar este facto, e compreendendo que o papel do doente estaria a ser negligenciado, foi proposto então um novo termo, adesão à terapêutica (*adherence*) que de acordo com a Organização Mundial de Saúde, se define como a “*medida em que o comportamento de uma pessoa - toma da medicação, seguimento de uma dieta, e / ou mudanças no estilo de vida, é correspondente com as recomendações de um profissional de saúde*” (OMS, 2003, p.3). Esta visão do conceito adesão à terapêutica caracteriza-se pela cooperação entre o profissional de saúde e o doente, mantendo a ideia do cumprimento pelo tratamento proposto. Para alguns autores, adesão à terapêutica pode ser entendida numa abordagem bio-psico-social, como resultado de um conjunto de categorias: o grau de coincidência do comportamento do doente com o conselho profissional; a relação profissional de saúde-doente como uma parte da gestão do plano terapêutico; os objetivos de ambas as partes e os resultados esperados; o cumprimento do tratamento instituído e outros fatores que influenciam o comportamento. Todas estas dimensões destacam e reforçam o papel que o cuidado holístico ao doente deve assumir numa relação terapêutica (Lehane e McCarthy, 2009). Ainda assim, importa realçar que adesão à terapêutica reflete o comportamento do doente perante um tratamento, embora muitas vezes, seja confundido

com os resultados que dele podem advir (DiMatteo, 2012). Nesta perspetiva, o que é mensurável é o grau que se estabelece entre a adesão e o resultado de saúde esperado e que pode ser influenciado pelo estado da doença, a eficácia do tratamento e se ele é efetivamente ajustado ao doente, entre outros fatores.

Em suma, adesão à terapêutica pode exprimir-se como o grau de participação do doente num regime terapêutico após ter tomado conscientemente a decisão de concórdia com esse plano (Balkrishnan e Christensen, 2000).

No âmbito desta temática, surgiu entretanto um novo conceito: *concordance*, que identifica a necessidade de ambas as partes cooperarem na aferição de um programa de tratamento de mútuo acordo, reconhecendo que podem coexistir diferentes visões entre doente e profissional de saúde face ao mesmo tratamento (Vrijens *et al.*, 2012). Ou seja, sugere uma participação ativa da pessoa no processo de decisão, estabelecendo-se uma parceria entre o doente e o prestador de cuidados de saúde (Bastakoti *et al.*, 2013). Nesta perspetiva, é reconhecida uma capacidade de decisão por parte do doente, podendo optar de forma informada e responsável face às recomendações dadas, sustentada numa relação profissional de saúde-doente dinâmica e recíproca (Lindsay e Heaney, 2013). O doente é assim, parte integrante do tratamento, devendo ser congruente no planeamento da sua terapêutica, aceitando-a e partilhando a responsabilidade do regime terapêutico com a equipa multidisciplinar, otimizando uma verdadeira “aliança terapêutica” (Bissell *et al.*, 2004; Bugalho e Carneiro, 2004).

A duração do tratamento estabelecido (*persistence*), é igualmente apresentado na literatura e refere-se ao “*período de tempo predefinido (por exemplo, 12 meses) que medeia o início do esquema terapêutico e a sua descontinuação*” (Cramer *et al.*, 2008, p. 46).

Genericamente, poder-se-á resumir os diferentes conceitos apresentados e que sofreram mudanças e adaptações ao longo do tempo, e que de certa forma refletem a evolução do grau de autonomia do doente no processo terapêutico, como:

- ***Cumprimento terapêutico (compliance)*** implica o seguimento das recomendações clínicas, não tendo o doente qualquer intervenção no processo de gestão do seu tratamento.

- **Adesão à terapêutica (*adherence*)** centra-se essencialmente no compromisso com o regime terapêutico em que existe alguma negociação entre as partes; o tratamento é o fator controlador. É definida como a capacidade e vontade de obedecer a um regime terapêutico prescrito (National Asthma Council, 2005).
- **Concordância (*concordance*)** enfatiza a dinâmica da interação entre profissional de saúde e doente baseada na noção de igualdade, respeito e autonomia do doente.

Mais recentemente, são identificadas e amplamente utilizadas novas expressões sinónimas que traduzem este fenómeno da adesão terapêutica: *patient compliance* e *medication adherence*. No European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence (ESPACOMP) – encontro europeu onde vários especialistas da área da saúde discutiram um consenso sobre a taxonomia/terminologia relativamente aos desvios do doente ao tratamento prescrito - verificou que 60% dos participantes do encontro declararam que o termo *medication adherence* era preferível para descrever o cumprimento da terapêutica (Vrijens *et al.*, 2012).

Apesar da terminologia neste âmbito não ser consensual, existindo diferentes conceitos, nenhum termo reúne todas as dimensões até então abordadas. Assim, há uma clara necessidade de se conseguir criar uma estrutura conceptual que para Vrijens *et al.* (2012) se baseia:

- a) no cumprimento do plano terapêutico prescrito *-adherence to medication-* e que se inicia na primeira toma de medicação (*initiation*), engloba a medida em que o tratamento realmente realizado corresponde ao tratamento prescrito (*implementation*) até ao seu término (*discontinuation*) – independentemente das razões – compreendendo o período de tempo que medeia o princípio do regime terapêutico e a sua última dose/frequência (*persistence*);
- b) no processo de acompanhamento e apoio ao esquema terapêutico por parte do Sistema de Saúde, profissionais, doente e suas redes sociais;
- c) na compreensão das causas/consequências, por equipas multidisciplinares, do que está inicialmente proposto e as reais exposições aos medicamentos/tratamentos (anexo I).

Também no estudo de Goodfellow *et al* (2013) sobre a terminologia relativa à adesão à terapêutica, se verificou que apesar de os diversos termos serem indiferentemente usados, “*compliance*”, era efetivamente o mais comumente utilizado (349 citações) seguido do termo “*adherence*” (181 citações) e finalmente “*concordance*”, com cinco citações.

Assim e baseada na literatura científica, a adesão à terapêutica foi a designação adotada para este estudo, indo ao encontro não só da generalidade das opiniões dos investigadores mas também com a frequência nos vários estudos realizados sobre a matéria.

2.3. Tipos de não adesão à terapêutica

De uma forma geral, as doenças crónicas e em particular as doenças respiratórias crónicas, estão associadas a esquemas terapêuticos complexos necessários ao controlo da doença, mas muitas vezes subvalorizados e mal entendidos pelas pessoas afetadas. Interessa portanto perceber, os motivos pelos quais as pessoas não seguem integralmente o plano terapêutico recomendado.

Neste contexto, Barber *et al.* (2005) num estudo piloto aplicado a doentes crónicos medicados, fazem uma alusão deste processo da não adesão terapêutica à teoria do erro humano de James Reason e consideram, à semelhança do erro humano, que a não adesão à terapêutica, é um problema no sistema e não uma culpa pessoal e individual; ou seja, a não adesão é antes de mais, um sintoma e não o diagnóstico. Neste sentido, de acordo com Garfield *et al.* (2012), diagnosticar as causas da não adesão é fundamental para perceber as necessidades dos doentes.

Existem fundamentalmente dois padrões no comportamento de uma pessoa que integra inicialmente um regime terapêutico e que em determinado momento o abandona, refletindo a não adesão à terapêutica: intencional e não intencional. Porém, estes padrões de comportamento não devem ser assumidos como exclusivos (Horne, 2006 citado por Lindsay e Heaney, 2013).

A não adesão intencional, caracteriza-se por uma descontinuação deliberada às recomendações do tratamento (Lindsay e Heaney, 2013). Pode também ser designada de

não adesão primária ou secundária, consoante tal comportamento ocorra antes ou depois do avio da prescrição inicial (Fallis *et al.*, 2013).

A não adesão é não intencional ou prevenível, quando o doente apesar de conscientemente querer fazer o tratamento, não o cumpre por razões como o esquecimento, mal entendidos referentes às orientações dadas pelos profissionais, barreiras linguísticas, incapacidade física (por exemplo, má técnica na realização dos inaladores no caso dos doentes respiratórios crónicos), custo da medicação, planos terapêuticos complexos e com diversos medicamentos em simultâneo, entre outros (OMS, 2003; Horne, 2006; Lindsay e Heaney, 2013; Bryan *et al.*, 2013)

Resumidamente, a não adesão intencional envolve a competência e capacidade do doente, e a não intencional abarca a motivação do doente para iniciar e continuar com o regime de tratamento (Horne, 2006 citado por Lindsay e Heaney, 2013).

No caso das doenças respiratórias crónicas como a DPOC, os tipos de não adesão classificam-se: em subutilização (*underuse*) - a redução do uso diário relativamente à dose adequada previamente prescrita; sobreutilização (*overuse*) – aumento da frequência de doses recomendadas ou intervalos mais curtos entre as doses; e o uso inapropriado (*improper use*) - medicamento ineficaz, não indicado, ou duplicação desnecessária do tratamento. Destes, o mais frequente na DPOC é a subutilização e o uso inapropriado e é mais comum em doentes com idades acima de 65 anos e em regime de polimedicação (Restrepo *et al.*, 2008). Na DPOC, à subutilização segue-se habitualmente o uso excessivo e posteriormente o uso inadequado dos dispositivos da medicação (inaladores, por exemplo). A subutilização pode ser esporádica ou sistemática, variando desde um esquecimento pontual de uma dose à mudança do esquema de administração prescrito, e nestes casos, potencia-se o risco de morbilidade (Restrepo *et al.*, 2008).

2.4. Medição da não adesão à terapêutica

Compreender o problema da não adesão é algo incontornável. Contudo, medi-lo efetivamente é uma tarefa que se tem revelado difícil, na medida em que este fenómeno

sendo multifatorial tem igualmente uma componente individual comportamental muito importante (Brown e Bussel, 2011).

A complexidade que esta avaliação envolve, tem sido impeditiva de se encontrar um método universal e consensual que traduza em números esta necessidade (Vermeire *et al.*, 2001).

Todavia, e com base em ensaios clínicos, um doente é considerado aceitavelmente aderente a um plano de tratamento, se apresentar taxas de adesão superiores a 80 por cento. Esta percentagem é definida pelo número de medicamentos em falta num determinado período de tempo, dividido pelo número de medicamentos prescritos, no mesmo período de tempo (Osterberg e Blaschke, 2005). Este valor pode ser claramente arbitrário, uma vez que o cálculo que está na base desta percentagem assume, que a quantidade de medicamentos que estão em falta foram realmente tomados pelo doente, o que na realidade pode não ter acontecido. Apesar deste facto, a maior parte dos estudos selecionados na revisão de literatura realizada por van Boven *et al.* (2014) consideraram a taxa de 80 %, englobando a proporção de dias efetivos de toma de medicação para caracterizar e categorizar os comportamentos aderentes e não aderentes (van Boven *et al.*, 2014). Ainda assim, e de forma genérica os métodos para avaliar a adesão à terapêutica dividem-se em métodos diretos e indiretos.

2.4.1. Métodos Diretos

Os métodos diretos, são os mais objetivos e têm como finalidade a confirmação da toma do medicamento. Embora sejam considerados os mais precisos na avaliação do cumprimento do regime terapêutico, não são infalíveis. Caracterizam-se por terem uma aplicação limitada, serem invasivos, dispendiosos e de acordo com alguns autores, serem de realização exclusiva a doentes internados (Fenerty *et al.*, 2012; Osterberg e Blaschke, 2005). Genericamente, os métodos diretos englobam:

- a observação direta dos doentes – este método tem a desvantagem de ser pouco prático no quotidiano, para além do doente poder camuflar a toma do medicamento à frente do profissional descartando-o posteriormente;

- o doseamento dos níveis séricos de determinado fármaco, droga ou agente (por exemplo a nicotina) no sangue ou urina, que através de análises ao doente permite

determinar a sua concentração no organismo. Todavia, nem todos os medicamentos têm disponíveis métodos de avaliação sérica, e podem existir interações medicamentosas que alterem os níveis de determinado agente em estudo (por exemplo nicotina e teofilina).

- métodos bioquímicos como a análise sanguínea para detecção de um marcador biológico (Osterberg, Blaschke, 2005).

2.4.2. Métodos Indiretos

Os métodos indiretos são os mais frequentemente utilizados nos estudos sobre adesão à terapêutica. Distinguem-se por serem simples, com elevada especificidade, serem de fácil utilização mas requerem a participação do doente, e não confirmam a toma propriamente dita (Dias *et al.*, 2011; Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011). Os métodos indiretos mais utilizados são:

- a monitorização eletrónica - regista a data e hora de quando o dispositivo terapêutico (frasco, colírio, doseadores/inaladores de dose calibrada utilizados em doenças respiratórias) é aberto e fechado, através de um microprocessador cuja informação recolhida é posteriormente analisada (Martins *et al.*, 2006). A desvantagem deste método é que o doente pode abrir o recipiente e não tomar a medicação, tomar a quantidade errada ou retirar várias doses para fora do recipiente, ao mesmo tempo; para além de que o doente sabe que está a ser estudado, e assim poder camuflar um grau de adesão que não corresponde à realidade (Jimmy e Jose, 2011; Lindsay e Heaney, 2013). Este foi por exemplo, o método utilizado num estudo sobre a melhoria da adesão perante o regime de doses de terapêutica instituída em doenças crónicas, e que assentou em três indicadores: a “adesão de toma” (*taking compliance*) - o número de tomas do medicamento dividida pelo número prescrito de doses, a “adesão na dose” (*dosing compliance*) - a percentagem de dias com o número apropriado de doses tomadas e a “adesão na posologia” (*timing compliance*) - a percentagem de doses obtidas em intervalos variados ao longo do estudo (Coleman *et al.*, 2012);

- auto-relato e entrevistas – (habitualmente não espelham a verdadeira adesão ao tratamento porque o doente sente-se embaraçado perante o profissional em admitir eventualmente o seu não cumprimento e os resultados são facilmente distorcidos pelos doentes sobrestimando a adesão);

- questionários aos doentes;

- contagem de comprimidos - (limitado à medicação oral, e apenas avalia se o suposto número de comprimidos foi retirado, não indicando a ingestão, dose ou sua frequência);

- contagem das doses dos inaladores prescritas, através da pesagem dos dispositivos inalatórios (“bombas”) - não é totalmente confiável porque a ativação do dispositivo pode ser feita, por exemplo, antes da consulta não traduzindo a efetiva adesão a este tratamento, para além de que o doente poderá ter os inaladores em sua posse mas não os fazer efetivamente, poderá não guardar os recipientes; é incapaz de identificar as doses “desperdiçadas” intencional ou não intencionalmente;

- levantamento de medicamentos na farmácia - (fornece apenas padrões do reabastecimento de medicação, não avaliando a ingestão ou o padrão de uso);

- registo das prescrições emitidas, que traduz a percentagem da quantidade de inaladores que deveriam ter sido administradas num determinado período de tempo, e que reflete o padrão do comportamento do doente a longo prazo mas não fornece informações de eventuais mudanças que possam ocorrer a curto prazo (Lindsay e Heaney, 2013; Fenerty *et al.*, 2012; Garfield *et al.*, 2012; Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011; Osterberg e Blaschke, 2005).

Quadro I - Métodos de estudo de adesão à terapêutica em pessoas com doença respiratória crónica

Métodos	
Diretos	<ul style="list-style-type: none">- Observação direta dos doentes- Doseamento dos níveis séricos no sangue ou urina de determinado medicamento- Métodos bioquímicos com marcadores biológicos
Indiretos	<ul style="list-style-type: none">- Monitorização eletrónica- Auto relato e entrevistas- Questionários aos doentes- Contagem de comprimidos- Pesagem das embalagens dos dispositivos inalatórios- Levantamento de medicamentos na farmácia- Registo das prescrições emitidas

Fonte: George *et al.* (2007).

Apesar de uma variedade de métodos para medir a adesão, com maiores ou menores dificuldades próprias à sua aplicação, todos eles apresentam sérios problemas para gerar dados válidos e replicáveis, que possibilitem uma estimativa exata da medida da adesão

(Vermeire *et al.*, 2001; Machado, 2009). Assim, de acordo com a OMS (2003) uma abordagem que combine várias metodologias (objetivas e subjetivas) é a forma provavelmente mais fidedigna na medição da adesão ao regime terapêutico.

2.5. A adesão à terapêutica nos doentes respiratórios crónicos e resultados em saúde

Cerca de 25% da terapêutica prescrita para qualquer doença não é efetivamente cumprida (DiMatteo, 2004; OMS, 2003). A baixa adesão, por exemplo, em doentes asmáticos aumenta significativamente a probabilidade de agudizações da doença e risco de internamento acrescido. De acordo com o relatório do Global Initiative for Asthma (2002), 45% do total de custos para a asma severa, poderiam ser evitados com uma boa adesão à terapêutica (GINA, 2002).

A adesão à terapêutica é um processo multifacetado, que se constitui ele próprio um processo basilar na eficácia de qualquer tratamento clínico ou farmacológico, especialmente em doentes que apresentam doenças crónicas, como as pessoas com doença respiratória crónica (Brown e Bussel, 2011).

O cumprimento de um plano terapêutico, é portanto, um processo dinâmico em que estão envolvidas decisões diárias, que naturalmente são afetadas por fatores circunstanciais e que evidentemente exigem uma constante renegociação (Elliot *et al.*, 2007).

A falta de adesão à terapêutica é um fenómeno complexo e generalizado, que de acordo com a Organização Mundial da Saúde em países desenvolvidos atinge aproximadamente 50% dos doentes crónicos, sendo ainda mais acentuada em países em vias de desenvolvimento, dada a escassez de recursos e as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (OMS, 2003; DiMatteo, 2004; Haynes *et al.*, 2008; Van Steenis *et al.*, 2014).

Em Portugal, o estudo realizado por Cabral e Silva (2010) conclui que a adesão integral das prescrições médicas aproxima-se de um terço da população dos doentes. Ainda que o problema da não adesão seja vasto, é nos doentes crónicos que se verifica uma maior taxa de não adesão à terapêutica (Zolnierek e DiMatteo, 2009).

Na revisão levada a cabo por DiMatteo (2004), foi constatado que a taxa de não adesão nos casos particulares de doentes com patologia respiratória e distúrbios do sono seria inferior a 24.8%. Nesta perspetiva, é importante salientar que nos doentes respiratórios crónicos, o plano de tratamento devidamente cumprido é essencial no controlo da doença. Contudo, porque este tipo de doença tem uma progressão lenta e na maioria das vezes assintomática numa fase inicial, acresce a probabilidade do não cumprimento do regime terapêutico (Páscoa e Santos, 2012).

As comorbilidades associadas às doenças respiratórias crónicas acentuam-se com o aumento da esperança média de vida, e estão relacionadas com o aumento da exposição a fatores de risco como o fumo do tabaco, e às alterações negativas do estilo de vida (dieta alimentar, diminuição do exercício físico) que vão potenciar o aparecimento destas patologias.

O conjunto destas doenças, segundo a OMS inclui a asma, a DPOC, a síndrome da apneia do sono, a fibrose quística, a fibrose pulmonar e o cancro do aparelho respiratório (OMS, 2007; Bárbara e Gomes, 2013)

A relação entre a não adesão à terapêutica e os resultados em saúde das doenças respiratórias crónicas nem sempre foi claro, não só pela heterogeneidade das formas de medição deste fenómeno como também pela ligação direta que se estabelece entre este e as características/comportamentos do doente (Bitton *et al.*, 2013). A maioria dos métodos apresenta-se incapaz de controlar e estimular comportamentos mais saudáveis (“*healthy adherer effect*”) e dos poucos estudos existentes, somente alguns avaliam diretamente as consequências para os vários intervenientes neste processo: doente, família, profissionais, sistema de saúde, *stakeholders* (Bitton *et al.*, 2013).

No entanto, importa perceber a dinâmica entre a não adesão à terapêutica e o seu consequente impacto na saúde.

O longo processo de tratamento das doenças respiratórias crónicas, apesar de aumentar a probabilidade de não adesão, obriga habitualmente a um esquema de vigilância clínica frequente (Osterberg e Blaschke, 2005; Coleman *et al.*, 2012). As consultas são portanto, o momento mais oportuno para validar se o plano de tratamento está a ser efetivamente

cumprido. Neste contexto, a não adesão poderá ser camuflada pelo doente num fenómeno conhecido como “*white-coat adherence*” (efeitos escova de dentes), em que o doente obedece rigorosamente às recomendações clínicas, cumprindo todas as tomas da medicação ou realizando o tratamento prescrito (oxigenoterapia e/ou ventiloterapia) integralmente cinco dias antes e cinco dias depois da consulta (Osterberg e Blaschke, 2005), ou seja, é aderente transitoriamente ao regime terapêutico aquando da aproximação da consulta. Num estudo sobre a adesão terapêutica e o controlo da asma, constatou-se que apenas 29 em 115 doentes cumpriam rigorosamente o tratamento prescrito, tendo-se verificado também, e pela primeira vez, que uma adesão abaixo do esperado (< 80% das prescrições emitidas), conduz a medidas de intervenção mais ou menos invasivas, como é o caso da ventilação mecânica (Murphy *et al.*, 2012). Neste sentido, o estudo conduzido por Vestbo *et al.* (2009) verificou que a adesão plena ao esquema instituído não só minimiza o risco de exacerbações como diminui o risco de morte (van Boven *et al.*, 2014). São amplamente conhecidos os benefícios da terapêutica inalatória, oxigenoterapia e ventiloterapia para a sobrevivência, melhoria da qualidade de vida e controlo da sintomatologia nas pessoas com doenças respiratórias crónicas (Baht *et al.*, 2013).

Contudo, a adesão à terapêutica a estes tratamentos continua a estar muito aquém do desejado, mesmo para os doentes que já tiveram diversos internamentos hospitalares e que intencionalmente mantêm o comportamento de não adesão (Brown e Bussel, 2011).

A maioria dos doentes respiratórios crónicos tem na terapêutica inalatória o tratamento de eleição para o controlo da sua doença e prevenção de exacerbações evitando o internamento. Todavia, continua-se a assistir, tal como demonstra um estudo sobre a prevalência da não adesão em doentes asmáticos, a uma fraca adesão à medicação inalatória e oral (Gamble *et al.*, 2009). Ainda neste estudo, verificou-se uma correlação significativa da não adesão com os internamentos. Em 25% do grupo total de doentes não aderentes (sensivelmente 50%) apresentou três ou mais admissões hospitalares enquanto no grupo considerado aderente (com mais de 50% de receitas aviadas), apenas se registou uma taxa de 10%.

Num estudo sobre terapêutica inalatória constatou-se que após um ano de seguimento (“*follow-up*”), a taxa de adesão era de 60% e que diminuía para 50% ao final de cinco anos (Anthonisen *et al.* 1994 citado por Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011). Compreender por que

tais factos continuam a ser uma realidade atual, constitui um grande desafio para investigadores, profissionais de saúde e entidades governamentais, pelos prejuízos individuais em primeira instância e consequências que provocam na sociedade *à posteriori*.

Num outro estudo sobre adesão à terapêutica, mais de um terço dos participantes (39%) mencionou ter dúvidas relativamente à necessidade de fazer inaloterapia (Van Steenis *et al.*, 2014). Todavia, o uso regular de corticosteróides inalados numa investigação em que relacionava estes medicamentos e a probabilidade de internamentos hospitalares, considerou haver uma redução de 31% na taxa de internamentos por asma e 39% na taxa de readmissão. Ou seja, esta redução da taxa encontrada durante os primeiros quatro anos de acompanhamento permitiu concluir que o cumprimento periódico de corticosteróides inalados pode, potencialmente, evitar entre cinco internamentos e 27 readmissões por cada 1000 doentes asmáticos por ano (Suissa *et al.*, 2002).

A não adesão em doenças crónicas é afetada pelo regime terapêutico instituído. Esta evidência, foi confirmada numa meta-análise sobre a influência da frequência da dose do medicamento ou tratamento. Assim, esquemas posológicos de três ou mais vezes por dia comprovaram taxas de não adesão progressivamente maiores comparadas com os regimes de uma vez por dia, que também eles apresentaram baixa adesão (entre 76,9% e 93,0%) (Coleman *et al.*, 2012). Já anteriormente Dolce *et al.*, (1991) constatou que a adesão à terapêutica era francamente baixa. Num grupo de 78 doentes com DPOC em ambulatório e num regime terapêutico que envolvia em média 6,26 medicamentos prescritos sob diversas formas de administração, doses e horários, verificou que 54% dos doentes sub-utilizavam a medicação prescrita, 50% dos doentes aumentavam o esquema posológico em momentos de crise/agudização da doença e 31% dos doentes apresentavam má técnica na realização dos inaladores. Também no estudo “*Lung Health Study* (Rand *et al.*, 1995) citado por Rand (2005) se verificou que apenas 15% dos doentes usavam efetivamente os seus inaladores e num regime terapêutico médio de 2,5 vezes por dia, sendo o prescrito três vezes dia. Além disso, conseguiu-se perceber através do método da monitorização eletrónica dos dispositivos inalatórios, que 14% destes participantes desperdiçam doses de medicação no período pré-consulta, ou seja, ativavam propositadamente os inaladores mais de 100 vezes num intervalo de três horas, transmitindo uma falsa ideia de adesão à terapêutica (Rand, 2005).

Num estudo efetuado por Fallis *et al.*, (2013), 24% dos doentes revelaram-se não aderentes (*primary non-adherence*) no período pós alta (até 30 dias após a alta), sendo que a medicação para a qual os doentes se revelaram menos aderentes era a inalatória, mais comumente utilizada em doentes com DPOC.

Outro indicador relevante que ajuda a explicar de alguma forma a adesão à terapêutica, é a quantidade de embalagens de medicamentos vendidos face ao número de doentes diagnosticados que necessitam dessa medicação. No relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias (2013), constatou-se que no ano de 2012 esta realidade era francamente discrepante, uma vez que foram vendidos, em ambulatório, 1.188.375 broncodilatadores e a prevalência estimada de doentes asmáticos e DPOC situava-se em 1.800.000. A mesma entidade indicia uma evidente sub-utilização, e que esta, poderá ser justificada por eventuais erros de prescrição, incumprimento por parte dos doentes ou mesmo por fatores financeiros na aquisição dos medicamentos (ONDR, 2013).

Os doentes com DPOC precisam muitas vezes de fazer importantes mudanças comportamentais e de estilo de vida como iniciar um programa de cessação tabágica, aderir a um programa de exercício físico, terapia de reabilitação funcional respiratória, e uso de outras terapias complementares como a oxigenoterapia e a ventiloterapia domiciliária (Restrepo *et al.*, 2008).

A reabilitação pulmonar respiratória, é uma terapia complementar não farmacológica que é frequentemente prescrita e recomendada por profissionais de saúde, nomeadamente para doentes respiratórios crónicos que tem comprovadamente demonstrado melhoria na qualidade de vida destes doentes. No entanto, as taxas de adesão também para este tipo de tratamento são igualmente diminutas (situando-se na ordem dos 5%) tal como é comprovado pelo estudo de Perez *et al.* (2012).

Este tipo de tratamento imediatamente após uma exacerbação demonstrou ser seguro e eficaz para prevenir exacerbações da doença que requerem hospitalização (Andersén *et al.*, 2013). Num estudo em que é comparado o uso ou não de um programa de reabilitação respiratória, verificou-se que entre os dois grupos estudados, os doentes que realizavam o programa de reabilitação funcional respiratória tinham menos 23% de risco de readmissão

hospitalar num período de 3 meses, comparativamente a 32 % do outro grupo (Eaton *et al.*, 2009).

Outro tratamento que é considerado para o controlo das doenças respiratórias é a oxigenoterapia de longa duração. Para esta terapia são igualmente verificadas baixas taxas de adesão, tal como é demonstrado pelo estudo de Pepin *et al.* (1996) citado por Bourbeau e Bartlett (2008) onde foram considerados doentes com DPOC com necessidade de oxigenoterapia num período em média correspondente a 16 horas por dia. Concluiu-se que 45% dos doentes cumpria este tipo de tratamento num regime de mais de 15 horas por dia e apenas 30% o usava plenamente em 80% do tempo supostamente prescrito.

Neste sentido, e num estudo realizado por Wurtemberger e Hutter (2000), em que foram estudados 57 doentes sob oxigenoterapia com oxigénio líquido, em três momentos de avaliação – primeira avaliação, o segundo, três meses mais tarde e o terceiro acompanhamento após 14 meses- concluiu-se que apenas 77% cumpriam este tratamento, 12% dos doentes utilizaram esta terapia num menor número de vezes do que o inicialmente prescrito e apresentaram uma satisfação de qualidade de vida significativamente mais baixa comparativamente aos aderentes e 23% recusou-se mesmo a usar o oxigénio líquido fora de casa. Adicionalmente, os doentes que não eram plenamente aderentes a este plano de tratamento, referiram vergonha de usar o oxigénio líquido em público (Wurtemberger e Hutter, 2000; Bourbeau e Bartlett, 2008).

De acordo com o relatório da OMS (2007), existem diversos estudos que evidenciam que doentes com síndrome de apneia do sono não tratados, apresentam um aumento do índice de acidentes, sendo três a sete vezes superior ao da população em geral; estes índices baixam para níveis normais após uma terapêutica bem-sucedida com ventilação com pressão positiva.

Não existe um “típico” não aderente, podem é eventualmente algumas características como a personalidade ou alguns fatores como por exemplo os sócio-demográficos indicarem que poderão haver casualmente “grupos de risco”. Assim, o mais importante é perceber a interação do indivíduo com a doença e com o tratamento, e não identificar as características do doente não aderente, porque na verdade, a maioria das pessoas será não

aderente em algum momento da sua vida (Horne, 2006 citado por Lindsay e Heaney, 2013).

Existem inúmeros elementos que determinam a adesão à terapêutica: complexidade do regime de doses prescritas, a frequência das mesmas, a conveniência do tratamento e a satisfação (Barbosa *et al.*, 2012).

Num estudo americano de Chambers *et al.* (1999) em que foram estudados 394 doentes asmáticos, verificou-se que apenas 38% usavam diariamente corticosteróides inalados pelo menos duas vezes dia, 36% defendeu que utilizava este tipo de medicamentos pelo menos duas vezes por dia mas em dias alternados, 22% reportaram que no momento do estudo não estavam a realizar a medicação e finalmente 4% mencionaram que nunca tinham utilizado estes medicamentos. Adicionalmente, este estudo refere que os doentes apenas utilizam os corticoesteróides inalados somente em situações de real necessidade iminente. O estudo sugere também que muitos doentes asmáticos acreditam que esta é uma situação episódica, em vez de uma doença crónica, e que a terapia é necessária apenas quando há exacerbação da doença (Chambers *et al.*, 1999; OMS, 2003).

Finalmente, e apesar de em alguns estudos as variáveis demográficas não influenciarem as taxas de adesão à terapêutica, outros em que se compara a adesão à terapêutica com as características dos doentes, constataram que as mulheres foram relativamente mais aderentes, e que a taxa de adesão aumenta com a idade; no que se refere ao número de comorbilidades e à polimedicação, as taxas de adesão decrescem (Rolnick *et al.*, 2013).

2.6. Custos da não adesão à terapêutica dos doentes respiratórios crónicos

Para além sua magnitude epidemiológica, as doenças crónicas implicam que os sistemas políticos dispensem cada vez mais, um maior orçamento para fazer face ao seu controlo, e em simultâneo, assiste-se ao esforço financeiro das famílias com conseqüente perda no poder de compra e na qualidade de vida.

Os dados sobre prevalência e morbidade podem subestimar o impacto das doenças respiratórias crónicas, uma vez que estas, são de um modo geral tardiamente

diagnosticadas, estando a doença já num estadio moderado de evolução, resultado do atraso característico da manifestação clínica dos sintomas (OMS, 2007).

As doenças crónicas associadas ao envelhecimento apresentam riscos acrescidos para as políticas de saúde, uma vez, que segundo o relatório do ONDR (2013), uma considerável percentagem de portugueses com mais de 65 anos, refere limitação na sua capacidade para as atividades de vida diárias. Esta informação é especialmente relevante para as doenças respiratórias, cuja prevalência é maior nos grupos etários mais elevados e que são, muitas vezes, a causa de limitação das suas atividades diárias (ONDR, 2013).

Uma das doenças respiratórias crónicas de maior expressão atualmente é a DPOC, que representa naturalmente uma importante carga económica e social, dada a relação direta que existe entre a gravidade-progressão da doença e os custos dos cuidados a ela associados. Este facto, é ainda mais evidente nos internamentos e nos custos com as terapias complementares como a oxigenoterapia e ventiloterapia domiciliárias, cada vez mais frequentes à medida que a doença vai evoluindo. Adicionalmente, a influência que a DPOC exerce ao nível do absentismo laboral nos países em desenvolvimento, é factor de destaque quase mais relevante do que propriamente os custos com os cuidados de saúde; isto porque já em 1990, esta doença constituía-se como a 12^a causa de anos perdidos ajustados por incapacidade (DALY's) a nível mundial e no ano 2000 foi mesmo a principal causa de dias ausentes do local de trabalho, prevendo-se que suba para a 7^a causa de DALY's perdidos já em 2030 (OMS, 2007; Vestbo *et al.*, 2013).

A DPOC é das doenças respiratórias crónicas, aquela que mais gastos tem na população idosa, e os internamentos decorrentes das exacerbações desta patologia são os principais responsáveis pelos custos anuais (OMS, 2007).

Os resultados demonstrados por um estudo sobre os custos diretos no controlo da DPOC, revelam claramente que os custos médios em unidades de cuidados intensivos em 2008, foram aproximadamente o triplo do que um internamento em enfermaria (Dalal *et al.*, 2010). Esta situação é de particular interesse, uma vez que a não adesão ao tratamento medicamentoso ou outros como a oxigenoterapia e/ou a ventiloterapia, conduzem a longo prazo, ao aumento do número de episódios de agudização grave da doença que culminam

em unidades de cuidados intensivos, e na maior parte dos casos com ventilação mecânica invasiva.

A síndrome obstrutiva de apneia do sono é outra das doenças respiratórias crônicas que representa encargos económicos importantes, em parte relacionados com o diagnóstico e com o tratamento (OMS, 2007). O tratamento para esta patologia exige uma terapêutica de ventilação não invasiva de pressão positiva nas vias áreas e que tem um custo relativamente baixo comparativamente com as demais doenças respiratórias crônicas, pois apenas necessita de um aparelho que normalmente tem uma “semi-vida” de cinco anos (OMS, 2007). Ainda segundo o mesmo relatório, um estudo sobre estes doentes demonstrou que existe uma diminuição significativa com os custos associados a este tipo de terapêutica no período de dois anos após o início desta terapia. Além disso, estes doentes recorrem duas vezes mais aos serviços de saúde, num prazo de dez anos antes do diagnóstico do que os doentes de controlo (Andersén *et al.*, 2013).

A asma é uma patologia com avultadas despesas de saúde, especialmente se não for controlada com a terapêutica instituída. Os custos económicos diretos como os internamentos e o custo de medicamentos e os indiretos como o absentismo laboral e a morte prematura, representam um forte impacto na sociedade (OMS, 2007).

A prevalência da subutilização medicamentosa por razões financeiras encontrada na literatura é muito diversificada, abrangendo valores entre 2% e 32% (Luz *et al.*, 2009). Um estudo realizado por meio de pesquisas *on-line* nos EUA demonstrou que um grande número de adultos com doenças crônicas tinha tomado menos medicação do que o prescrito, especificamente por causa do custo (Lindsay e Heaney, 2013). Relativamente à situação nacional, a informação sobre a adesão à terapêutica no nosso país é escassa, principalmente no que se refere aos motivos financeiros. O primeiro estudo que analisa esta temática foi realizado por Cabral e Silva em 2010, e conclui que cerca de um terço dos doentes crônicos não comprou medicamentos por razões económicas (Brito de Sá *et al.*, 2012). No estudo de Brito de Sá *et al.*, (2012) sobre a influência dos fatores financeiros no cumprimento da medicação, verificou-se que 31% dos indivíduos que não cumpriram a medicação fizeram-no exclusivamente por fatores financeiros, 36% exclusivamente por fatores não financeiros, e 33% por ambos.

Neste sentido, e de uma forma global, os encargos com os medicamentos em Portugal podem traduzir-se numa influência positiva ou negativa no fenómeno da não adesão à terapêutica. Assim sendo, denota-se entre janeiro e abril de 2014 face ao período homólogo de 2013, uma queda no consumo e nas embalagens vendidas em mercado de ambulatório de 1,3% (menos um milhão de embalagens vendidas), apesar de se ter registado um aumento na quota de medicamentos genéricos de 1,45 pontos percentuais entre janeiro e março deste ano (Infarmed, 2014). Apesar do relatório não se especificar relativamente à medicação das doenças respiratórias crónicas, tal situação não deixa de ser importante, uma vez que poderá ter interferido numa eventual retração relativamente aos gastos com medicamentos, comprometendo assim a adesão ao plano terapêutico instituído.

A ventiloterapia domiciliária é outro dos tratamentos utilizados no controlo de algumas doenças respiratórias. Num estudo em que é avaliada a relação custo-eficácia deste tratamento em doentes com DPOC em fase aguda, comparativamente ao tratamento médico, constatou-se que o uso precoce da ventilação, teve uma redução significativa nos custos e uma redução de 50% na mortalidade; além disso, a principal redução nos custos deve-se ao facto, de que estes doentes ao cumprirem ventiloterapia controlam a exacerbação aguda da sua doença, evitando a ventilação mecânica invasiva e o internamento em Unidades de cuidados intensivos (Plant *et al.*, 2003).

Em estudos onde é feita a comparação entre a adesão à terapêutica e gastos com a medicação, os custos exclusivamente farmacológicos revelaram-se superiores em doentes aderentes ao regime terapêutico (van Boven *et al.*, 2014). Pelo contrário, os custos de internamento derivados de exacerbações/ agudizações eram inferiores nos doentes que eram cumpridores da medicação prescrita, uma vez que os outros doentes por não aderirem ao plano recomendado, não conseguem fazer um auto-controlo da sua doença respiratória e em consequência agravam e aceleram a progressão da doença, o que em ambiente hospitalar obriga a tratamentos mais dispendiosos e prolongados para se otimizar o seu controlo. Para além disso, acresce o facto de estes doentes apresentarem frequentes internamentos o que, por si só, aumenta os custos financeiros (van Boven *et al.*, 2014).

Poder-se-á afirmar que este fenómeno do não cumprimento do plano terapêutico, evolui em processo de “bola de neve”. Ao impacto financeiro direto, juntam-se também custos indiretos por perda de produtividade, tal como refere o estudo de Carls *et al.* (2012) em que

os doentes com DPOC e asma em situação profissional ativa, apresentaram em média entre 1,7 e 7,1 dias de ausência do local de trabalho e entre 1,1 e 5,0 dias com baixa médica a curto prazo; entre baixas médicas de curta duração, a diferença por trabalhador e por ano é ainda maior, beneficiando os empregados aderentes (Carls *et al.*, 2012; van Boven *et al.*, 2014 (b)).

A mudança sistemática de regime terapêutico em consulta de *follow up*, por constatação do agravamento da situação clínica do doente, aumenta o custo ou a complexidade do tratamento, com consequente aumento da carga financeira sobre o sistema de saúde. Adicionalmente, apresenta um efeito negativo substancial na qualidade de vida do doente (Jin *et al.*, 2008).

Por outro lado, a não adesão a um regime terapêutico prescrito pode conduzir ao desperdício de medicamentos. No estudo conduzido por van Boven *et al.*, (2014)-(a) foi desenvolvido um projeto de intervenção desenvolvido para doentes com DPOC, nomeadamente na otimização da técnica de inalação em 170 farmácias de comunidade belgas (PHARMACOP), durante um período de três meses, e onde foram calculados três tipos de custos: os custos de intervenção, os custos de medicação e custos de exacerbação. Constatou-se através da análise económica, que os custos totais médios, durante um ano, por doente entre esta intervenção foi inferior ao verificado no acompanhamento usual em farmácia destes doentes. O programa de intervenção PHARMACOP, conseguiu igualmente prevenir 0,07 exacerbações tratadas em ambiente hospitalar por doente (0,177 para PHARMACOP vs 0.244 para os cuidados habituais), e se fosse alargado para períodos de monitorização maiores (até 12,5 anos) poder-se-ia evitar 1,36 exacerbações tratadas em hospital por doente (van Boven *et al.*, 2014).

O projeto “The Economics of Chronic Diseases” integrado por vários países europeus incluindo Portugal, visa determinar os melhores métodos possíveis de medir a relação custo-eficácia de intervenções de saúde de algumas doenças crónicas como a DPOC, bem como testar uma variedade de cenários para reduzir os fatores de risco associados a estas doenças (Divajeva *et al.*, 2014).

2.7. Fatores que influenciam a adesão à terapêutica nos doentes respiratórios crónicos

A adesão a um determinado plano terapêutico, constitui-se como a ferramenta primordial para uma melhoria do estado de saúde da pessoa com doença respiratória crónica e consequentemente para um significativo aumento da sua qualidade de vida. Contudo, e como já foi mencionado anteriormente, a não adesão ao tratamento ocorre, e por motivos de natureza diversa.

A não adesão é um problema comum a todos os doentes crónicos que necessitam invariavelmente de medicação e tratamentos prolongados. Portanto, aderir ao tratamento, é imprescindível para o controlo da doença respiratória crónica e para o sucesso do processo terapêutico proposto.

A identificação das variáveis que podem conduzir à não adesão terapêutica, tem sido um dos grandes alvos na investigação nesta área. Pela enorme panóplia de fatores que afetam direta ou indiretamente a adesão à terapêutica, a OMS (2003) estabeleceu um conjunto de dimensões que se relacionam entre si e que são responsáveis pelo incumprimento do esquema terapêutico recomendado. Essas dimensões abrangem: os fatores envolventes à pessoa doente, fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidades, fatores relacionados com o tratamento terapêutico, fatores referentes à Equipa de Saúde e Sistema de prestação de cuidados e finalmente os fatores sócio-económicos.

Mais recentemente, Kardas *et al.*, (2013) numa revisão retrospectiva realizada no âmbito de um amplo projeto sobre a adesão à terapêutica conduzido pela Comissão Europeia, reorganizaram os determinantes da não adesão de acordo com o seu efeito neste fenómeno da adesão terapêutica em: tipo de tratamento (curto ou longo); componentes da adesão terapêutica (implementação – correspondência do regime de doses realizadas com o prescrito versus duração do tratamento (*persistence*), cumprimento do tratamento desde o seu início até à última dose; dimensões da adesão baseadas na OMS (2003) e o seu efeito na adesão (positivo, negativo, neutro ou nenhum).

Reconhece-se claramente que as barreiras ou fatores de risco podem assumir diferentes naturezas. Assim, e da literatura revista, os determinantes que influenciam a adesão terapêutica nas pessoas com doença respiratória crônica, tiveram por base o esquema da OMS (2003) referente às cinco dimensões, complementado com esta revisão sistemática anteriormente descrita.

2.7.1. Fatores relacionados com a pessoa doente

Variáveis demográficas

A maioria dos estudos realizados nesta área, reporta que as variáveis demográficas – (que incluem a idade, o género, a etnia e o estado civil), não influenciam positivamente o comportamento de não adesão à terapêutica (Osterberg e Blaschke, 2005).

Num estudo sobre os potenciais riscos da não adesão terapêutica em pessoas com DPOC, considerou-se não haver uma expressiva associação entre o grupo considerado aderente e as variáveis demográficas (Khdour *et al.*, 2012).

Todavia, e tendo em consideração que as doenças respiratórias crônicas são mais propensas na população idosa, e que esta, apresenta naturalmente menor capacidade cognitiva, é expectável que o cumprimento da totalidade do regime terapêutico possa estar comprometido. Esta realidade é contrastante com um estudo turco, onde as pessoas de faixa etária entre os 42 e os 50 anos de idade eram efetivamente mais aderentes à terapêutica tuberculostática, bem como as mulheres (79,2% e 58,4%, respetivamente) (Balbay *et al.*, 2005).

Ainda assim, existem alguns estudos que não são unidirecionais para pessoas mais idosas, tal como foi referido num estudo realizado no Reino Unido (Buck *et al.*, 1997) onde os doentes acima dos 60 anos eram quase sempre mais aderentes com a sua terapêutica do que aqueles com idade inferior a 60 anos.

Se alguns estudos mostram que as variáveis demográficas têm alguma influência no cumprimento do plano terapêutico como o estudo de Morgan (1984) - citado por Jimmy e Jose, - (2011) em que as mulheres apresentavam taxas de adesão superiores ao género masculino; outros porém, não atribuem associação positiva entre o fenómeno da não

adesão à terapêutica com a idade, estado civil, sexo, nível de educação (Jimmy e Jose, 2011).

Neste sentido, no estudo de Gallagher *et al.*, (2011), pôde constatar-se que a adesão à terapêutica foi notoriamente elevada. No entanto, os homens com DPOC não obtiveram taxas tão elevadas e a idade foi um fator potenciador de risco aumentado de não adesão (Gallagher *et al.*, 2011).

Num outro estudo verificou-se que o fator idade é determinante no pleno cumprimento do regime terapêutico instituído, uma vez que no grupo etário dos 75 anos, 40% não sabia o propósito da sua medicação, apenas 21% entenderam as consequências da não adesão à terapêutica, e menos de 6% tinham conhecimento dos efeitos secundários da sua medicação (Barat *et al.*, 2001).

Nível educacional / Conhecimentos

A capacidade para compreender as recomendações dos profissionais, ler e entender a forma de tomar os medicamentos e/ou fazer o tratamento (oxigenoterapia, ventiloterapia ou outro), perceber a relação do tratamento com a sua doença e o seu porquê, a duração do tratamento, traduz-se em literacia da saúde, que alguns autores apontam como sendo um fator influente na adesão à terapêutica.

A natural percepção de que um elevado nível educacional é sinónimo de adesão à terapêutica é uma ilusão. Apesar de muitos estudos demonstrarem que níveis de escolaridade superiores teriam expetavelmente melhores conhecimentos sobre a sua doença e tratamento e portanto seriam mais aderentes, foram contrariados pela investigação de DiMatteo (1995), que conclui que mais escolaridade não é sinónimo de compreensão da sua condição de saúde, não acreditando nos benefícios do tratamento instituído (Jin *et al.*, 2008). Neste sentido, e na opinião do mesmo autor, doentes com baixo grau de escolaridade terão maior confiança no seu médico e provavelmente serão mais aderentes ao regime terapêutico proposto DiMatteo (1995).

Em alguns estudos em que foi comparado o estado de saúde de doentes com DPOC e a sua literacia em saúde, verificou-se que estas duas condições, independentemente da situação

socio-económica da pessoa doente, estavam positivamente interligadas: o aumento de consultas com o médico, maior gravidade da sua doença, aumento de admissões em serviços de urgência e aumento do número de internamentos derivados da má compreensão das instruções recomendadas pelos profissionais de saúde (Omachi *et al.*, 2012; Rosas–Salazar *et al.*, 2012).

No sentido de perceber o que está efetivamente na base da falta de literacia, o estudo de Federman *et al.*, (2010) constatou que 35% dos participantes asmáticos tinham baixa literacia de saúde, estando o resultado significativamente associado a idade mais avançada, pior estado de saúde em geral e menor escolaridade. Tal facto, reflete que este tipo de doentes tendem a apresentar pior controlo da sua doença, para além de terem possivelmente piores taxas de adesão à terapêutica tal como indica o mesmo estudo (Federman, *et al.*, 2010).

Para além disso, mesmo os doentes que conseguem ler e entender informações simples, podem ser incapazes de compreender a informação escrita mais complicada sobre a sua doença e os medicamentos que lhe são recomendados para o seu tratamento. Os doentes com baixas competências de literacia são menos propensos a aderir aos seus regimes terapêuticos (Nichols e Poirier, 2000 citado por Vlasnik *et al.*, 2005).

Neste processo da adesão à terapêutica, mesmo que a pessoa tenha uma intenção de cumprir integralmente as orientações dadas, a falta de conhecimentos, a limitada capacidade de compreensão sobre a medicação, a confusão ou perceções erróneas sobre os medicamentos podem constituir-se como uma barreira, especialmente em doentes crónicos, potenciando o fenómeno da não adesão (Gallagher *et al.*, 2011).

Num estudo realizado por Jimmy e Jose (2011), os autores concluíram que 60% dos doentes entrevistados imediatamente após a consulta com o seu médico assistente verbaliza não terem compreendido as orientações da medicação prescrita pelo profissional de saúde.

Num estudo de van Steenis *et al.*, (2014), em que os autores procuram estabelecer uma relação entre crenças e adesão à terapêutica, foi verificado que 11,3% dos entrevistados não sabia a razão da sua prescrição.

A literacia em saúde e a adesão ao plano terapêutico foram associadas no estudo desenvolvido por Gallagher *et al.* (2011) à capacidade de os doentes controlarem a sua doença, no que respeita ao controlo da sua sintomatologia, toma dos medicamentos prescritos e consultas/ esclarecimento de dúvidas com os profissionais de saúde. Os autores constaram que os participantes no estudo, apresentaram baixos conhecimentos de saúde, mas obtiveram surpreendentemente elevados níveis de adesão (75%), dada a presença de múltiplos fatores na amostra que são conhecidos por limitar a adesão, incluindo idade mais avançada e, portanto, o potencial de perda de memória, a doença crónica, polimedicação, exacerbação da doença ou um internamento recente (Gallagher *et al.*, 2011).

Crenças

O fenómeno da não adesão pode igualmente ser influenciado pelas crenças pessoais, medos e receios que cada pessoa tem acerca dos efeitos secundários e/ou indesejáveis de medicamentos e/ou terapias complementares como a oxigenoterapia e ventiloterapia que constituem o seu tratamento de eleição na estabilização da sua doença.

Apesar de existir uma preocupação unânime sobre os efeitos colaterais da medicação prescrita, o motivo mais citado para o não cumprimento total ou intermitente dos inaladores em doentes asmáticos relacionaram-se a uma crença de que estes eram desnecessários durante o período assintomático (Chambers *et al.*, 1999; Rand, 2005). Num estudo sobre esta temática realizado por van Steenis *et al.* (2014), mais de um terço dos participantes (39,9%) tinha dúvidas sobre a necessidade de usar um determinado tipo de inaladores necessários ao controlo da asma e aproximadamente três quartos (76,7%) indicaram alguma preocupação sobre o uso desta terapêutica.

Num estudo qualitativo levado a cabo por Mishra *et al.* (2011) foi referido que a escolha de não tomar os medicamentos estava relacionada com responsabilidades familiares, dificuldades financeiras ou preferências pessoais de estilo de vida. Alguns participantes sentiram que o seu regime de medicação interferiu com a sua vida do dia-a-dia e os fez desistir de papéis sociais importantes com os seus filhos, família e amigos. Além disso, muitos dos comentários refletiram uma quantidade substancial de medo e incerteza sobre a combinação de medicamentos que deveriam tomar e da complexidade das instruções

realizadas. Muitos participantes expressaram frustração de que os medicamentos não foram eficazes causando mais danos do que benefícios.

Depressão

Pela natureza irreversível das doenças crónicas, pela ausência de cura e pelos tratamentos prolongados que as distinguem, a qualidade de vida das pessoas afetadas pode diminuir se se encontrarem numa fase de depressão, caracterizada por sentimentos de culpa e baixa auto-estima e que frequentemente são acompanhados de sensação de cansaço e falta de concentração (OMS, 2010). Os estudos desenvolvidos sobre este tema, sugerem que a depressão está intimamente relacionada com comportamentos de incumprimento terapêutico, uma vez que neste estado de humor, os doentes sentem-se desanimados e frustrados, frequentemente em situações sociais de isolamento e eventualmente com menores capacidades cognitivas para compreender o porquê dos tratamentos, sendo por isso, três mais propensos a serem não aderentes ao plano terapêutico (DiMatteo *et al.*, 2000).

Os doentes com DPOC, nomeadamente os mais idosos, desfavorecidos económica e socialmente, podem também sentir-se culpados, deprimidos e expressarem alguma raiva com a sua condição clínica (Booker, 2005). Apesar deste facto, não existe muita literatura que demonstre efetivamente esta situação. Todavia, um estudo de van Manen *et al.* (2002) revela que estes doentes apresentam um risco acrescido de desenvolver depressão, sendo a prevalência de depressão em doentes com DPOC grave de 25% em comparação com 17,5% do grupo de controlo e 19,6% em doentes com DPOC leve a moderada. Também os doentes asmáticos estudados por Smith *et al.* (2006) apresentaram sintomas de depressão associados com uma fraca adesão à terapêutica (menos de 50%) duas semanas após a alta hospitalar.

Esquecimento

O esquecimento pode apresentar-se como uma das razões para a não adesão ao regime terapêutico, tal como revela um estudo mencionado por Jimmy e Jose (2011) em que 49,6% dos doentes o referiram como uma das principais razões não-intencionais de não adesão. Na perspetiva destes autores, este facto pode ser contornado recorrendo ao uso do

telefone, e-mails, mensagens de texto para telefones celulares e alarmes. De acordo com estes autores, uma forma adicional de combate à não adesão à terapêutica seria o envolvimento dos cuidadores do doente (Jimmy e Jose, 2011).

Num estudo realizado no Japão por Okuno *et al.* (1999) citado por Jin *et al.* (2008), verificou-se uma associação entre o número de refeições servidas num lar de idosos e a adesão à terapêutica, sendo que os doentes que tinham menos de três refeições diárias eram menos aderentes do que os que tinham mais refeições, o que poderá significar que a refeição se constitui como uma ferramenta de lembrança para a toma da medicação.

Suporte familiar/ social

Estando o doente numa fase mais ou menos crítica da sua condição, a existência de uma pessoa familiar ou próxima que colabora e auxilia na gestão dos cuidados, é claramente um suporte físico e emocional inquestionável, proporcionando uma oportunidade única de melhorar a adesão à terapêutica.

Um dos primeiros estudos a destacar a importância de envolver os cuidadores no tratamento da DPOC, demonstrou uma associação positiva entre a existência de um cuidador (conjugal ou não conjugal) e a adesão à terapêutica nestes doentes (Trivedi *et al.*, 2012). Também a relação entre a qualidade de vida de doentes portadores de DPOC e a não adesão à terapêutica foi igualmente verificada num estudo desenvolvido por van Boven *et al.* (2014) (b). O estudo de Turner *et al.* (1995) constatou igualmente que doentes com DPOC e com necessidade de realização de ventilação não invasiva (BiPAP ou CPAP) em ambiente familiar instável, podiam ter um efeito negativo sobre a adesão ao tratamento, especialmente quando o regime de medicação exigia ajustes na vida diária.

Situação profissional

Os fatores socioeconómicos têm sido apontados como importantes preditores do grau de adesão dos doentes. O desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem assumir-se como barreiras significativas à plena adesão à terapêutica, uma vez que não existindo rendimento mensal no agregado familiar, não há capacidade económica para a aquisição de

medicação, idas a consultas ou realização de exames, pelo que se torna muito difícil manter o tratamento que foi inicialmente proposto pelos clínicos (Cabral e Silva, 2010).

Tal como referem Bugalho e Carneiro (2004) outras condições negativas decorrentes da precária ou inexistente situação profissional podem ser enumeradas: o isolamento social do doente ou a distância geográfica da farmácia e das unidades de cuidados de saúde, que obrigam a custos adicionais, devido às distâncias a percorrer e que não raras vezes são importantes esforços financeiros que não podem ser concretizados.

Capacidade económica

De acordo com alguns estudos internacionais, a subutilização de medicamentos por motivos financeiros situa-se entre 2% e 32% (Luz *et al.*, 2009).

Em Portugal, e tendo em conta a redução dos rendimentos líquidos que se tem verificado nos últimos anos, a alteração do regime de comparticipação dos medicamentos e o aumento da carga fiscal, os fatores financeiros podem ter uma influência cada vez maior no cumprimento do regime terapêutico (Brito de Sá, 2012). No estudo realizado por este autor onde é evidenciada a influência da capacidade económica na adesão à terapêutica, pôde constatar-se que em 51% dos casos, o não cumprimento deveu-se a motivos financeiros, sendo o adiamento da compra, referida por 84% dos participantes e 46% dos indivíduos referiram mesmo já ter abdicado da compra da mesma. O aumento de espaçamento entre as tomas foi mencionado por 44% dos indivíduos que não cumpriram a medicação por motivos financeiros. Finalmente, 38% dos indivíduos que não cumpriram a medicação por este fator, diminuíram a dose (Brito de Sá, 2012).

Satisfação/Motivação

Alguns modelos de base psicológica tentam explicar o fenómeno de não adesão à terapêutica em associação com componentes motivacionais, como é o caso do modelo *Information-Motivation-Strategy Model* (IMS Model) baseado no conhecido *Health Belief Model* - de Rosenstock (1974) - que explica os comportamentos de saúde face ao seguimento de recomendações de saúde asentam nas crenças e motivações de cada pessoa (DiMatteo *et al.*, 2012; Cabral e Silva, 2010). O IMS Model postula que o doente obtenha

informação e conhecimentos suficientes sobre a sua condição de doença, para que se sinta motivado e assim acreditando no tratamento implementado e na sua eficácia, possa desenhar uma estratégia para ultrapassar as barreiras que podem surgir no plano terapêutico (DiMatteo *et al.*, 2012).

A personalidade de cada doente tem assim uma influência positiva ou negativa no fenómeno da adesão à terapêutica. Depois de ultrapassada a ambivalência de querer ou não mudar a vida depois da confirmação do diagnóstico, a motivação assume um papel preponderante na tomada de decisões que fomentam o pleno cumprimento do plano terapêutico. Uma maior satisfação foi claramente associada a uma maior adesão bem como a uma menor complexidade do esquema terapêutico, na revisão levada a cabo por Barbosa *et al.* (2012).

Na revisão conduzida por Jin *et al.* (2008), verificou-se que existe uma forte ligação entre o fator motivacional e a adesão, constatando-se que uma baixa motivação dos doentes pode influenciar negativamente o cumprimento do plano terapêutico.

2.7.2. Fatores relacionados com a condição

No caso das doenças crónicas, o plano de tratamento instituído pelo profissional de saúde, deverá ser seguido por um tempo indefinido. Todavia, a adesão a esses regimes de tratamento, diminuem claramente ao longo do tempo. Esta realidade é especialmente importante na DPOC e na SAOS, que se apresentam assintomáticas por um determinado período de tempo. Nestas circunstâncias, apenas quando a condição de saúde da pessoa se vai deteriorando e/ou surge uma eventual exacerbação, é que o doente sente a necessidade de retomar o esquema terapêutico. Desta forma, a pessoa que não apresente sintomas ou que a sua doença não tenha um grau de severidade elevado, pode eventualmente não se sentir motivada a aderir a um regime de tratamento (Adult Medication Adherence, 2006). Como tal, é importante que o idoso compreenda a doença e o que pode acontecer se esta não for tratada.

No artigo de revisão desenvolvido por Jimmy e Jose (2011) há a referência a um estudo de Sackett e Snow (1979) (citado por Jimmy e Jose, 2011) onde 77% dos doentes demonstraram um elevado grau de adesão ao seu regime terapêutico, quando o tratamento

tinha como objetivo a cura da doença, 63% dos doentes foram aderentes ao esquema medicamentoso quando este visava a prevenção e somente cerca de 50% realizaram o plano de tratamento, quando este seria para ter uma duração mais prolongada independentemente da sua finalidade.

Existe uma percepção comum de que o grau de severidade da doença e o número aumentado de comorbilidades na pessoa doente, poderá traduzir melhor adesão (Lindsay e Heaney, 2013). No entanto, os mesmos autores apresentam um caso em que doentes asmáticos com doença grave e com comorbilidades, têm uma taxa de adesão de 35% com uma probabilidade de terem três ou mais internamentos nos últimos doze meses.

2.7.3. Fatores relacionados com a terapêutica

Duração do tratamento

Habitualmente as doenças respiratórias estão associadas a um conjunto de comorbilidades que implicam longos tratamentos. Se se considerar que este tipo de patologia afeta uma grande parte da população mais idosa, esta realidade torna-se ainda mais complexa, não só pelo fator idade mas também pelo esquecimento e pelo regime de polimedicação, que geralmente estão relacionados. Para que tal seja minimizado, e a própria doença esteja controlada, a pessoa doente deverá consciencializar-se que tem de cumprir com o plano terapêutico instituído. Todavia, se as agudizações da doença não forem frequentes, os sintomas não se apresentarem muito incómodos no dia-a-dia e a própria doença não afetar grandemente a vida da pessoa, a adesão terapêutica não vai certamente ser a desejada (Bourbeau e Bartlett, 2008).

Num estudo em que foi testada a relação entre as crenças sobre a medicação e a adesão à terapêutica, nomeadamente no uso de corticosteroídes inalados, verificou-se que para períodos de tratamento inferiores a 30 dias, as taxas de adesão eram superiores às taxas para períodos de tratamento superiores a 180 dias, cuja taxa de adesão foi considerada baixa (van Steenis *et al.*, 2014).

Contudo, em estudos de Sharkness e Snow, (1992) e Garay-Sevill *et al* (1995) (citados por Jin *et al.* 2008), verificou-se que a adesão não era influenciada pela duração do tratamento

mas antes pela atitude-conscencialização que o próprio doente adota face à doença diagnosticada.

Outra condição que provavelmente está intimamente relacionada com este parâmetro é a eficácia do medicamento prescrito. Se o efeito terapêutico de determinado medicamento é elevado e o seu tempo de ação for rápido e prolongado com um resultado mais ou menos imediato nos sintomas, logo, potenciará uma melhor adesão ao regime terapêutico (Bourbeau e Bartlet, 2008; Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011).

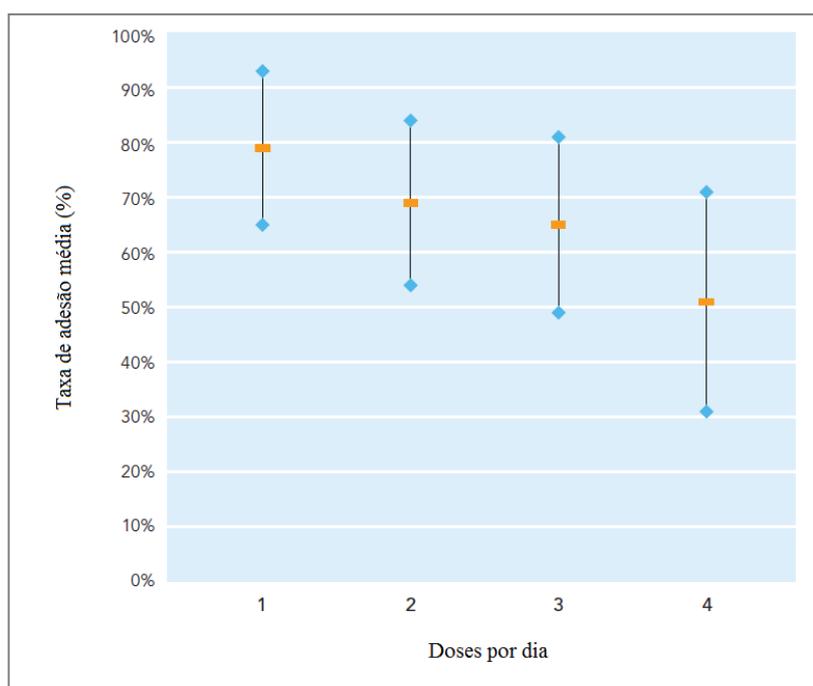
Complexidade do regime terapêutico

Tal como a duração do tratamento, a complexidade dos planos terapêuticos que geralmente são recomendados no controlo das doenças respiratórias são efetivamente uma realidade constituindo-se uma barreira à adesão à terapêutica.

Um estudo levado a cabo por Kirsch *et al.* (1993), (citado por Roberts *et al.*, 2008) revelou, que 43,6% dos idosos nesta análise tomava mais de três medicamentos por dia e a 66,5% da amostra tinha-lhe sido diagnosticada pelo menos uma das cinco doenças crónicas (DPOC, doença coronária, insuficiência cardíaca, hipertensão, diabetes).

No entanto, e numa análise comparativa, Jin *et al.* (2008) verificou que a adesão à terapêutica não estava condicionada pelo número de medicamentos instituídos por dia, mas pela frequência de doses por dia com que cada medicamento tinha sido prescrito, tal como é apresentado na Figura I.

Figura I - Adesão à medicação segundo o número de doses diárias



Fonte: Osterberg e Blaschke, 2005

A inadequabilidade dos horários da administração da terapêutica e a vida pessoal/profissional do doente é frequentemente apontada para a não otimização da adesão. Tal situação conduz, não raras vezes, ao esquecimento, à omissão de tomas ou ao sobreuso da medicação (Jimmy e Jose, 2011).

Num estudo sobre um corticosteroíde inalado (furoato de mometasona) habitualmente utilizado pelos doentes asmáticos, constatou-se que as taxas de adesão terapêutica médias eram superiores em regimes de tratamento de uma utilização por dia em detrimento de duas vezes por dia (93,3% vs 89,5%), respetivamente. Ainda neste estudo, a qualidade de vida em saúde melhorava em 20% nas pessoas que cumpriam o primeiro esquema terapêutico mencionado anteriormente e 14% na segunda opção. Porém, estes resultados apresentam taxas de adesão elevadas talvez devido à duração do tratamento ser relativamente baixa neste estudo (12 semanas) (Price *et al.*, 2010). Comparativamente, observa-se uma discrepância maior nas taxas de adesão quando foram comparados os mesmos regimes de terapêutica (uma vez/dia vs duas vezes/dia) num intervalo de um ano de um corticosteroide inalado e de um outro, mas na forma oral, em doentes asmáticos. Ao final desse tempo, verificou-se que a adesão diminuiu consideravelmente, apresentando

taxas de adesão de 23% para o medicamento inalado e 31% para o medicamento oral (McNally *et al.*, 2009).

Por outro lado, uma meta-análise em que foi comparada a frequência da dose da medicação em geral, verificou que existe uma elevada adesão em esquemas de uma vez/dia relativamente a esquemas de três ou quatro vezes/dia mas não demonstrou haver diferença significativa entre uma vez/dia e duas vezes/dia (Coleman *et al.*, 2012).

Ainda assim, simplificar o regime terapêutico, concretamente, optar por prescrever tomas de dose única, minimiza o esquecimento, aumenta a satisfação no auto-controlo da doença ajudando, na maximização da adesão à terapêutica (Osterberg e Blaschke, 2005; Rand, 2005; Barbosa *et al.*, 2012).

Efeitos secundários da medicação

Geralmente os efeitos adversos da medicação são apontados como um dos fatores para o não cumprimento do plano terapêutico proposto. As pessoas com doença respiratória que não compreendam a importância do cumprimento da medicação prescrita, que estejam desmotivadas e que o seu tratamento interfira e implique alterações significativas no seu estilo de vida, podem assumir que os efeitos secundários são efetivamente uma razão para omitirem, por exemplo doses na sua terapêutica (Rand, 2005).

Contudo, se tais efeitos secundários não forem desagradáveis o suficiente para a pessoa em tratamento, e se a relação efeitos colaterais /eficácia se traduzir positiva para este último parâmetro, então a adesão tenderá a ser mais elevada (Bishop, 1994 citado por Klein e Gonçalves, 2005).

Um exemplo de tratamento para a DPOC, tal como indica o estudo de Barnestein-Fonseca *et al.* (2011), inclui habitualmente uma terapia combinada de medicamentos anticolinérgicos, beta-2 adrenérgicos de longa ação e corticóides inalados. No entanto, o maior receio reside geralmente na toma de corticoides (“cortisona”) que a longo prazo poderão ter alguns efeitos indesejáveis como o aparecimento da diabetes, hipertensão, aumento do colesterol, entre outros. Todavia é necessário salientar, que independentemente

do medicamento em causa, os efeitos secundários serão, na maioria das vezes, inferiores aos benefícios para o tratamento da doença respiratória.

2.7.4. Fatores relacionados com a Equipa de Saúde/ sistema de prestação de cuidados

A qualidade da relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente, não se constituindo como um determinante principal na adesão terapêutica, interfere em muito, no cumprimento do plano terapêutico proposto.

Na primeira abordagem ao doente ou nas consultas de seguimento, as atitudes, o comportamento e o tempo dispensado pelo profissional de saúde, que mantendo o respeito pela autonomia do doente, podem contribuir positiva ou negativamente para o grau de envolvimento e participação deste face ao tratamento a instituir, na sua satisfação e consequentemente na confiança para o esclarecimento de dúvidas e preocupações (Vermeire *et al.*, 2001; Klein e Gonçalves, 2005; Lehane e McCarthy, 2009; Zolnierek e DiMatteo, 2009).

Alguns estudos mencionados por Rand (2005), apontam para que apenas 50% da informação transmitida pelo médico é apreendida pelo doente.

Torna-se importante realçar que é na consulta que se deverá estabelecer um *feedback* de transmissão de informação do doente para o profissional de saúde (problemas, medos, preocupações, dificuldades sentidas), no sentido de se perceber se existe cumprimento do plano terapêutico proposto; e do profissional de saúde para o doente, nomeadamente nos ensinamentos (que deverão ser por escrito) sobre a técnica da realização da medicação inalatória, sobre o manuseamento dos aparelhos de ventiloterapia e colocação dos seus interfaces, sobre a terapia com oxigénio domiciliário, no esclarecimento de dúvidas, no reforço da verbalização *in loco* da informação comunicada e ainda na verificação e confirmação de agendamento das consultas seguintes (Roberts *et al.*, 2008).

Num outro estudo sobre a não adesão à medicação integrado no *European Social Survey* em que se evidencia particularmente os resultados da relação médico-doente em 45,700 participantes de 24 países europeus, verificou-se que os doentes são mais aderentes ao

regime terapêutico quando confiam no médico assistente, quando este os trata como iguais e discute com eles o tratamento antes de decidir, apesar da assimetria de informação, e quando têm a possibilidade de escolha do médico (Stavropoulou, 2011). O estudo conclui também, que os doentes sentem-se mais desapontados, não seguindo integralmente as recomendações propostas, quando após as consultas percebem que o médico não os informou corretamente ou não lhes disse toda a verdade (Stavropoulou, 2011).

Na meta-análise conduzida por Zolnierek e DiMatteo (2009), verifica que a taxa de adesão é mais elevada quando existe uma boa comunicação entre médico e doente e se houver treino no sentido de melhorar o padrão de comunicação do profissional de saúde.

Além das características na relação médico-doente já apontadas, é importante realçar que existem três fatores adicionais que potenciam a suspeita do profissional de saúde no processo de não adesão por parte do doente: o cancelamento e/ou o reagendamento de consultas, ausência de resposta expectável ao tratamento proposto e dificuldade assumida pelo doente no seguimento do esquema terapêutico prescrito (Fine *et al.*, 2009).

Assim, é na consulta que o profissional de saúde tem o momento preferencial para perceber se a medicação prescrita está a ser efetivamente cumprida pelo doente, apesar de muitas vezes o doente não assumir verdadeiramente a sua não adesão por vergonha, falta de confiança, medo da reação do médico, etc. Para este facto, muito contribui a forma de gestão de “*pay for performance*” de muitas das instituições de saúde públicas e privadas.

Se por um lado, o profissional pretende assumir uma abordagem centrada no doente, tendo naturalmente em conta o seu problema de saúde, sendo sensível aos seus receios e medos e dispondo de uma atitude de disponibilidade para a abertura ao diálogo; por outro lado, recai sobre o mesmo profissional um tipo de gestão que apesar de não menosprezar o doente, assume como prioritário o número de consultas realizadas e conseqüentemente o número de doentes atendidos, estipulando inclusivamente um tempo médio de atendimento, a minimização de listas de espera, exercendo um certo grau de pressão e stress no profissional de saúde (Bezreh *et al.*, 2012; Brown e Sinsky, 2013).

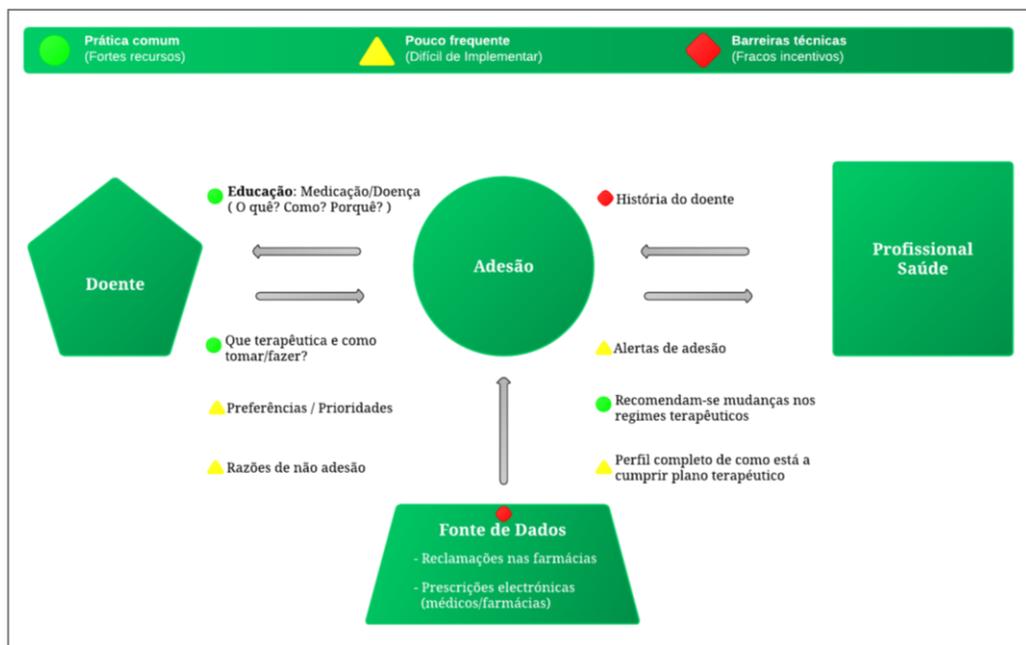
No estudo qualitativo de Bezreh *et al.* (2012), alguns participantes apontam como uma falha para a adesão à terapêutica, a desconfiança em alguns elementos do sistema de saúde,

como a indústria farmacêutica, as prescrições médicas e a cultura da prescrição indiscriminada. Para 24 participantes do estudo, a crítica residia na prática médica orientada para a prescrição, sendo os médicos muito influenciados pelo marketing farmacêutico. Neste sentido, também as crenças e atitudes dos doentes crónicos com comorbilidades face ao regime de adesão à medicação mencionadas no estudo qualitativo de Mishra *et al.* (2011), é igualmente influenciada pela relação que têm com o médico e em particular pelas práticas das empresas farmacêuticas.

Particularmente as barreiras que se podem apresentar aos doentes respiratórios crónicos estão associadas à complexidade do plano terapêutico, a posologia e à polimedicação, mudança no estilo de vida, consciencialização e comportamento desfavoráveis à adesão terapêutica, falta de confiança nos profissionais de saúde, tratamentos pouco eficazes, não esclarecimento e preocupação com os efeitos adversos da terapêutica prescrita, esquecimento e incompreensão total ou parcial das orientações dadas sobre as doses a administrar/tomar (Halpern *et al.*, 2011).

Em suma, são muitas as barreiras e as lacunas na informação que a tríade doente, profissional de saúde e sistema de saúde enfrenta no quotidiano clínico, e que podem direta ou indiretamente afetar a adesão à terapêutica, tal como é apresentada na Figura II.

Figura II - Barreiras/lacunas de informação no processo de adesão à terapêutica



Fonte: NEHI, Thinking outside the pillbox. (2009)

2.8. Estratégias para melhorar a adesão à terapêutica

O fenómeno do não cumprimento do plano terapêutico recomendado, não é, como já foi abordado anteriormente, um problema de causa única mas multifatorial, em que a pessoa doente não assume a exclusividade da culpa, sendo esta partilhada e assumida com co-responsabilidade acrescida pela Equipa de saúde que trata o doente.

É fundamental, portanto, compreender os motivos desta inconformidade, definindo exatamente as barreiras existentes e acima de tudo estabelecer medidas estratégicas para melhorar e otimizar a adesão ao esquema terapêutico. Não existe uma forma *standard* capaz de atingir este fim, uma vez que nem todos os doentes apresentam as mesmas razões para o não seguimento do regime medicamentoso/terapêutico, portanto, perceber as necessidades inerentes e traçar intervenções individualizadas e personalizadas, serão a chave para o sucesso, ainda que possam não ser, eventualmente, exequíveis no atual sistema de prestação de cuidados que valoriza fortemente os custos (Gamble *et al.*, 2009; Kucukarslan, 2012).

Ainda assim, estão documentadas diversas soluções para os diferentes intervenientes neste processo, (doente, profissional de saúde, instituição de saúde e políticas de saúde), que de certa forma tentam colmatar este problema (anexo 2). Particularmente direcionadas para o doente encontram-se as estratégias que podem ser agrupadas em: estratégias educacionais, comportamentais e psicológicas (Bugalho e Carneiro, 2004; Van Dulmen *et al.*, 2007; De Bleser *et al.*, 2009; Berben *et al.*, 2012)

Estratégias educacionais

As estratégias educacionais caracterizam-se por terem uma abordagem cognitiva que estimula e reconhece a importância de ensinamentos sobre a doença e o tratamento, possibilitando melhores conhecimentos e informação, otimizando e fazendo compreender ao doente os objetivos e a necessidade do seguimento do plano terapêutico adotado (Bugalho e Carneiro, 2004).

Neste âmbito, o estudo de Clyne *et al.* (2012), reuniu consenso acerca das soluções políticas na adesão terapêutica para a Europa e concluiu que a educação/informação ao doente deveria ser melhorada por forma a ser totalmente compreendida, imparcial,

evidenciando outras formas de tratamento para a doença, explicitando os potenciais efeitos secundários da medicação e alertando para o risco/benefício da terapêutica. Faz igualmente menção, ao facto de a abordagem ser focada no doente descurando a visão paternalista.

De uma forma geral, estas estratégias englobam uma boa comunicação verbal individual ou em grupo, através de aconselhamentos personalizados e “face-a-face” complementados por ensinamentos com recurso à forma oral, escrita (especialmente no grupo etário mais idoso devido à dificuldade inerente na compreensão da informação transmitida) meios audiovisuais, por telefone, mail e/ou visitas domiciliárias (Vermeire *et al.*, 2001; Bugalho e Carneiro, 2004; van Dulmen *et al.*, 2007; Jimmy e Jose, 2011).

Nos programas educacionais que envolvem os doentes com DPOC em particular, há evidência de melhorias consideráveis no auto-controlo da doença, com clara diminuição do número de exacerbações, menor recurso a medicação de urgência e melhores conhecimentos sobre o uso dos inaladores prescritos. Esta vertente educacional, tendo a finalidade de minimizar a não adesão, abrange um conjunto de informações acerca:

- a) da doença e do tratamento;
- b) da importância de cumprir com o plano terapêutico, garantindo que os doentes percebem o porquê, para quê e o como tomar a medicação;
- c) dos efeitos colaterais da medicação/tratamento (oxigenoterapia/ventiloterapia), do conhecimento da sua medicação e qual a dose a cumprir;
- d) da informação sobre cada mudança na dose ou frequência que é alterada e fazê-lo por escrito;
- e) da técnica correta de execução da medicação inalatória,
- f) do “*timing*” certo aquando das consultas para o esclarecimento de dúvidas e colocação de questões,
- g) de aconselhamentos vários, como por exemplo a cessação tabágica (Bugalho e Carneiro, 2004).

Aquando dos ensinamentos realizados ao doente, é mandatário que em todas as consultas os profissionais de saúde validem o que transmitiram, e para tal, é imprescindível que peçam aos doentes para repetir a informação mais relevante para o seu tratamento (Worth e Dhein, 2004; Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011; Brown e Bussel, 2011; Berben *et al.*, 2011).

Este tipo de intervenção tem aparentemente demonstrado um efeito persuasor na adesão, tal como foi elucidado no estudo de Bourbeau *et al.* (2003), no qual se verificou um decréscimo no número de idas à urgência (41%) face ao grupo de controlo e uma diminuição em 39% nos internamentos por agudização da DPOC.

Nesta abordagem, os profissionais de saúde devem estar atentos, com uma sensibilidade e disponibilidade acrescidas para a escuta dos problemas e preocupações dos doentes e sempre que seja necessário, envolver os familiares ou cuidadores informais com o intuito da promoção da adesão (Osterberg e Blaschke, 2005; Dias *et al.*, 2011).

Estratégias comportamentais

As estratégias comportamentais visam incentivar o doente a participar ativamente na gestão e controlo da sua doença e tratamento, e de forma simultânea induz uma mudança positiva no padrão do seu comportamento quotidiano face ao plano terapêutico, adequando-o ao seu estilo de vida (Berben *et al.*, 2012). Nesta abordagem estão incluídos: os mecanismos de lembrança da toma e ou realização do tratamento instituído – (telefonema, alarmes, dispositivos sonoros, uso de calendário, e-mail, mensagem de texto) e incentivos financeiros ou não-financeiros (van Dulmen *et al.*, 2007; NEHI, 2009).

Num estudo efetuado a doentes asmáticos, por Strandbygaard *et al.* (2009), verificou-se que o uso de uma mensagem eletrónica diária (SMS) para um grupo de participantes face aos que não a recebiam, aumentava a taxa de adesão à terapêutica.

Desta forma, Bugalho e Carneiro (2004) consideram que para que o doente respiratório crónico se sinta parte integrante do processo, é necessário:

- aumentar e melhorar a qualidade da comunicação entre as partes envolvidas, utilizando uma linguagem simples e clara,
- perguntar ao doente sem o julgar, sobre o seu comportamento face à adesão não penalizando a não adesão com juízos de valor, sem entender as suas razões,
- simplificar o regime terapêutico prescrito (diminuindo a frequência das doses a tomar, reduzir os fármacos a tomar, optando por uma dose fixa combinada),
- envolver e consciencializar o doente para o auto controlo da doença como por exemplo: verificar a sua função respiratória através da espirometria de incentivo,

- perceber se se sente mais cansado e/ou com menores capacidades de realizar as suas atividades de vida diária,

- incentivar o uso de auxiliares de memória para evitar o esquecimento da toma de medicação, realização de tratamentos ou idas a consultas,

- haver reforço ou incentivo pela boa adesão traduzido no maior espaçamento entre consultas - ressaltar que melhor adesão às consultas, que não é sinónimo de melhor adesão terapêutica,

- haver incentivos financeiros que estão ainda pouco explorados mas os raros que surgem revelam um aumento incremental em 30 pontos percentuais para melhor adesão à terapêutica, quando tal é aplicado (DeFulio e Silverman, 2012),

- haver facilidade na aquisição de equipamento útil na gestão da doença respiratória (espirómetro de incentivo, material para realizar exercício de reabilitação funcional respiratória, equipamento de ventiloterapia domiciliária e oxigenoterapia sem custos adicionais. Na perspetiva dos mesmos autores, outros podem ser os incentivos para a promoção da adesão, como a disponibilização gratuita de fármacos a doentes elegíveis como aderentes, no âmbito do esquema terapêutico instituído.

Estratégias psicológicas

As estratégias psicológicas assentam essencialmente nas emoções geradas pelos doentes após, por exemplo, a confirmação de um diagnóstico e quando têm de lidar com tratamentos morosos e às vezes incómodos tanto a nível pessoal como profissional e social, utilizando modelos comportamentais de *coping*; incluem também o suporte social que os doentes dispõem (família ou cuidador informal).

É pois fundamental o apoio que o profissional de saúde deverá prestar no seguimento em consulta de *follow up*, bem como a ajuda incondicional da família, que além de ser um fator motivador é igualmente uma forma de assistência orientada para o doente, pois faz com que este não desmotive e mantenha o plano, ainda que por vezes desmotivado (De Bleser *et al.*, 2009; DiMatteo *et al.*, 2007; Berben *et al.*, 2012; Kucukarslan, 2012).

A abordagem multidimensional que combine diversas metodologias parece reunir maior consenso. Ainda assim, e nos doentes respiratórios crónicos cuja severidade da doença é relativamente baixa, a sua condição de doença pode apresentar-se como quase

assintomática, o que pode conduzir a uma adesão intermitente ou mesmo a uma não adesão; nestes casos, nenhum método de melhoria da adesão já estudado é realmente eficaz (DiMatteo, 1994).

Uma vez tratada uma exacerbação de uma doença respiratória crónica, é fundamental que o doente continue o seu plano de tratamento, seguindo integralmente as indicações dos profissionais de saúde. Neste sentido, os programas educacionais e comportamentais podem maximizar a adesão, proporcionando satisfação na pessoa, evitando a não progressão da doença e consequentemente melhorando a sua qualidade de vida. Um estudo de Garcia-Aymerich (2007), corrobora exatamente este facto, demonstrando que o autocontrolo dos doentes com DPOC ao final de um ano e que tinham sido integrados numa Equipa de cuidados integrados em articulação com os cuidados primários após a alta hospitalar, melhorava substancialmente, ao nível dos conhecimentos sobre a sua doença, no reconhecimento de exacerbações, na procura de tratamento precoce aquando de agudizações da doença e na adesão á realização dos inaladores.

Portanto, estes programas de intervenção, independentemente da sua natureza educacional, comportamental ou mista, desempenham um papel ímpar na melhoria da adesão à terapêutica. É primordial que após a alta hospitalar, o doente respiratório crónico tenha consciência da importância da continuidade do tratamento, adquirindo toda a medicação prescrita, haver uma perfeita articulação entre as diversas empresas de dispensa de aparelhos de ventiloterapia domiciliária e oxigénio e o doente para o esclarecimento de dúvidas e resolução de eventuais problemas e se possível haver visitas domiciliárias para aferir a efetividade do tratamento que foi proposto (NEHI, 2009).

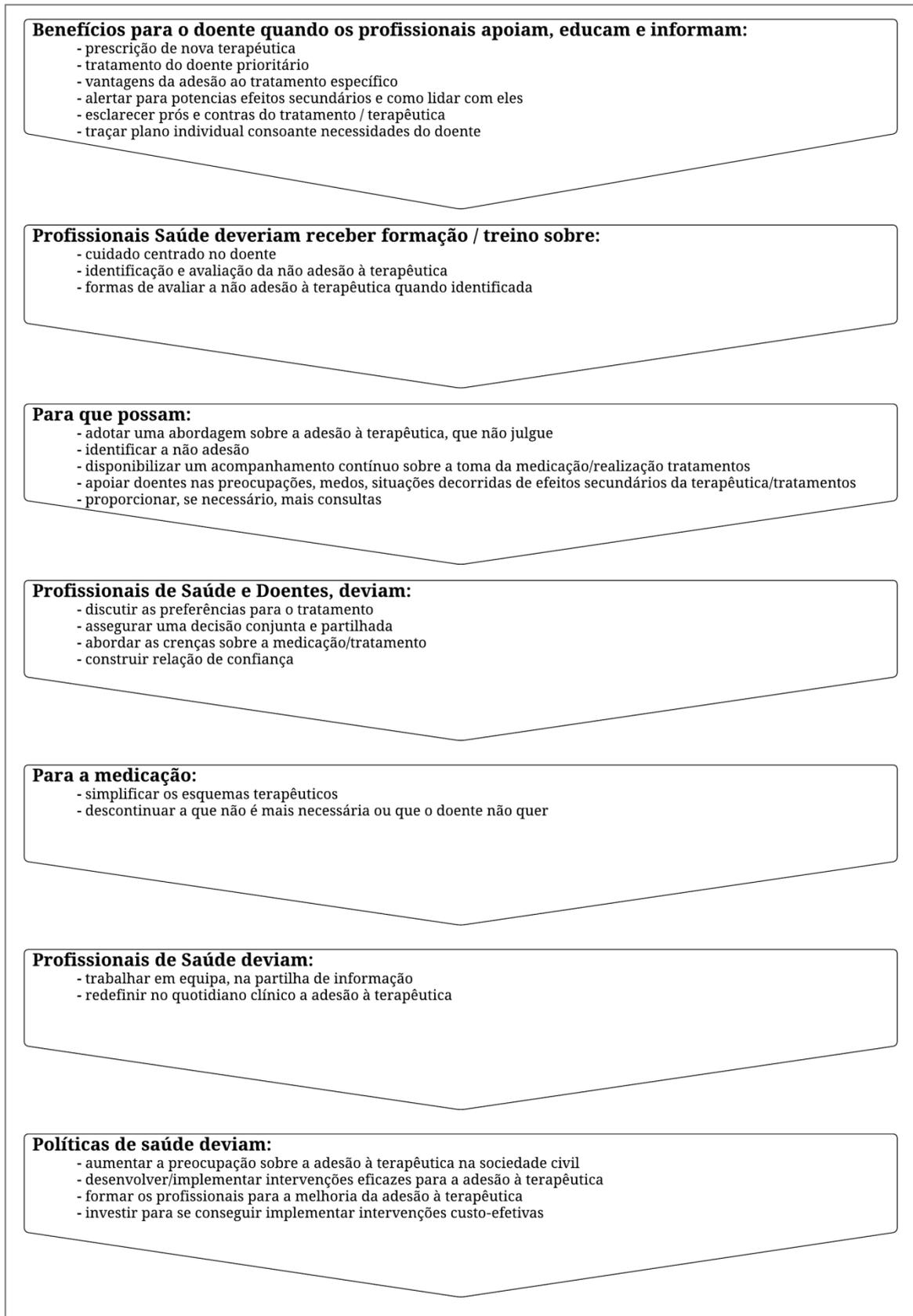
Por outro lado, e contrastando com esta realidade, o estudo de Gallefoss e Bakke (1999) revelou que uma abordagem educacional e comportamental que contemplava em dois grupo distintos de doentes asmáticos e com DPOC (estudados separadamente e onde havia um grupo de intervenção e outro de controlo), a disponibilização de panfletos informativos educativos, tinham sessões em grupo e individuais acerca da fisiopatologia da doença, sintomatologia, medicação a realizar em situações de urgência, era traçado um plano diretamente com o doente na consulta e eram testadas os ensinamentos realizados; ao final de um ano de seguimento, verificou que os doentes asmáticos eram mais aderentes no grupo de

intervenção, mas nos doentes com DPOC, era no grupo de controlo que a taxa de adesão à medicação era superior.

Também no estudo de Seden *et al.* (2009), foram acompanhados doentes idosos com algumas comorbilidades e a aplicação de um plano de ação escrito individual, onde estavam contempladas instruções sobre o que fazer em caso de exacerbação da DPOC, se verificou que menos de metade das exacerbações registadas neste grupo derivaram em internamento comparadas com o grupo de controlo, o que indica maior auto controlo da doença como consequência direta de uma boa adesão terapêutica.

Tal como já foi mencionado o papel do cuidador (familiar ou amigo) e do farmacêutico conjugado com um sistema de prestação de cuidados mais “*friendly*” para o doente inserido em políticas de saúde benéficas para a adesão, será o modelo ideal na resolução da não adesão à terapêutica (Brown *et al.*, 2013). O painel de peritos abordados no estudo de Clyne *et al.* (2012), expõe para os países europeus, um conjunto de soluções estratégicas consensuais no âmbito da adesão terapêutica, e que resumidamente se apresenta na Figura III.

Figura III - Consenso com base no estudo “Delphi” para melhoria da adesão à terapêutica na Europa



Fonte: Clyne *et al.* (2012)

2.9. Caracterização da situação portuguesa e mundial

A Organização Mundial de Saúde estima que as doenças respiratórias (DPOC, Asma e outras doenças respiratórias) sejam responsáveis por 7,4% das mortes na população mundial em 2015 e 8,5% em 2030 (OMS, 2013).

A DPOC em concreto, ocupará o quarto lugar no ranking das 20 principais causas de morte em 2015 (5,6% do total de mortes ocorridas) e em 2030 será a terceira principal causa de morte, com 6,5% do total de mortes ocorridas (OMS-GHE, 2013). A mesma projeção para 2015 revela, que é o grupo etário de 70 ou mais anos que sofrerá mais deste tipo de patologia (2 824 559 mil pessoas de ambos os sexos na população mundial) e serão os homens os mais afetados (2 319 047 mil pessoas a nível mundial).

Tendo por base o Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da DGS (2012), as doenças respiratórias crónicas afetam quatro milhões de portugueses anualmente e abrangem cerca de 40% dos portugueses com mais de 40 anos sendo que 10% são pessoas com asma e 14,2% representam pessoas às quais foi diagnosticada a DPOC (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2010).

Um importante indicador que permite avaliar o estado da saúde respiratória nacional é a taxa de internamentos, que aumentou em cerca de 28% entre os anos de 2010 e 2012, estando a DPOC entre as principais causas de produção hospitalar associada a doenças respiratórias (ONDR, 2013). Ainda assim, o nosso país é aquele que apresenta as mais baixas taxas padronizadas de internamentos hospitalares a nível europeu (DGS, 2012).

Com o envelhecimento da população portuguesa, é provável um aumento de doenças crónicas especialmente doenças respiratórias crónicas em pessoas com idade mais avançada. Neste sentido, e de acordo com dados da OCDE mais de metade dos portugueses com 50 a 64 anos e mais de 70% dos portugueses com mais de 75 anos refere algum grau de limitação às atividades de vida diárias, devido a doenças respiratórias crónicas; tendo em conta que a média dos anos de vida saudável espectáveis aos 65 anos em Portugal é inferior à média da OCDE, considera-se que a saúde respiratória deverá ser uma prioridade nas políticas de saúde nacionais (ONDR, 2013).

É indiscutível o facto de que as pessoas mais desfavorecidas estão mais propensas a desenvolver doenças respiratórias crónicas pelas privações materiais com consequente limitação de escolhas, aumento dos comportamentos de alto risco, acesso reduzido a cuidados de saúde e reduzidas oportunidades de evitar complicações, tendo assim, naturalmente maior probabilidade de morrerem precocemente por causa destas doenças (OMS, 2007). Esta realidade é sustentada pelo ONDR (2013), que documenta que o risco de pobreza é em Portugal superior à média dos países europeus.

O consumo de tabaco aumenta consideravelmente o aparecimento e o agravamento das doenças respiratórias crónicas. De acordo com o Relatório da Situação Global da OMS sobre doenças crónicas em 2010, foram atribuíveis ao consumo de tabaco 42% das doenças respiratórias crónicas em todo o mundo (OMS, 2010).

Uma realidade preocupante prende-se também com o consumo de medicamentos em ambulatório. Segundo o ONDR (2013), entre os anos de 2011 e 2012 não houve decréscimo na aquisição das terapêuticas habitualmente prescritas para estas patologias respiratórias; no entanto há a considerar uma subutilização dos medicamentos pois ao comparar-se o número de embalagens de broncodilatadores e anti-asmáticos vendidas no ano de 2012 com a prevalência de asma e DPOC, o número é realmente baixo. Esta situação aponta para eventuais erros de prescrição ou de cumprimento por parte dos doentes, ou para dificuldade financeira na aquisição dos mesmos. É uma realidade cada vez mais frequente, o de as pessoas deixarem de aviar nas farmácias a totalidade das suas receitas médicas, adquirindo somente a medicação que consideram mais importante na prevenção de sintomatologia mais aguda. A medicação inalatória é efetivamente cara e está a constituir-se no grupo de fármacos que na opinião dos doentes, são dispensáveis (ONDR, 2013)

Outro aspeto relevante é que, em Portugal, apesar de um SNS tendencialmente gratuito, de acordo com o ONDR (2013) apenas 64% da despesa com saúde é assumida pelo Estado, valor superior à média da OCDE, mas inferior à maioria dos países que nos estão mais próximos. A despesa em saúde dos portugueses é consideravelmente alta e face à conjuntura económica por que Portugal passou, talvez venha a ter implicações na saúde dos portugueses especialmente nos mais desfavorecidos (ONDR, 2013).

Sabendo-se que Portugal se depara com um envelhecimento gradual da sua população, é esperado um predomínio das doenças crónicas, nomeadamente as respiratórias, muitas delas incapacitantes e que obrigam a cuidados de longo prazo, cuidados domiciliários e de reabilitação (ONDR, 2013). Algumas doenças crónicas são preveníveis e apostar em aspetos como a promoção da saúde, o diagnóstico precoce por exemplo através da espirometria – que tem verificado um ligeiro aumento de pessoas inscritas para realização deste exame-, o acompanhamento do doente e a reabilitação, são fundamentais para melhorar a saúde respiratória e prevenir as doenças respiratórias (Fundação Portuguesa do Pulmão, 2010; Bárbara e Gomes, 2013).

3. METODOLOGIA

A adesão à terapêutica é uma vasta temática que tem merecido a atenção dos seus mais diretos ou indiretos intervenientes, como os doentes e famílias, profissionais de saúde e num nível mais alargado o Sistema de Saúde e as suas políticas. Todavia, e concretamente nesta área tão particular como são as doenças respiratórias crónicas, constatou-se ao longo da revisão bibliográfica realizada, que a associação entre estas duas temáticas, é ainda pouco consistente nomeadamente em Portugal. Dadas as circunstâncias, este estudo está assim orientado para a avaliação da adesão à terapêutica nas pessoas com doença respiratória crónica, analisando igualmente as possíveis relações existentes entre variáveis, já identificadas na literatura mas cuja aplicabilidade ao contexto português é escassa.

De forma a conseguir compreender o problema da adesão à terapêutica, foram formuladas assim duas questões centrais: **“Porquê os doentes com doença respiratória crónica deixam de cumprir com o regime terapêutico aconselhado?”** e **“Quais as estratégias para evitar a não adesão à terapêutica por parte dos doentes respiratórios crónicos?”**.

Esta investigação, pode ser assim um pequeno contributo para entender o que está por detrás do incumprimento integral das instruções referentes ao plano terapêutico proposto, não só no que à medicação diz respeito mas também a outros tratamentos coadjuvantes na área da Pneumologia como a oxigenoterapia, ventiloterapia e reabilitação funcional respiratória recomendados.

Assim, e perante uma temática atual e com interesse a diversos níveis (pessoal, familiar, social), pretende-se essencialmente caracterizar os comportamentos de não adesão à terapêutica aprofundando e “atualizando” o conhecimento nesta área, para a realidade portuguesa.

Por outro lado, considera-se igualmente importante perceber o grau de adesão aos medicamentos prescritos bem como identificar os fatores que afetam a adesão.

Os resultados obtidos deverão possibilitar identificar as áreas passíveis de intervenção para os profissionais de saúde na área da pneumologia.

O estudo tem como objetivo geral: caracterizar os comportamentos de não adesão à terapêutica nas pessoas com doença respiratória crónica.

Como objetivos específicos pretende-se:

- Avaliar o grau de adesão aos medicamentos prescritos;
- Avaliar o grau de adesão aos tratamentos complementares prescritos em Pneumologia (ventilação não invasiva, oxigenioterapia e reabilitação funcional respiratória – ginástica respiratória)
- Caracterizar o perfil dos doentes não aderentes aos medicamentos/tratamentos;
- Caracterizar a condição de saúde dos doentes, no que respeita à sua doença respiratória;
- Caracterizar o tratamento prescrito e a sua adesão à terapêutica;
- Identificar os motivos da não adesão à terapêutica;
- Analisar as estratégias para evitar a não adesão à terapêutica;
- Caracterizar a relação médico-doente.

3.1. Universo e amostra

A população em estudo é constituída pelos doentes respiratórios crónicos do Serviço de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte (pólos de Santa Maria e Pulido Valente), com idade igual ou superior a 18 anos e que estivesse a fazer na altura da colheita de dados algum tipo de medicação/tratamento para a sua doença respiratória há pelo menos quatro meses. Por razões de fiabilidade de respostas, foram excluídas deste estudo as crianças, todos os doentes com perturbações psíquicas e indivíduos com compreensão comprometida. Foram obtidas 168 respostas, das quais 166 válidas

Dada a natureza do estudo, a seleção da amostra em estudo foi pelo método da amostragem por conveniência. A seleção da amostra foi feita com base nos doentes que estão em acompanhamento no Centro Hospitalar Lisboa Norte, internados ou em regime de ambulatório, os quais foram inquiridos aquando da sua vinda às consultas de rotina.

Em termos metodológicos foram considerados alguns aspetos de modo a assegurar a ética na investigação:

- O desenho do estudo e o questionário foram submetidos e aprovados pela Comissão de Ética da instituição onde foi aplicado (Anexo III).
- Previamente à aplicação do questionário os participantes foram informados dos objetivos do estudo e da garantia de confidencialidade dos dados e seu anonimato. Caso concordassem foi solicitado que assinassem o consentimento informado (Anexo II).

3.2. Método e instrumentos de recolha de dados

Foi aplicado um questionário estruturado, elaborado de acordo com a finalidade deste estudo e baseado em alguns questionários validados internacionalmente e utilizados na área da adesão à terapêutica como o Brief Medication Questionnaire (BMQ), Morisky-Green-Test, St. George's Respiratory Questionnaire (quality of life). Serviu igualmente de apoio à elaboração do questionário deste estudo, o instrumento de colheita de dados utilizado no estudo de Cabral e Silva (2010) sobre as atitudes e comportamentos das pessoas perante as prescrições médicas. Foi também consultada bibliografia relacionada a esta temática. Teve ainda algumas adaptações referentes ao contexto da pneumologia (Anexo IV).

O questionário é constituído por cinco grandes grupos onde são contemplados: Caracterização sócio-demográfica, Caracterização da condição de saúde, relativamente à doença respiratória, Caracterização do tratamento prescrito e adesão à terapêutica, no que respeita à doença respiratória, Motivos da não adesão à terapêutica, no que confere à doença respiratória, Estratégias para evitar a não adesão à terapêutica, relativamente à doença respiratória, Caracterização da relação entre médico e doente.

Para avaliar a facilidade de compreensão deste questionário, solicitou-se a alguns profissionais de saúde (médicos e enfermeiros da Pneumologia, e outros profissionais na área da Investigação) para procederem a uma leitura crítica do mesmo e posteriormente realizou-se um pré-teste a um pequeno grupo de doentes com as características alvo deste estudo.

4. RESULTADOS

4.1. Caracterização da amostra

4.1.1 Características sociodemográficas

Os inquiridos apresentaram idades entre os 18 e os 89 anos de idade, sendo o grupo etário mais representativo, o grupo que abrange as pessoas com mais de 65 anos (43%), seguido do grupo etário dos 56 aos 65 anos (27%) (Quadro II). A média de idades da amostra é de cerca de 60 anos de idade. Há uma predominância de inquiridos do género masculino (54%) (Quadro II).

Cerca de um terço dos inquiridos têm como escolaridade o ensino básico (1º ciclo), 28% referiu ter o ensino secundário, e 19%, o ensino superior.

Dada a baixa condição literária da generalidade dos inquiridos, estes têm provavelmente maiores dificuldades na compreensão das instruções relativas ao plano terapêutico proposto, o que pode comprometer a sua adesão à terapêutica.

Relativamente à situação profissional, mais de metade (64%) dos participantes no estudo, declarou ser reformado, o que era expectável para essa faixa etária (Quadro II).

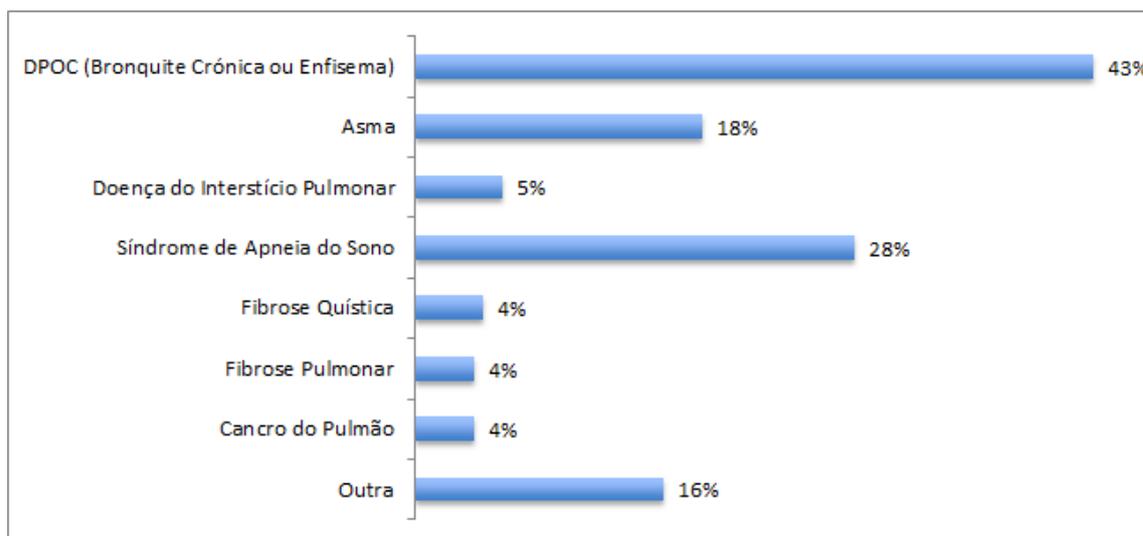
Quadro II - Caracterização sociodemográfica das pessoas com doença respiratória crónica

Variável	Valor	Nº	%
Idade	<=25 anos	8	5
	26-35 anos	9	5
	36-45 anos	12	7
	46-55 anos	21	13
	56-65 anos	44	27
	>65 anos	72	43
	Mínima	18	
	Máxima	89	
	Média	60	
	Desvio Padrão	16	
Sexo	Feminino	77	46
	Masculino	89	54
Escolaridade	Analfabeto	6	4
	1º Ciclo	53	32
	2º Ciclo	15	9
	3º Ciclo	14	8
	Secundário	46	28
	Superior	32	19
Situação Profissional	Estudante	6	4
	Empregado	37	22
	Desempregado	13	8
	Baixa médica de longa duração	4	2
	Reformado	105	64

4.2. Caracterização da condição de saúde

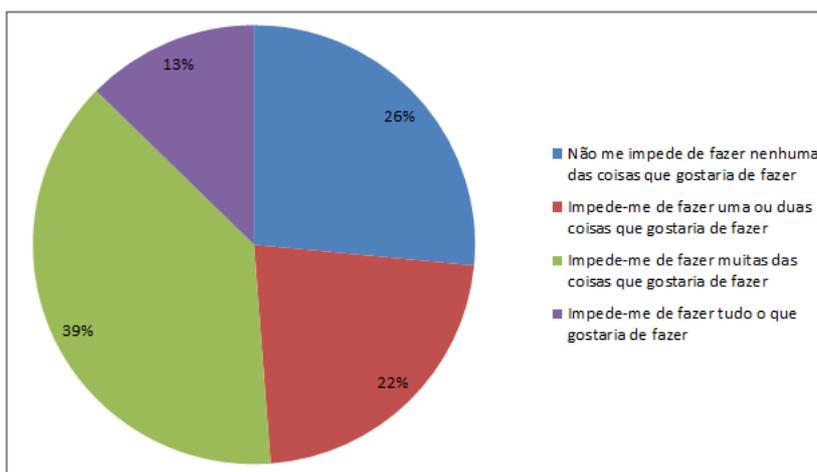
No grupo de participantes inquiridos para este estudo, verificou-se que a doença respiratória mais prevalente é a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), que inclui a bronquite crónica ou o enfisema pulmonar (43%), seguida da síndrome de apneia do sono (SAOS) - (28%) -, a asma e outras doenças (18% e 16%), respetivamente (Figura IV). Esta realidade particular, vai de encontro com os dados epidemiológicos sobre as doenças respiratórias crónicas, que referem que a DPOC a par da Asma, têm uma elevada prevalência, constituindo-se um sério problema em termos de saúde pública (Rycroft *et al.*, 2012; Perez *et al.*, 2012; ONDR, 2013).

Figura IV - A doença respiratória dos inquiridos



Independentemente da doença respiratória, uma percentagem significativa dos inquiridos (39%) mencionou que a sua doença é altamente incapacitante, impedindo-os de fazer muitas das coisas que gostariam de fazer. Adicionalmente, 27% e 22% dos inquiridos mencionaram que a sua doença respiratória crónica “não os impede de fazer nenhuma das coisas que gostariam de fazer” e lhes “impede de fazer uma ou duas coisas que gostariam de fazer”, respetivamente (Figura V). Estes dados podem ser a justificação de duas situações prováveis em doentes respiratórios crónicos: por um lado, apesar do diagnóstico confirmado, a doença encontra-se num estadio inicial e portanto a pessoa pode ser assintomática grande parte do tempo; por outro lado, poder-se-á relacionar com o bom controlo da doença que a pessoa tem, traduzido no efetivo cumprimento das recomendações feitas pelos profissionais de saúde.

Figura V - Graus de incapacidade de realização de atividades quotidianas nos inquiridos com doença respiratória crónica

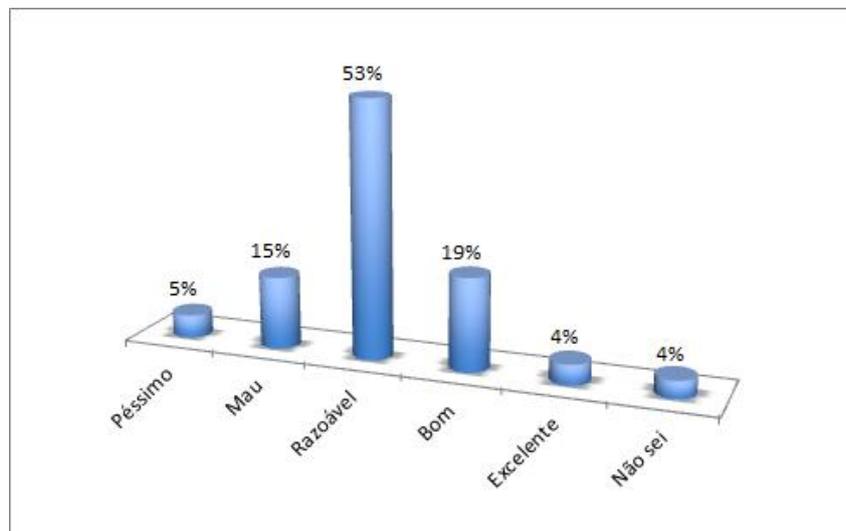


No que respeita ao seu estado de saúde atual da sua doença respiratória crónica, mais de metade - (53%) – consideraram-no, razoável (Figura VI).

Para 19% dos inquiridos, a perceção do seu estado atual de saúde é boa, enquanto para 15% dos inquiridos considera que o seu estado de saúde é mau (note-se que não foram solicitados dados analíticos para aferir com exatidão esta situação).

Apenas 4% dos inquiridos considera que tem um excelente estado de saúde e uma minoria (5%) dos participantes declara que o seu estado de saúde é péssimo, o que vai de encontro com o perfil sócio-demográfico típico mencionado no estudo da Apifarma conduzido por Cabral e Siva (2010) e que caracteriza a população face à avaliação da sua saúde. Segundo esta investigação, são as pessoas mais velhas que habitualmente se avaliam negativamente, geralmente mulheres e com um grau de instrução baixo.

Figura VI - Estado de saúde atual dos inquiridos com doença respiratória crónica



4.3. Caracterização do tratamento prescrito e avaliação da adesão à terapêutica

Pretendeu-se conhecer o tipo de tratamento que usualmente as pessoas com este tipo de patologia realizam, ter noção da importância que atribuem aos planos terapêuticos recomendados tanto a curto como a longo prazo e avaliar o grau de adesão não só à forma como tomar a medicação prescrita bem como à forma de fazer o tratamento recomendado.

Assim, 78% dos participantes referiram a medicação inalatória como tratamento principal no controlo e gestão da sua doença respiratória crónica (Figura VII), reforçando os dados da literatura sobre esta matéria, que apontam esta via como a forma de administração de eleição no tratamento deste tipo de patologias.

Os medicamentos surgem em segundo lugar (58%) como terapêutica usualmente recomendada. No tratamento das doenças respiratórias crónicas, a terapia exclusiva com medicação oral e medicação inalatória ou a combinação de ambas, são as mais frequentemente prescritas e naturalmente as mais eficazes, tal como referem as orientações clínicas elaboradas conjuntamente pelo Colégio Americano de Médicos Pneumologistas, Sociedade Torácica Americana e Sociedade Respiratória Europeia (Qaseem, *et al.*, 2011). Neste sentido, os resultados obtidos neste estudo estão assim em perfeita concordância com a forma de tratamento recomendado internacionalmente.

Todavia, e de acordo com a literatura, a via de administração inalatória sendo a mais comumente encontrada, é também a que mais dificuldades apresenta para os doentes, nomeadamente na correta execução da técnica, tal como documenta o estudo de Restrepo *et al.* (2008) que afirma que apenas um em cada dez doentes com DPOC não apresentam qualquer erro na execução dos inaladores prescritos. É igualmente importante salientar que por este, e outros motivos como a vergonha ou incómodo da realização dos inaladores em público, a medicação oral é preferível à inalatória dada a facilidade com que se toma (Tashkin, 1995).

Cerca de 43% e 37% dos inquiridos encontram-se a fazer ventiloterapia e oxigenioterapia domiciliários. Nestas situações, é habitual o mesmo doente realizar ambos os tratamentos. Assim, a utilização frequente e contínua destes tratamentos, nomeadamente a ventiloterapia noturna está cientificamente comprovada no aumento da sobrevida em pessoas em fases avançadas da sua doença mas não está associada à melhoria da qualidade de vida (McEvoy *et al.*, 2009).

Finalmente a ginástica respiratória é mencionada por 32% dos inquiridos. Se os doentes cumprirem com estes mecanismos ventilatórios e se incorporarem um programa de reeducação funcional respiratória, irão potenciar fortemente a sua tolerância ao esforço e

assim verem aumentadas as possibilidades de lazer e atividades da sua preferência, que de outra forma estariam condicionadas. Esta forma complementar de tratamento vulgarmente adotada por doentes do foro respiratório, apresenta amplos e reconhecidos benefícios que através de uma equipa multidisciplinar ajuda o doente com vista ao restabelecimento da sua independência para as suas atividades de vida diárias (Ries *et al.*, 2007; Casaburi, e ZuWallack, 2009, Zeki *et al.*, 2011).

Figura VII - Tipo de tratamento realizado nos inquiridos com doença respiratória crónica

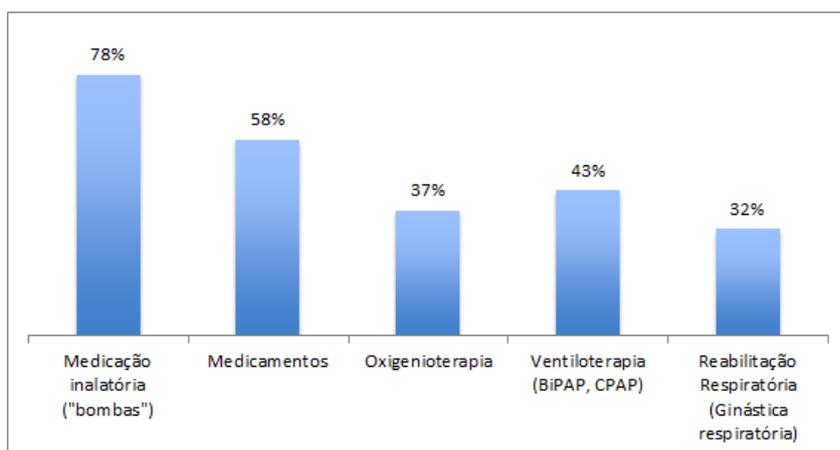
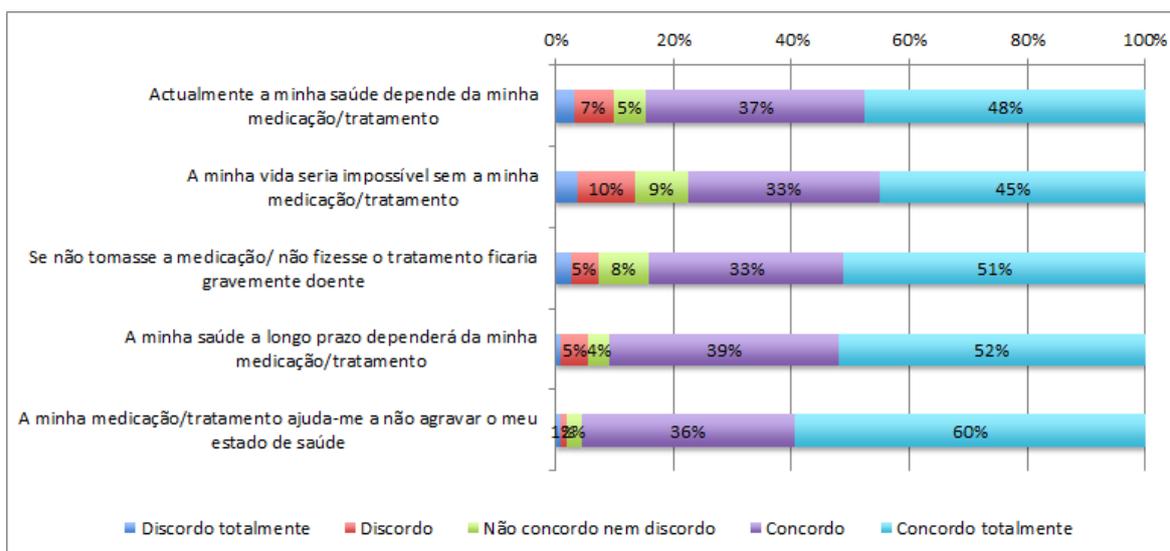


Figura VIII - Relação que os inquiridos têm com a medicação/tratamento prescritos



A grande maioria dos inquiridos concorda plenamente com todas as afirmações apresentadas no que respeita à importância sobre a toma da medicação/tratamento, obtendo resultados que variaram entre 45% e 60% (Figura VIII). Destaca-se ainda assim, que 60% dos participantes valorizam essencialmente o facto de independentemente do tipo de tratamento efetuado, este, os ajuda a não agravarem o seu estado de saúde.

Cerca de um terço dos inquiridos, concorda com as afirmações do questionário existindo alguma unanimidade nas respostas. Ainda assim, a circunstância da saúde destas pessoas estar dependente do esquema terapêutico instituído a longo prazo, é para este grupo da maior importância (39%), traduzindo a ideia consciente do carácter efetivamente prolongado, típico para estas doenças (OMS, 2007). Contudo, e apesar da valorização do propósito dos regimes terapêuticos, tal poderá não ser sinónimo de plena adesão à terapêutica.

A percentagem dos inquiridos que discordam ou não têm opinião, relativamente às afirmações expostas é pouco expressiva ($\leq 10\%$). Ainda assim, 19% dos inquiridos considera que as suas vidas seriam possíveis sem o tratamento que lhes foi prescrito. Ignoram portanto, que o controlo das suas doenças passa pelo cumprimento do plano terapêutico proposto, não se importando com a alta probabilidade de ocorrência de agudizações da doença, com consequências diretas na sua saúde a curto ou a longo prazo e gastos acrescidos nos internamentos que têm naturalmente risco acrescido no aumento de infeções associadas a cuidados de saúde, prevalentes em meio hospitalar. Ou seja, e de forma indireta assumem-se não aderentes à terapêutica. A perceção que o doente tem da sua doença pode ajudar a justificar este resultado (19%), uma vez que este pode não acreditar no tratamento que lhe foi proposto ou estar preocupado com efeitos secundários da medicação/tratamento (GOLD, 2014; Price *et al.*, 2010).

A avaliação da adesão da pessoa com doença respiratória crónica relativamente ao seguimento das instruções do médico face à medicação-tratamentos propostos, refletiu uma franca adesão à terapêutica prescrita em 72% dos inquiridos (Quadro III). Esta dimensão de resultados está ligeiramente acima do que é referido pela OMS (2003) – (50%) relativamente ao uso continuado de medicação e outros tratamentos complementares (ventiloterapia e/ou oxigenioterapia), bem como por exemplo, no estudo de Restrepo *et al.* (2008) sobre a adesão à terapêutica em doentes com DPOC (que se situou sensivelmente entre os 40% e 60%). Em contra-partida, este valor de adesão à terapêutica está aquém do que se verificou na investigação desenvolvida por Cabral e Siva (2010) em conjunto com a Apifarma que foi de 88%.

Por outro lado, e tendo em conta a grande percentagem de participantes a assumirem-se como aderentes, não é de todo descabido pensar-se, se porventura alguma vez este grupo

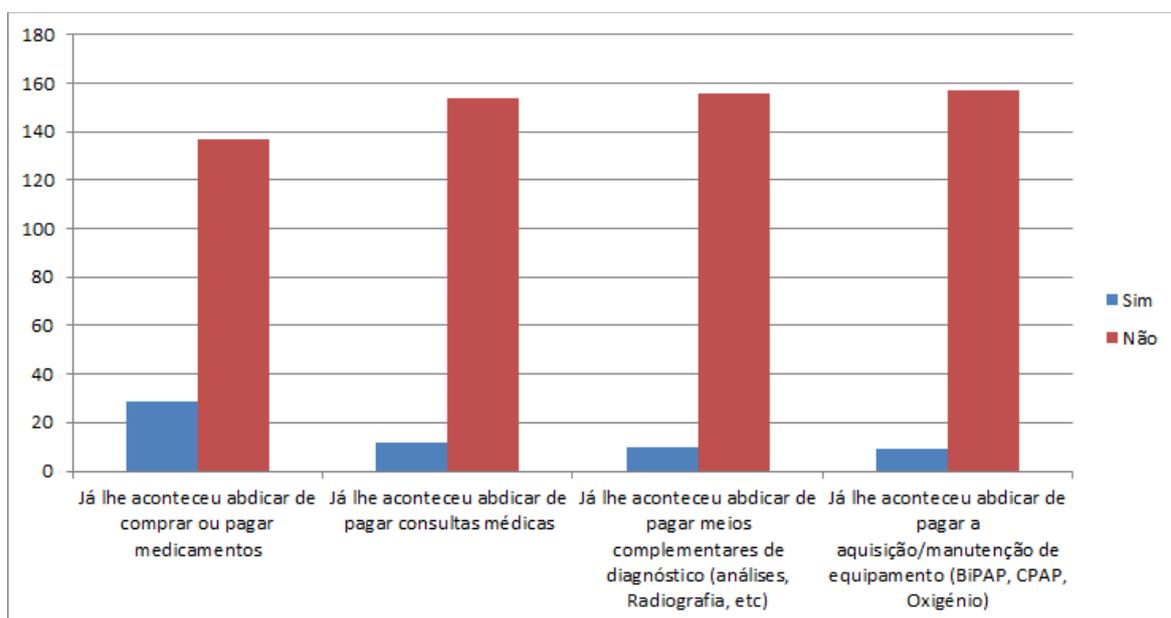
de pessoas deixou de cumprir com o plano terapêutico proposto, de forma intencional ou não intencional.

Quadro III - Cumprimento das instruções do médico relativamente à forma como deve tomar os medicamentos e/ou fazer o tratamento prescritos

	N	%
Nunca sigo	0	0%
Raramente sigo	2	1%
Sigo às vezes	10	6%
Sigo muitas vezes	34	20%
Sigo sempre	120	72%
Total	166	100%

Tendo presente que outro dos objetivos para este estudo era compreender em que medida o fator financeiro interferia na adesão à terapêutica, verificou-se, que independentemente do tipo de medicação/tratamento prescritos, a maioria dos participantes responderam negativamente ao facto de haver constrangimentos económicos perante a aquisição e/ou compra de medicamentos/equipamentos e realização de meios complementares de diagnóstico (Figura IX).

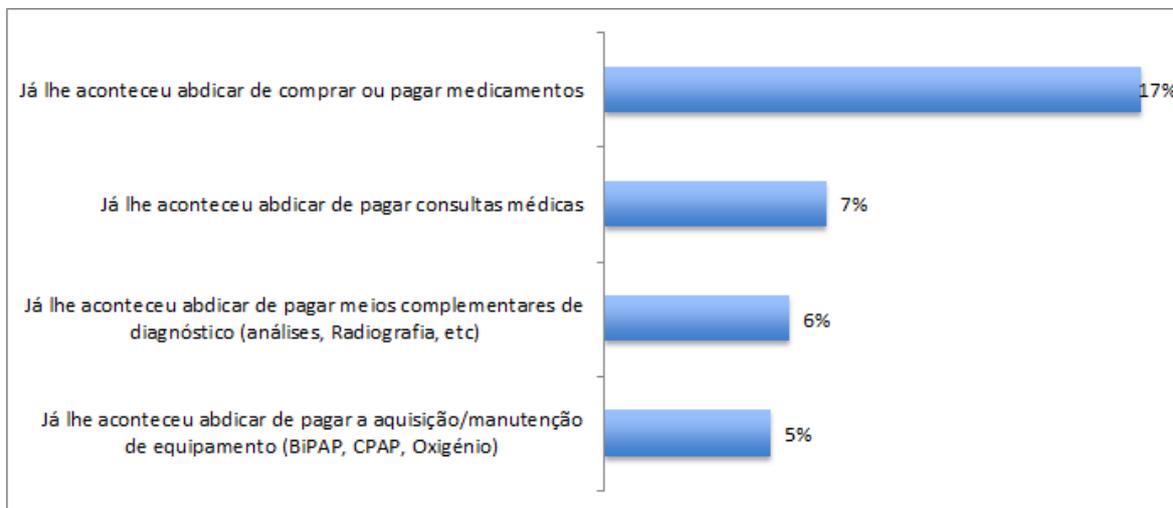
Figura IX – Influência financeira na compra ou pagamento do tratamento prescrito



Porém, para aqueles participantes cujo fator económico influenciou as suas decisões face às prescrições farmacológicas e não farmacológicas ou se eventualmente tenham deixado de utilizar algum recurso de saúde, por não poderem comportar os custos, constatou-se que

a situação mais frequentemente ocorrida é a falta de dinheiro para pagar os medicamentos (17%) – (Figura X).

Figura X - Influência financeira na compra ou pagamento do tratamento prescrito



As informações da DGS referenciadas no documento “Portugal, Doenças Respiratórias em Numeros” (Bárbara e Gomes, 2013) sobre os encargos do SNS respeitantes aos medicamentos específicos para o grupo das doenças do aparelho respiratório evidencia, uma crescente subida sendo no ano de 2011 de 6% do total das despesas do SNS. Do lado do consumidor doente, denotou-se igualmente um aumento na despesa com medicamentos sendo por exemplo, o custo de uma embalagem de um medicamento antiasmático ou broncodilatador usualmente prescrito para as doenças respiratórias crónicas como a DPOC ou a Asma de 16,55 Euros em 2007, tendo-se constatando um acréscimo de 4,41 Euros em 2011 (Bárbara e Gomes, 2013).

Apesar de para qualquer grupo farmacológico para o tratamento das doenças respiratórias crónicas (broncodilatadores do grupo dos beta 2, anticolinérgicos de curta ação e corticosteróides) a quantidade de medicamentos prescritos ter diminuído entre os anos de 2011 e 2012, e embora tal não seja sinónimo de menores vendas, o facto é que esta situação se traduz em menor despesa no orçamento familiar de cada doente, como resultado da introdução no mercado livre de genéricos com consequente diminuição do preço dos medicamentos e talvez maior probabilidade de adesão aos esquemas terapêuticos (Bárbara e Gomes, 2013).

É importante referenciar também que 18% dos inquiridos, menciona que teve dificuldade em comportar os custos de consultas médicas ou meios complementares de diagnóstico ou equipamentos para realização de CPAP e Oxigenioterapia. Esta constatação, não é mais do que o espelho mais que provável do aumento recente das taxas moderadoras e da limitação feita aos regimes de isenção. Assim, poder-se-á afirmar que os doentes são não aderentes, não só aos tratamentos prescritos como também a toda a panóplia de condições inerentes ao tratamento proposto.

Habitualmente é o Serviço Nacional de Saúde que suporta todos os encargos respeitantes à aquisição/manutenção do equipamento de ventiloterapia/oxigenioterapia com a exceção dos doentes pertencentes ao regime de sub-sistema da ADSE, para o qual existe um reembolso *à posteriori*, mas onde são igualmente asseguradas as despesas.

4.4. Motivos de não adesão à terapêutica

Foram analisados 34 motivos de não adesão à terapêutica. Através de uma análise de componentes principais (Anexo V) conclui-se que estes motivos se agregam em 8 dimensões principais (aproximadamente 62% da variância total), a saber:

- excesso de tomas/medicamentos e efeitos secundários,
- dificuldade de adaptar as tomas à rotina e estilo de vida,
- dúvida na eficácia,
- perceção do estado de saúde,
- horário das tomas,
- esquecimento,
- desconhecimento das consequências da não adesão,
- evitar misturar com outras substâncias/não gostar de tomar.

Os preditores relacionados com a terapêutica e o tratamento prescrito para as doenças respiratórias crónicas abarcam uma série de elementos que impedem a completa adesão à terapêutica, e que são neste estudo, os mais apontados.

O excesso de tomas de medicamentos bem como os efeitos secundários, assumem 28,2% da variância explicada, e encontram-se entre os preditores mais frequentes neste fenómeno da não adesão à terapêutica, envoltos muito provavelmente em esquemas terapêuticos

complexos (Haynes *et al.*, 2008; Barbosa *et al.*, 2012). Num estudo de McGinnis *et al.*, 2007 citado por Casula *et al.* (2012), os efeitos adversos foram os mais referidos pelos participantes neste estudo, como sendo uma das principais barreiras ao cumprimento do esquema terapêutico.

Entre os inquiridos é claramente sentida uma dificuldade na adaptação da terapêutica e dos tratamentos instituídos com a rotina e o estilo de vida pessoal, com uma variância explicada de 7,4%. Esta situação relacionar-se-á, com o rigor necessário às diversas administrações de inaladores frequentes ao longo do dia, especialmente em alturas de crise e à indispensável realização de oxigenoterapia e/ou ventiloterapia que em termos psicológicos, pode afetar a adesão completa do plano terapêutico instituído, nomeadamente por ter vergonha de fazer o tratamento em público. Esta situação é documentada no estudo desenvolvido por Bregnballe *et al.* (2011), onde a falta de vontade em fazer a medicação em público pelos participantes, se assume como uma barreira determinante na não adesão à terapêutica.

Outra barreira da não adesão à terapêutica neste estudo, e que explica 6% da variância, foi a dúvida na eficácia da medicação/tratamento prescrito. Nesta circunstância, há que realçar o facto de que os doentes respiratórios crónicos, apesar de reconhecerem os tratamentos como importantes e necessários, como não sentem de imediato um efeito negativo do seu incumprimento, consideram que estes, não são permanentemente necessários para a gestão da sua doença (Barnestein-Fonseca *et al.*, 2011).

A perceção do estado de saúde dos inquiridos foi também referida neste estudo como fator de não adesão à terapêutica, explicando 5% da variância. Se a pessoa não se sentir realmente doente, derivado à ausência de sintomas por períodos mais ou menos alargados de tempo ou pelo sentimento negativo face à medicação, pode descontinuar o seu plano de tratamento, tal como é ilustrado nos estudos de Chambers *et al.*, (1999) e Vicki *et al.*, (2010), em que a incerteza acerca dos benefícios da terapêutica prescrita, e o facto de a pessoa se sentir bem, se constituem como preditores ao não cumprimento da terapêutica prescrita.

O horário das tomas da medicação e/ou do tratamento prescrito (oxigenoterapia, ventiloterapia, reabilitação funcional respiratória) - 4,6% da variância-, constituem-se

também como um obstáculo à adesão à terapêutica, talvez por não ser o mais ajustado no seu quotidiano e porque o médico não adaptou o regime terapêutico tendo em conta as próprias limitações do doente. Perante esta realidade, os doentes tendem a não cumprir com a toma da medicação e ou realizar o tratamento na hora certa, alterando os tempos da medicação previstos, se tal não se ajustar realmente à sua rotina diária.

Poderão eventualmente fazer tomas de medicação noutros horários mais apropriados, o que pode favorecer o risco de aumento ou diminuição da dose recomendada (Jansá *et al.*, 2010).

Com 4% da variância explicada surgem o esquecimento e o desconhecimento das consequências da não adesão à terapêutica. Os idosos pelas limitações cognitivas que lhe são inerentes tendem a esquecer-se com maior facilidade, e se associarmos a este facto, a falta de compreensão face às instruções do tratamento terapêutico, então o seguimento integral do plano terapêutico vai ficar comprometido. O esquecimento é frequentemente mencionado nos estudos sobre esta matéria, particularmente relacionado à insuficiente valorização para a importância que os doentes atribuem ao correto cumprimento do tratamento (Adisa *et al.*, 2009; Jansá *et al.*, 2010; Vicki *et al.*, 2010).

Os doentes não terem conhecimento das possíveis consequências do tratamento prescrito é igualmente referido na literatura, sendo resultado de uma deficiente qualidade na informação transmitida entre o médico e o doente (DiMatteo, 1994).

Finalmente o não gostar de tomar a medicação e/ou fazer o tratamento bem como o evitar misturar com outras substâncias é explicado por 3,4% da variância. O facto de os doentes não gostarem de fazer a medicação prescrita está intimamente relacionado com os riscos que estes assumem relativamente à medicação ou ao tratamento que lhes está associado, tal como é verificado no estudo de Vicki *et al.*, 2010).

4.5. Estratégias para evitar a não adesão à terapêutica

Foi igualmente analisado qual o comportamento/ atitude adotado para evitar a não adesão à terapêutica. A maioria dos inquiridos, menciona que falar com o médico é uma estratégia assumida para evitar a não adesão à terapêutica (90%), o que vai de encontro com os resultados do estudo de Cabral e Silva (2010) - (Figura XI). Reforça também a forte e

estreita associação entre adesão à terapêutica e a comunicação médico-doente aflorada na meta-análise realizada por Zolnierek e DiMatteo (2009), e que é, de facto importante para a verbalização de medos, preocupações, esclarecimentos por parte do doente face ao plano terapêutico recomendado (Brown e Bussel, 2011).

Figura XI - Ações adotadas pelos inquiridos para evitar a não adesão à terapêutica



É importante salientar também, que atitudes como ajustar o tratamento à rotina diária e o falar com outros profissionais de saúde apresentam igualmente percentagens significativas (72% e 68%, respetivamente). Associar a realização dos inaladores ou a toma da medicação a atividades de rotina, é uma técnica que se tem revelado bastante eficaz no cumprimento dos regimes terapêuticos (Bourbeau e Bartlett, 2008).

Um pouco mais de metade dos participantes no estudo (55%) admite pedir ao médico para ajustar o seu plano terapêutico (Restrepo, 2008; Brown e Bussel, 2011).

Apesar de na população mais idosa não ser consensual a taxa de adesão à terapêutica (para alguns estudos os mais velhos são mais aderentes, enquanto para outros estudos a não adesão à terapêutica é mais sentida em grupos etários elevados), é amplamente reconhecido que esta população naturalmente pela diminuição das suas capacidades cognitivas é mais propícia à não compreensão das instruções dadas, daí a importância da forma escrita do que deverá tomar ou fazer no âmbito do esquema terapêutico, apontada por 53% da amostra (Bourbeau e Bartlett, 2008).

Por outro lado, os participantes reportaram também a forma de não se esquecerem de cumprir o plano terapêutico (Figura XII). Assim, 64% dos inquiridos referem que

habitualmente associam a toma da medicação e/ou realizam o tratamento (ventiloterapia, oxigenoterapia) a ocasiões de rotina diária (às refeições, ou lavagem dos dentes) tal como é referido no estudo de Bourbeau e Bartlett (2008).

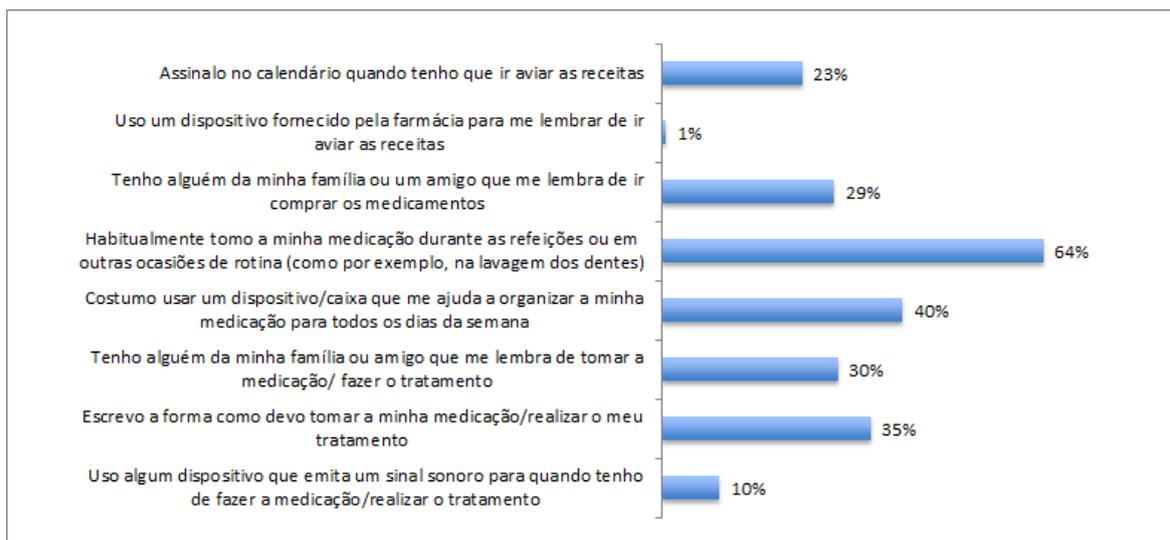
Relativamente à toma de medicamentos propriamente dita, a opção de utilizar um dispositivo/caixa organizadora é claramente preferida pelos participantes (40%), tal como enuncia o estudo de Ito *et al.* (2012), que baseado no modelo de Markov apresenta o “*polypill*” (dispensador onde se agrupa toda a medicação referente a uma mesma condição de doença), como uma intervenção custo-efetiva a ponderar na melhoria da adesão à terapêutica (Burnham, 2013).

Com valores bastante próximos encontram-se os métodos de escrever como deve tomar a medicação e/ou realizar o tratamento (35%), evitando o esquecimento e que vai em linha de conta com o que é preconizado nas recomendações da Fundação Portuguesa do Pulmão (2010); ter alguém (familiar ou amigo) que o lembra de cumprir com plano terapêutico proposto (30%), e o relembra para comprar a medicação prescrita (29%), são igualmente estratégias referidas pelos participantes, o que reforça a ideia do papel dos cuidadores no processo de adesão à terapêutica, numa forma de ajuda orientada para o cumprimento do plano terapêutico - *assistance-oriented way* (DiMatteo, 2004).

Ainda relacionado com a medicação, o método de assinalar no calendário a data de aviar as receitas é referido por 23% dos participantes deste estudo, mais uma vez como forma de lembrança para o correto seguimento das orientações farmacológicas dadas.

Perante o exposto, é importante mencionar também que provavelmente alguns dos participantes neste estudo, não usam apenas um método de lembrança da toma da medicação ou realização do tratamento, à semelhança dos participantes estudados por Cohen *et al.* (2012)

Figura XII - Métodos para se lembrar de tomar a medicação/realizar o tratamento prescritos



4.6. Caracterização da relação médico-doente

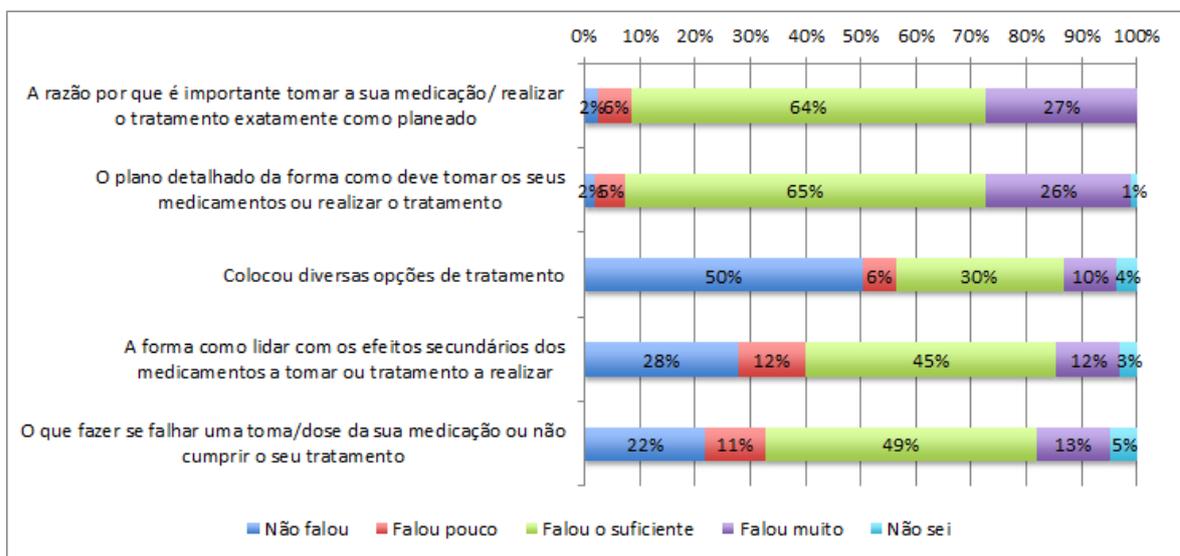
Um determinante fulcral na adesão terapêutica, segundo a OMS (2003), é efetivamente a relação que se estabelece entre o profissional de saúde e o doente, para uma correta transmissão de informação e posterior compreensão objetivando o real cumprimento da terapêutica prescrita. Assim, e no que à conversação com o médico sobre os diversos aspetos da medicação e/ou tratamento a cumprir diz respeito, a generalidade dos participantes, mencionou para todas as afirmações (exceto para a afirmação de colocar diversas opções de tratamento), que o clínico apresentou uma prestação satisfatória, isto é, falou o suficiente (Figura XIII). Esta situação é manifestamente expressiva para o porquê do tratamento (64%) e para a forma como o deve fazer (65%).

É importante que o doente tenha conhecimento das alternativas disponíveis, tanto no início do tratamento como em momentos de alteração de medicação e/ou do tratamento, promovendo assim uma maior compreensão ao doente e consequente melhor adesão. Neste estudo, este aspeto apenas foi apontado por 50% dos inquiridos. Esta situação assume-se algo negativa, pois traduz um comportamento de não integração ativa do doente no processo de adesão terapêutica (DiMatteo, 2012), tal como é preconizado pela maioria dos estudos sobre a matéria, que referem como muito importante a possibilidade de poder falar com o médico bem como o tipo de comunicação que têm com este, como fatores promotores da adesão e para o sucesso no controlo das suas doenças Cohen *et al.* (2012).

Não obstante esta situação, a grandeza deste resultado pode igualmente refletir a forma de atuação do nosso sistema de prestação de cuidados, que ao “exigir” o atendimento avultado de doentes em consulta, impede necessariamente a discussão e a participação do doente, elementos essenciais na relação médico-doente, e que vão limitar o seu potencial comportamento (Makoul, 2001; Brown e Bussel, 2011).

Para uma parte da amostra em estudo, as opções da colocação de diferentes tratamentos, forma como lidar com efeitos adversos ao tratamento e saber o que fazer na falha de toma de medicação ou realização de tratamento, apresentam sempre resultados significativamente desfavoráveis à qualidade da informação comunicada (50%, 28% e 22%) dos inquiridos, respetivamente, afirmam que o médico não abordou estes temas, o que denota a necessidade na melhoria da comunicação profissional de saúde- doente, de uma melhor partilha de informação para uma real aliança terapêutica.

Figura XIII - Em que medida o médico assistente estabeleceu conversação sobre...



Assumir conscientemente a cronicidade de uma doença respiratória é um processo que impõe ao doente uma vontade constante em superar, com altos e baixos, os obstáculos que a continuidade de um plano terapêutico (alteração de estilos de vida, medicação, consultas frequentes, exames periódicos, análises, etc.) envolve. É esperado que os profissionais de saúde, especialmente em consulta, sejam sensíveis, disponíveis e reconheçam os momentos onde estas necessidades se vislumbrem mais ativas.

Neste sentido, solicitou-se aos participantes do estudo para avaliarem o grau de satisfação relativamente aos vários itens que se podem estabelecer durante as consultas de “*follow up*”. Em média, os inquiridos concordam com todas as afirmações apresentadas, sendo essa avaliação mais positiva (concordo totalmente) para as afirmações “trata-o atenciosamente” e “inspira-lhe total confiança”. Os inquiridos concordam menos para as opções de ouvir as suas dificuldades e o ter em conta a sua opinião (Figura XIV e Figura XV).

Todavia, a satisfação mostrou ser mais baixa quando o médico não compreende as dificuldades do doente relativamente à toma da medicação ou à realização do tratamento prescrito bem como não ter tido em conta a opinião do doente.

Assim as opiniões para este estudo são insatisfatórias na incompreensão pela parte médica das dificuldades sentidas pelo doente e na apresentação de diferentes opções de tratamento, sendo precisamente as mesmas que obtiveram avaliação negativa no estudo de Cabral e Silva (2010).

Porém e de uma forma geral, os inquiridos avaliam globalmente a consulta com o seu médico assistente para a sua doença respiratória crónica, com nota positiva.

Figura XIV - Avaliação do grau de concordância pelo doente face aos procedimentos habituais na consulta de “*follow up*”

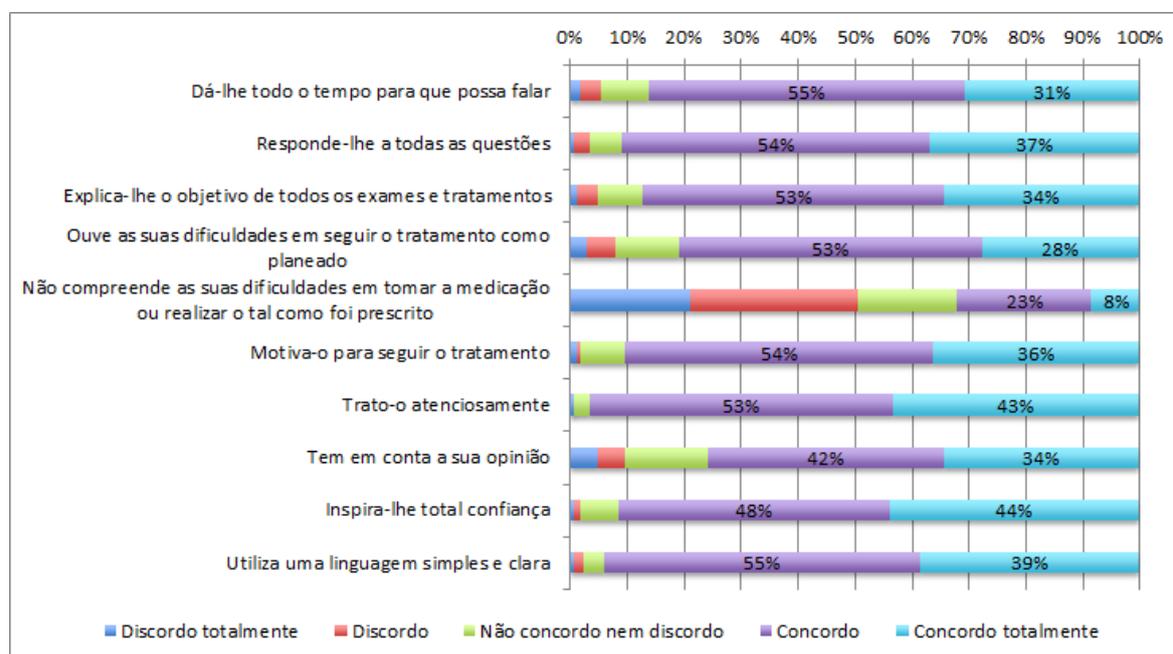
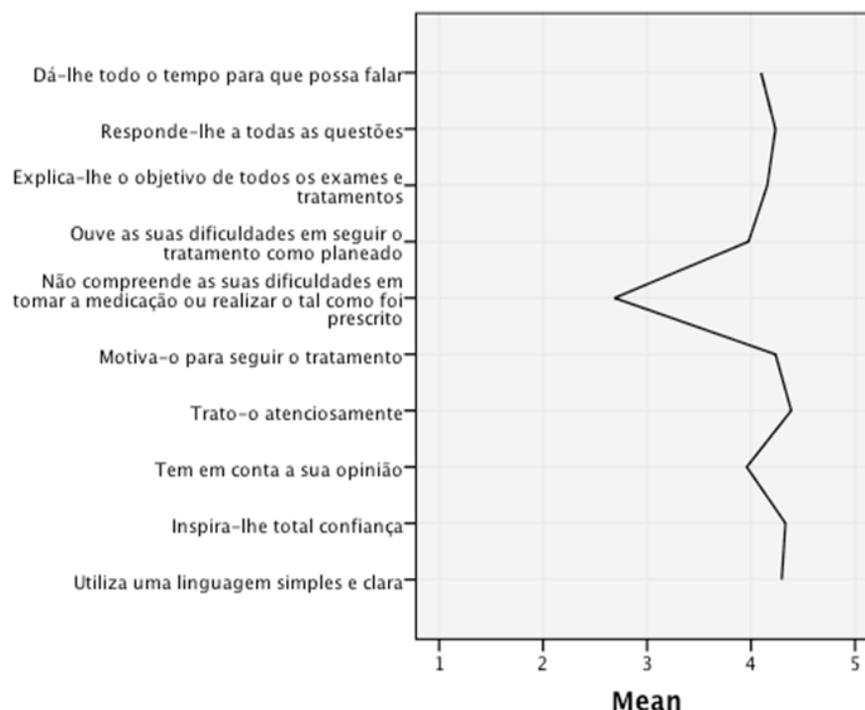


Figura XV - Avaliação do grau de concordância pelo doente face aos procedimentos habituais na consulta de “*follow up*”



A não adesão à terapêutica tem repercussões a vários níveis. É pois importante estimular a motivação do doente e envolvê-lo no seu auto-cuidado por forma a alcançar a melhoria no cumprimento do plano terapêutico proposto. De uma forma geral, este fenómeno é encarado pelo profissional de saúde e pelo doente sob pontos de vista opostos. Habitualmente o prestador de cuidados têm uma noção sobrevalorizada acerca do seguimento que o doente faz à terapêutica prescrita e dificilmente reconhece o que se esconde por detrás desse comportamento não aderente, enquanto os doentes, têm uma perceção generalizada de um não entendimento do valor que o pleno cumprimento da opção terapêutica prescrita assume no controlo da doença respiratória crónica (DiMatteo, 2004).

Apesar desta situação, é unânime a opinião de que os doentes têm nos profissionais de saúde o seu ponto de apoio. Neste sentido, solicitou-se aos participantes do estudo, para expressarem genericamente a sua opinião, face a aspetos de melhoria no cumprimento do tratamento terapêutico proposto, não se focando neles próprios mas na perceção que têm do fenómeno em geral (Figura XVI e Figura XVII).

Figura XVI - Avaliação do grau de concordância da opinião do doente face a alguns aspetos inerentes à adesão terapêutica

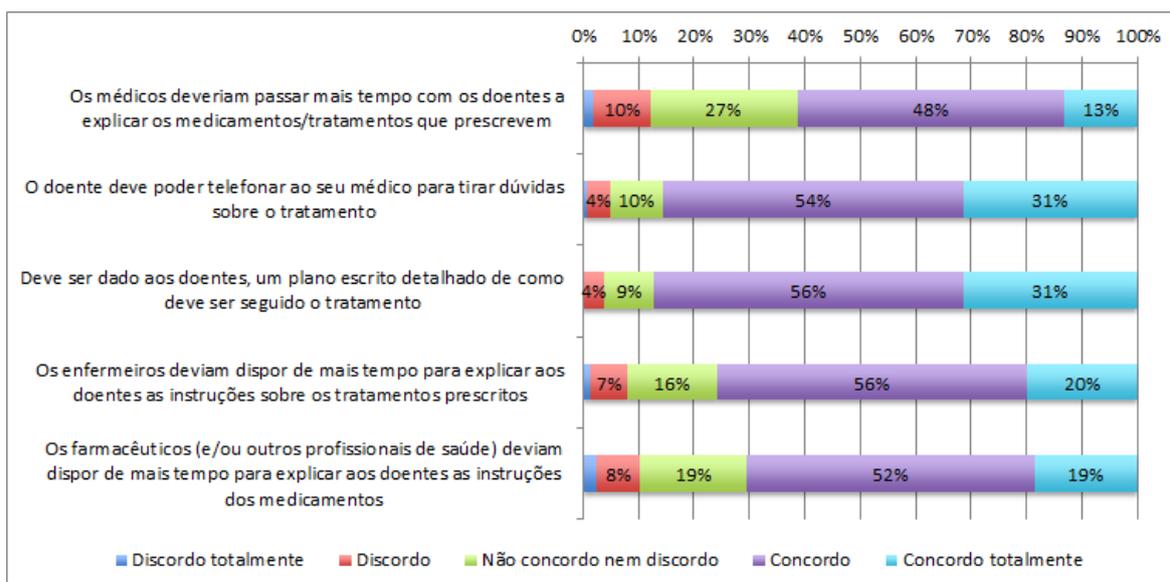
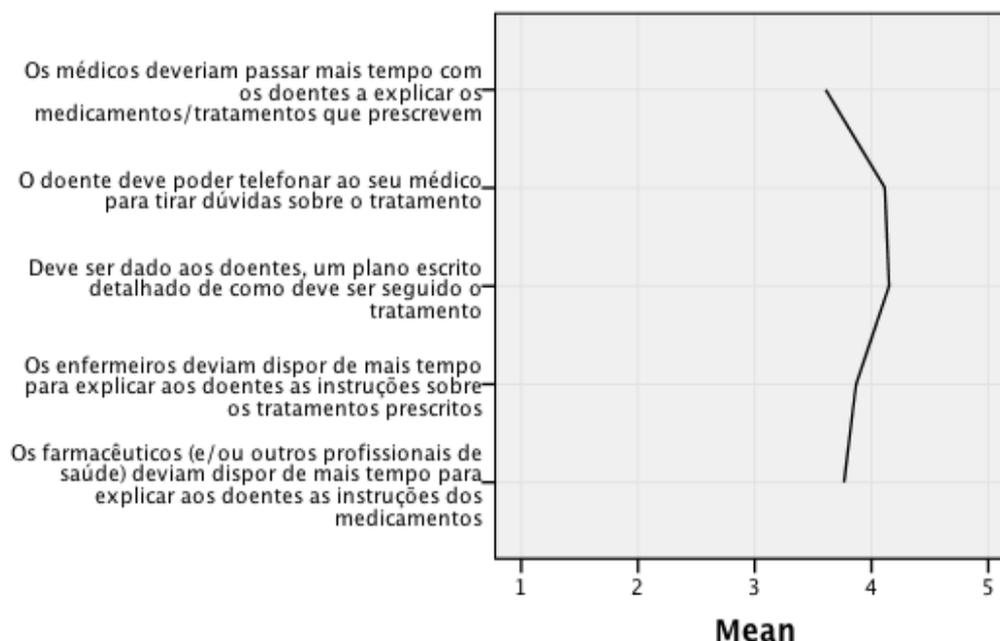


Figura XVII - Avaliação do grau de concordância da opinião do doente face a alguns aspetos inerentes à adesão terapêutica



A grande maioria dos inquiridos concorda com todas as afirmações apresentadas, sendo essa percentagem mais clara, para o facto de o doente poder ter a possibilidade de telefonar ao seu médico para esclarecer as suas dúvidas, refletindo um sentimento de segurança por parte do doente; e também para o plano escrito detalhado da forma como deve seguir o tratamento proposto e que deverá ser sempre disponibilizado a cada doente, e que vai de

encontro com a literatura, assumindo-se efetivamente determinante à melhoria da adesão à terapêutica.

Em média, os participantes concordam menos com a hipótese de os médicos e os farmacêuticos disporem de mais tempo não só para explicarem o que prescrevem como também para explicarem as instruções dos medicamentos, considerando que o tempo que estes profissionais dispensam para este fim, é o necessário.

5. CONCLUSÃO

O cenário que se pretende cada vez mais uma realidade, é do cumprimento integral da medicação, tratamentos e orientações dadas pelos profissionais de saúde, entre as pessoas com doença respiratória crónica. Todavia, e por constrangimentos de variada ordem, a adesão à terapêutica tem-se revelado um fenómeno nacional e internacional crescente, problemático e com consequências sérias no indivíduo, família e sociedade.

Tendo em conta o peso das doenças respiratórias crónicas, os resultados obtidos neste estudo, justificam e vêm confirmar esta situação. A média das idades registadas é de 60 anos de idade, apoiando a ideia de que são efetivamente os homens mais velhos a padecer da cronicidade nas doenças respiratórias crónicas.

Continua a ser a DPOC a doença que mais vidas afeta, apesar de se revelar na sua globalidade controlada em termos clínicos, baseada na diminuição de vendas de um dos medicamentos mais frequentes para o seu tratamento – salbutamol- o que traduz um bom indicador de saúde (Bárbara e Gomes, 2013).

A terapêutica inalatória é o tratamento chave no controlo dos sintomas e na otimização do bem estar geral da pessoa doente, tendo também sido referenciada neste estudo por 78% dos casos em análise, o que reforça precisamente essa tendência. Contudo, não pode deixar-se de salientar que os erros no manuseamento dos dispositivos inalatórios e na execução da técnica persistem, encontram-se na lista do tipo de medicação realizada mais inapropriadamente (Rossi *et al.*, 2007 citado por Restrepo *et al.*, 2008).

Neste estudo, ficou igualmente reforçada a ideia da grande incapacidade das doenças respiratórias crónicas, apontada por mais de um terço da amostra em análise (39%). Ainda assim, a uma grande parte das pessoas classifica o seu estado de saúde atual como razoável (53%), o que pode traduzir nesta realidade concreta um bom controlo das suas doenças respiratórias, justificado pelos comportamentos congruentes ao plano terapêutico traçado, que se apresentou em 72%.

A diminuição dos rendimentos familiares como resultado das políticas de ajustamento económico-financeiras que se fizeram sentir mais acentuadamente a partir do ano de 2012,

obrigou as famílias no geral, e os doentes em particular, a redefinirem prioridades relativamente à sua situação de doença e fazerem uma gestão mais apertada face às suas despesas. Assim, o peso que a questão monetária assume nos orçamentos de cada agregado parece ter uma influência muito positiva, o que poderá determinar a adesão total à terapêutica, a adesão em parte ou mesmo a não adesão, tal como ficou demonstrado no estudo de Brito de Sá, *et al.* (2012), em que no grupo das pessoas que reconhecerem não cumprir o esquema terapêutico por limitações económicas (51%), 84% adiaram a compra da medicação, 46% não a compraram efetivamente, 44% referiu fazer um intervalo maior nas tomas da medicação e 38% declarou ter diminuído a dose. No presente estudo com doentes respiratórios crónicos, apesar de não se excluir as possibilidades evidenciadas para a não adesão à terapêutica total, apenas 35% participantes abdicou de ter comportamentos aderentes ao tratamento previsto.

A adesão à terapêutica é um comportamento que pode derivar em resultados mais ou menos satisfatórios, e como se viu é influenciado por várias barreiras. As principais razões referidas pelos inquiridos para a não adesão à terapêutica ou à não realização do tratamento englobaram: excesso de tomas/medicamentos e efeitos secundários, dificuldade de adaptar as tomas à rotina e estilo de vida, dúvida na eficácia, perceção do estado de saúde, horário das tomas, esquecimento, desconhecimento das consequências da não adesão e evitar misturar com outras substâncias/não gostar de tomar.

Delinear intervenções que visem contornar e minimizar o efeito que estas assumem nos diversos intervenientes no processo é um objetivo transversal a qualquer política de saúde. As soluções que reúnem maior consenso são multidimensionais, e deverão ser adaptadas às necessidades de cada doente, já que não existe uma intervenção igual para todos (Gamble *et al.*, 2009). Assim, e quanto a estratégias facilitadoras do cumprimento do plano terapêutico em doentes respiratórios crónicos encontram-se o falar com o médico para um melhor esclarecimento de dúvidas; ajustar o tratamento à rotina diária do doente, por exemplo o número de horas de ventiloterapia necessárias podem não ser sempre no período noturno podendo ser mais espaçadas ao longo do dia; falar com outros profissionais de saúde como enfermeiros, farmacêuticos; pedir ao médico para que ajuste o seu esquema de medicação, no que respeita à posologia dos medicamentos, quando a situação o possibilite; solicitar que as indicações ao plano terapêutico sejam na forma oral e escrita; fazer uso de

um dispositivo/caixa que o ajude na organização da medicação e associar hábitos/rotinas à sua toma.

Este estudo vai de encontro à literatura sobre o quão importante se assume a relação profissional de saúde, nomeadamente na pessoa do médico, com o doente. De acordo com os inquiridos, é importante que as opções terapêuticas sejam abertamente discutidas de forma ao doente ter uma participação mais ativa no seu processo de adesão à terapêutica. Responder a todas as questões, explicar o objetivo dos exames e tratamentos e utilizar uma linguagem simples e clara são igualmente ações que devem ser postas em prática. Por último, e na opinião dos inquiridos, os doentes deviam poder telefonar ao médico para tirar dúvidas.

Apesar de não se ter um método standard de medição da adesão à terapêutica, seria vantajoso incutir nos profissionais a preocupação com a avaliação deste fenómeno e de forma frequente, para que se possa aferir os desvios e assim reformular novas intervenções.

5.1. Limitações do Estudo

Chegado o final deste estudo, constata-se a existência de algumas limitações, que poderão ter tido alguma influência nas conclusões retiradas. Assim, na avaliação da adesão à terapêutica neste grupo particular de doentes, não se conseguiu aferir se esta, estava na base de um comportamento intencional ou não intencional, o que podia ter elucidado para se implementar diferentes estratégias de intervenção, potenciando a otimização do cumprimento terapêutico.

Além disso, a amostra deste estudo foi por conveniência e portanto não se poderá fazer generalizações dos resultados para a população em geral, apesar da razoável dimensão da amostra (166 indivíduos).

A uma grande parte dos questionários foi preenchida na presença de um entrevistador que foi sempre um profissional de saúde, o que pode ter determinado a veracidade das respostas dadas, pela eventual vergonha em assumir certos comportamentos considerados politicamente incorretos.

Embora existam outros estudos sobre a matéria, nem todos utilizam o mesmo método para medir a adesão à terapêutica, o que pode ser considerado um aspeto menos favorável, uma vez que não se poderão tirar ilações de forma tão coerente para o desenvolvimento de medidas práticas, ainda que sempre ajustadas às necessidades individuais de cada doente.

5.2. Implicações para a Prática

Apesar das limitações apresentadas, considera-se que o estudo tenha contribuído para o conhecimento da situação de alguns doentes respiratórios crónicos em meio urbano. Poderá ser um contributo, mas sugere-se a aplicação do mesmo método de colheita de dados em meio rural, por exemplo, e assim comparar os preditores em ambas as situações e traçar um cenário da não adesão a nível nacional.

Por outro lado, seria importante envolver também outros recursos da comunidade (centros de saúde, farmácias) por forma a cooperarem em estudos futuros e conjuntamente poderem implementar novas medidas de melhoria neste processo.

A implementação de programas informáticos conjuntos entre os vários níveis de prestação de cuidados (hospital, centro de saúde, farmácia), seria uma forma de minimizar possíveis desvios no pleno cumprimento do plano terapêutico proposto, uma vez que seria possível a partilha de informação, validando por exemplo, se as receitas foram efetivamente aviadas na farmácia. É claro que não garantia a efetividade da adesão, apenas daria uma ideia se as receitas prescritas eram realmente aviadas.

É portanto na mudança de comportamentos individuais, na valorização para a importância da adesão à terapêutica pelos doentes que, complementada com políticas de saúde favoráveis à promoção deste fenómeno, se pode traçar um conjunto de soluções de natureza minor (no dia a dia clínico) e major (campanhas publicitárias na sociedade civil) em prol da adesão à terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

- Adisa, R., Alutundu, M. B., Fakeye, T. O. 2009. Factors contributing to nonadherence to oral hypoglycemic medications among ambulatory type 2 diabetes patients in Southwestern Nigeria. *Pharmacy Practice*. 7 (3) : 163-169.
- Adult Medication. 2006. Improving medication adherence in older adults. *American Society on Aging and American Society of Consult Pharmacists Foundation*. http://www.adultmedication.com/downloads/Adult_Medication.pdf
- American Thoracic Society & European Respiratory Society Task Force. 2004. *Standards for the Diagnosis and Management of Patients with COPD*. <http://www.thoracic.org/go/copd>
- Andersén H., Lampela, P., Nevanlinna, A., Säynäjäkangas, O., Keistinen, T. 2013. High hospital burden in overlap syndrome of asthma and COPD. *The Clinical Respiratory Journal* 7: (4) 342-347. • ISSN 1752-6981.
- Antoniu, S. A. 2010. Adherence to inhaled therapy in COPD: effects on survival and exacerbations. *Informa Health Care*. 10 (2): 115–117 doi:10.1586/erp.10.10
- Balbay, O., Annakkaya, A. N., Arbak, P., et al. 2005. Which patients are able to adhere to tuberculosis treatment? A study in a rural area in the northwest part of Turkey. Original article. *Japanese Journal of Infectious Diseases*.58:152–8.
- Balkrishnan, R., Christensen, D. B. 2000. Inhaled Corticosteroid use and associated outcomes in elderly patients with moderate to severe chronic pulmonary disease. *Clinical Therapeutics*. 22 (4): 452-469. [http://www.clinicaltherapeutics.com/ARTICLE/S0149-2918\(00\)89013-X/ABSTRACT](http://www.clinicaltherapeutics.com/ARTICLE/S0149-2918(00)89013-X/ABSTRACT)
- Barat, I., Andreasen, F., Damsgaard, S. 2001. Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 51 (6): 615-622. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0306-5251.2001.01401.x/full>
- Bárbara, C., Gomes, E. M. 2013. *Portugal, Doenças Respiratórias em Números*. Programa Nacional para as Doenças Respiratórias. Direcção Geral da Saúde. ISSN: 2183-0673. <http://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-respiratorias-em-numeros-2013.aspx>
- Barber, N., Safar, A., Franklin, B. D. 2005. Can human error theory explain non-adherence? *Pharmacy World and Science*, 27: 300-304.
- Barbosa, C. D., Balp, M. M., Kulich, K., Germain, N., Rofail, D. 2012. A literature review to explore the link between treatment satisfaction and adherence, compliance, and persistence. *Patient Preference and Adherence*. 6 39–48. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S24752>

- Barnestein-Fonseca, P., Fernández, J. L., Vidal-España, F., Ruiz, A. G., Torres, D. P., Fernández, F. L. 2011. Is it possible to diagnose the therapeutic adherence of patients with COPD in clinical practice? A cohort study. *BMC Pulmonary Medicine*. 11:6. Doi: 10.1186/1471-2466-11-6.
- Bastakoti, S., Saval, K., Bibek, D., Nirmala, T. 2013. Adherence and Non-Adherence to treatments: Focus on Pharmacy Practice in Nepal. 2013. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 7(4): 754-757.
<http://www.researchgate.net/publication/237014965> Adherence and non-adherence to treatments focus on pharmacy practice in Nepal
- Berben, L., Dobbels, F., Engberg, S., N. Hill, M., De Geest, S. 2012. An Ecological Perspective on Medication Adherence. *Western Journal of Nursing Research*. 34 (5) 635–653. [sagepub.com/journalsPermissions.nav](http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav). Doi: 10.1177/0193945911434518
<http://wjn.sagepub.com>
- Bezreh, T., Laws, M. B., Taubin, T., Rifkin, D. E., Wilson, I. B. 2012. Challenges to physician–patient communication about medication use: a window into the skeptical patient’s world. *Patient Preference and Adherence*. 6: 11–18.
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S25971>
- Bitton, A., Choudhry, N., Matlin, O., Swanton, K., Shrank, W. 2013. The Impact of Medication Adherence on Coronary Artery Disease Costs and Outcomes: A Systematic Review. *The American Journal of Medicine*. 126 (4): 357.e7-357.e27.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2012.09.004>
- Booker, R. 2005. Effective communication with the patient. *European Respiratory Review*. 14 (96): 93–96. DOI: 10.1183/09059180.05.00009603
- Borges, M., Gouveia, M., Costa, J., Santos Pinheiro, L., Paulo, S, Vaz Carneiro, A. 2009. Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*. 15 (6): 951-1004.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169718497001>. Consultado em 23 de outubro de 2014.
- Bourbeau, J., Bartlett, S. J. 2008. Patient adherence in COPD. Review. *Thorax*. 63:831–838. doi:10.1136/thx.2007.086041
<http://thorax.bmj.com/content/63/9/831.abstract>
- Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F., et al. 2003. Reduction of hospital utilization in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a disease-specific self-management intervention. *Jama Internal Medicine*. Formerly *Archives Internal Medicine*. 163:585–91. doi:10.1001/archinte.163.5.585.
- Bregnballe, V., Schiøtz, P. O., Boisen, K. A., Pressler, T., & Thastum, M. 2011. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: a

- questionnaire study in young patients and their parents. *Patient preference and adherence*. 5, 507. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S25308>
- Brito de Sá, A., Chin, A., Alves, M., Martins, N., Pedro, C., Ferreira, A., Barbeiro, C., Mota, M. 2012. Influência dos fatores financeiros no cumprimento da medicação. **Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar**. 28:368-74.
 - Brown MT, Bussell JK. 2011. Medication adherence: WHO cares? *Review Mayo Clinic Proceedings*. 86(4):304-314. doi:10.4065/mcp.2010.0575
 - Brown, M T., Sinsky, C. A. 2013. Medication Adherence: We Didn't Ask and They Didn't Tell. Family Practice Management. *American Academy of Family Physicians*. 25-30. www.aafp.org/fpm
 - Bryant, J., McDonald, V. M., Boyes, A., Sanson-Fisher, R., Paul, C., Melville, J. 2013. Improving medication adherence in chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review. *Respiratory Research*. 14:109. <http://respiratory-research.com/content/14/1/109>
 - Buck, D., Jacoby, A., Baker, B. A., Chadwick, D. W. 1997. Factors influencing compliance with antiepileptic drug regimes. *Seizure European Journal of Epilepsy*. 6 (2): 87-93. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1059-1311\(97\)80060-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1059-1311(97)80060-X)
 - Bugalho, A., Carneiro, A. 2004. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência: Faculdade de Medicina de Lisboa. 116. http://www1.ratiopharm.com/apps/temodule_documento/index.cfm?fuseaction=output.filedownload&dlfitoken=0224500374393&lid=93
 - Burnham, T. 2013. Adherence with prescribed medications - An annotated bibliography of publications in 2012. **National electronic Library for Medicines**.
 - Cabral, M. V., Silva, P. A. 2010. *A Adesão à Terapêutica em Portugal: Atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas*. In Simposium da Associação Portuguesa da Indústria Portuguesa – APIFARMA. Lisboa, Centro Cultural de Belém. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. http://www.apifarma.pt/salaimpresa/comunicados/Documents/03%20Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Ades%C3%A3o%20%C3%A0%20Terap%C3%Aautica_final.pdf
 - Carls, G. S., Roebuck, M. C., Brennan, T. A., Slezak, J. A., Matlin, O. S., Gibson, T. B. 2012. Impact of medication adherence on absenteeism and short-term disability for five chronic diseases. *Journal of Occupational Environment Medicine*. 54: 792-805. http://journals.lww.com/JOEM/ABSTRACT/2012/07000/IMPACT_OF_MEDICATION_ADHERENCE_ON_ABSENTEEISM_AND.7.ASPX

- Casula, M., Tragni, E., Catapano, A. L. 2012. Adherence to lipid-lowering treatment: the patient perspective. *Patient preference and adherence*. 6: 805.
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S29092>
- Casaburi, D., ZuWallack, R. 2009. Pulmonary Rehabilitation for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. clinical therapeutics. *New England Journal of Medicine*. 360:1329-13335 DOI: 10.1056/NEJMct0804632
<HTTP://WWW.NEJM.ORG/DOI/FULL/10.1056/NEJMCT0804632>
- Chambers, C. V., Markson, L., Diamond, J. J., Lasch, L., Berger, M. 1999. Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Respiratory Medicine*. 93(2) 88–94.
- Clyne, W., White, S., McLachlan, S. 2012. Developing consensus-based policy solutions for medicines adherence for Europe: a delphi study. *BMC Health Services Research*. 12: 425. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/425>
- Cohen, J., Kathryn, C., Feldman, L. 2012. **Disease Management and Medication Compliance**. Population Health Management. 15, (1): 20-28. Doi: 10.1089/pop.2011.0020.
- Coleman, C. I., Limone, B., Sobieraj, S. D., Lee, S., Roberts, M. S., Kaur, R., Alam, T. 2012. Dosing Frequency and Medication Adherence in Chronic Disease. Subject Review. *Journal of Managed Care Pharmacy*. 18 (7) : 527-39.
<http://europepmc.org/abstract/med/22971206>
- Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A. et al.2008. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in Health*. 11:44-7. Doi: 10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x
- Dalal, A., Christensen, L., Riedel, A. 2010. Direct costs of chronic obstructive pulmonary disease among managed care patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 5: 341–349 Doi: 10.2147/COPD.S13771
- De Bleser, L., Matteson, M., Dobbels, F., Russell, C, De Geest, S. 2009. Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. *Transplant International*. 22: 780–797. doi: 10.1111/j.1432-2277.2009.00881.x
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1432-2277.2009.00881.x/full>
- DeFulio, A., Silverman, K. 2012. The use of incentives to reinforce medication adherence. Review. *Preventive Medicine*. 55 (suplement 1): S86–S94. DOI: 10.1016/j.ypped.2012.04.017
- Department of Health. 2010. New study on medicine waste. United Kingdom.
http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Aboutus/Features/DH_122051

- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A, Castro, S. 2011. Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. **Millenium**. 40: 201-219.
- DiMatteo, M.R. 1994. Enhancing patient adherence to medical recommendations. **JAMA**. 271: 79-83. [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/8258895](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8258895)
- DiMatteo, R.; Chow, M. S. S. 1995. Patient adherence to pharmacotherapy: The importance of effective communication. **Formulary**. 30 (10): 596. 597. http://www.researchgate.net/publication/13145799_Patient_adherence_to_pharmacotherapy_the_importance_of_effective_communication
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. 2000. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. **Archives of internal medicine**. 160 (14): 2101-2107. doi:10.1001/archinte.160.14.2101.
- DiMatteo, M. R. 2004. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Medical Care**. 42 (3): 200–9. ISSN: 0025-7079/04/4203-0200 Doi: 10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9
- DiMatteo, M. R., Haskard, K., William, S. 2007. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: A meta-analysis. **Medical Care**. 45 (6): 521-528. doi:10.1097/MLR.0b013e318032937e.
- DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierek, K. B., Martin, L. R. 2012. Improving patient adherence: a three-factor model to guide practice. **Health Psychology Review**. 6 (1): 74-9 Downloaded by [b-on: Biblioteca do conhecimento online ISCTE] at 23:17 24 January 2014 DOI: 10.1080/17437199.2010.537592
- Direcção Geral da Saúde. 2009. **Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)**. Circular Informativa. N°: 40A/DSPCD. [HTTP://WWW.DGS.PT/DIRECTRIZES-DA-DGS/ORIENTACOES-E-CIRCULARES-INFORMATIVAS/CIRCULAR-INFORMATIVA-N-40ADSPCD-DE-27102009.ASPX](http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-40adspcd-de-27102009.aspx)
- Direcção Geral da Saúde. 2012. **Programa Nacional para as Doenças Respiratórias Orientações Programáticas**. [HTTPS://WWW.GOOGLE.PT/WEBHP?SOURCEID=CHROME-INSTANT&ION=1&ESPV=2&IE=UTF-8#Q=PROGRAMA+NACIONAL+PARA+AS+DOEN%C3%A7AS+RESPIRAT%C3%B3RIAS+](https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=utf-8#q=PROGRAMA+NACIONAL+PARA+AS+DOEN%C3%A7AS+RESPIRAT%C3%B3RIAS)
- Divajeva, D., Marsh, T., Logstrup, S., Kestens, M., Vemer, P., Kriaucioniene, V., Peresson, S., O'Kelly, S., Rito, A., Webber, L. 2014. Economics of chronic diseases protocol: cost-effectiveness modelling and the future burden of non-communicable disease in Europe. **BMC Public Health**. 14: 456 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/456>

- Dolce, J. J., Crisp, C., Manzela, B., Richards, J. M., Hardin, M., Bailey, W. 1991. Medication Adherence Patterns in Chronic Obstrutive Pulmonary Disease. *Chest Journal*. 99 (4): 837-841. doi:10.1378/chest.99.4.837
[HTTP://JOURNAL.PUBLICATIONS.CHESTNET.ORG/ARTICLE.ASPX?ARTICLEID=1063817](http://journal.publications.chestnet.org/article.aspx?articleid=1063817)
- Eaton, T., Young, P., Fergusson, W., Moodie, L., Zeng, I., O’Kane, F., Good, N., Rhodes, L., Poole, P., Kolbe, J. 2009. Does early pulmonary rehabilitation reduce acute health-care utilization in COPD patients admitted with an exacerbation? A randomized controlled study. Original article. *Respirology*. 14: 230–238. doi: 10.1111/j.1440-1843.2008.01418.x
- Elliott, R. A., Ross-Degnan, D., Adams, A. S., Safran, D. G., Soumerai, S. B. 2007. Strategies for Coping in a Complex World: Adherence Behavior Among Older Adults with Chronic Illness. *Journal of General Internal Medicine*. 22 (6): 805-810. Doi: 10.1007/s11606-007-0193-5
- Fallis BA, Dhalla IA, Klemensberg J, Bell CM (2013) Primary Medication Non-Adherence after Discharge from a General Internal Medicine Service. *PLoS One*. 8(5): e61735. doi:10.1371/journal.pone.0061735
- Federman, A. D., Wisnivesky, J. P., Wolf, M. S., Leventhal, H., Halm, E. A. 2010. Inadequate Health Literacy Is Associated With Suboptimal Health Beliefs in Older Asthmatics. ASTHMA IN THE ELDERLY. *Journal of Asthma*. 47: 620–626. ISSN: 0277-0903 print / 1532-4303. Doi: 10.3109/02770901003702816
- Fenerty, S. D., West, C., Davis, S. A., Kaplan, S. G., Feldman, S. R. 2012. The effect of reminder systems on patients’ adherence to treatment. *Patient Prefer Adherence*. 6: 127-135. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S26314>
- Fine, R. N. et al. 2009. Nonadherence Consensus Conference Summary Report. *American Journal of Transplantation*. 9: 35-41.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-6143.2008.02495.x/pdf>
- Fundação Portuguesa do Pulmão. 2010. *Doenças Respiratórias Crônicas em Portugal, Estratégias, Intervenções e Desafios*.
[HTTP://WWW.FUNDACAOPORTUGUESADOPULMAO.ORG/CONSENSOS_E_POSICOES.HTML](http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/consensos_e_posicoes.html)
- Gallagher, R., Warwick, M., Chenoweth, L., Stein-Parbury, J., Milton-Willey, K. 2011. Medication knowledge, adherence and predictors among people with heart failure and chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*. 3: 30–40. Doi: 10.1111/j.1752-9824.2010.01077.x
- Gallefoss, F., Bakke, P. S. 1999. How does patient education and self-management among asthmatics and patients with chronic obstructive pulmonary disease affect medication?. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 160: 2000–2005. doi: 10.1164/ajrccm.160.6.9901028

[HTTP://WWW.ATSJOURNALS.ORG/DOI/ABS/10.1164/AJRCCM.160.6.9901028#.VFVYEDJCFQ4](http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/AJRCCM.160.6.9901028#.VFVYEDJCFQ4)

- Gamble, J., Stevenson, M, McClean, E., Heaney, L. G. 2009. The Prevalence of Nonadherence in Difficult Asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 180 (9): 817-822. DOI: 10.1164/rccm.200902-0166OC
<http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.200902-0166OC#.VFUdJ9JCFQ4>
- Garcia-Aymerich, J., Hernandez, C., Alonso, A., Casas, A., Rodriguez-Roisin, R., Anto, J. M., Roca, J. 2007. Effects of an integrated care intervention on risk factors of COPD readmission. *Respiratory Medicine*. 101:1462–1469.
doi:10.1016/j.rmed.2007.01.012
- Garfield, S., Eliasson, L., Clifford, S., Willson, A., Barber, N. 2012. Developing the Diagnostic Adherence to Medication Scale (the DAMS) for use in clinical practice. *BMC Health Services Research*. 12: 350. Doi: 10.1186/1472-6963-12-350.
- George, J., Kong, D., Stewart, K. 2007. Adherence to disease management programs in patients with COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 2 (3): 253-262. [HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PMC/ARTICLES/PMC2695203](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PMC/ARTICLES/PMC2695203)
- Global Initiative for Asthma (GINA). 2002. *GINA Report - Global Strategy for Asthma Management and Prevention*. <http://www.ginasthma.org>
- Global Initiative for Asthma (GINA). 2014. *Global Strategy for the diagnosis, Management, prevention of chronic obstructive pulmonary disease*. Update.
<http://GINASTHMA.ORG>
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). 2014. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Update.
http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jun11.pdf
- Halpern, R., Baker, C., Su, J., Woodruff, K., et al. 2011. Outcomes associated with initiation of tiotropium or fluticasone/salmeterol in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Preference and Adherence*. 5: 375–388.
[HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PMC/ARTICLES/PMC3150166](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PMC/ARTICLES/PMC3150166)
- Haynes, R. B., Ackloo, E., Sahota, N., McDonald, H.P., Yao, X. 2008. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 2. Art. No.: CD000011. DOI: 10.1002/14651858.CD000011.pub3
- Infarmed. *Monitorização mensal do consumo de medicamentos no ambulatório do SNS*. 2014. Gabinete de estudos e projetos.
www.infarmed.pt/MENSAL/MEDICAMENTOS_AMBULATORIO

- Ito, K., Shrank, W. H., Avorn, J., Patrick, A. R., Brennan, T. A., Antman, E. M. and Choudhry, N. K. 2012. Comparative Cost-Effectiveness of Interventions to Improve Medication Adherence after Myocardial Infarction. *Health Services Research*. 47: 2097–2117. doi: 10.1111/j.1475-6773.2012.01462.x
- Jansà, M., Hernández, C., Vidal, M., Nuñez, M., Bertran, M. J., Sanz, S., Sanz, G. 2010. Multidimensional analysis of treatment adherence in patients with multiple chronic conditions. A cross-sectional study in a tertiary hospital. *Patient education and counseling*, 81 (2): 161-168. doi:10.1016/j.pec.2009.12.012
- Jimmy, B., Jimmy, J. 2011. Patient Medication Adherence: Measures in Daily Practice. Review Article. *Oman Medical Journal*. 26 (3): 155-159. Doi: 10.5001/omj.2011.38.
- Jin, J., Grant, E. S., Vernon, M. S. O., Shu, C. L. 2008. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 4 (1): 269–286.
- Kardas, P., Lewek, P., Matyjaszczyk, M. 2013. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. original research article. *Frontiers in Pharmacology-Pharmaceutical Medicine and Outcomes Research*. 4 (91):1-16
[HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PMC/ARTICLES/PMC3722478](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722478)
- Khdour, M. R., Hawwa, A. F., Kidney, J. C., Smyth, B. M., McElnay, J. C. 2012. Potential risk factors for medication non-adherence in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *European Journal of Clinical Pharmacology*. 68:1365–1373. Doi 10.1007/s00228-012-1279-5
- Klein, J., Gonçalves, A. 2005. A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. *Psico-USF*. 10: (2) (Jul. /Dez., 2005). 113-120.
<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v10n2/v10n2a02.pdf>
- Kripalani, S., Gatti, M. E., Jacobson, T. A. 2010. Association of age, health literacy, and medication management strategies with cardiovascular medication adherence. *Patient Education and Counseling*. 81 (2): 177-181. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.030>
- Kucukarslan, S. N. 2012. A review of published studies of patients' illness perceptions and medication adherence: Lessons learned and future directions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 8 (5): 371–382. DOI: 10.1016/j.sapharm.2011.09.002
- Lareau, S.; Yawn, B. P. 2010. Improving adherence with inhaler therapy in COPD. *International Journal of COPD*. 5: 401–406. DOI: 10.2147/COPD.S14715
- Lehane, E., McCarthy, G. 2009. Medication non-adherence-exploring the conceptual mire. *International Journal of Nursing Practice*; 15: 25–31 DOI: 10.1111/j.1440-172X.2008.01722.x

- Lindsay, J. T., Heaney, L. G. 2013. Nonadherence in difficult asthma – facts, myths, and a time to act. Review. *Patient Preference and Adherence*. 3 (7): 329–336
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S38208>
- Luz, T. C., de Loyola Filho AI, Lima-Costa, M.,F. 2009. Estudo de base populacional da subutilização de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 25 (7): 1578-86.
- Machado, M. M. P. 2009. *Adesão ao regime terapêutico representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros*. Minho: Universidade do Minho.
<http://hdl.handle.net/1822/9372>
- Makoul, G. 2001. Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement – Essay. *Participants in the Bayer–Fetzer Conference on Physician–Patient Communication in Medical Education*. *Academic Medicine – Journal of the Association of American Medical Colleges*. 76 (4): 390-393
[HTTP://JOURNALS.LWW.COM/ACADEMICMEDICINE/ABSTRACT/2001/0400/ESSENTIAL_ELEMENTS_OF_COMMUNICATION_IN_MEDICAL.21.ASPX](http://journals.lww.com/academicmedicine/abstract/2001/0400/essential_elements_of_communication_in_medical.21.aspx)
- Martins, A. P., Ferreira, A. P., Costa, F. A., Cabrita, J. 2006. Como medir (ou não medir) a adesão a terapêutica de erradicação. *Pharmacy Practice*. 4 (2): 88-94.
- McEvoy, R. .D., Pierce, R. J., Hillman, D., Esterma, A., Ellis, E., et al. 2009. Nocturnal non-invasive nasal ventilation in stable hypercapnic COPD: a randomised controlled trial. On behalf of the Australian trial of noninvasive Ventilation in Chronic Airflow Limitation (AVCAL) Study Group. *Thorax*. 64:561–566.
doi:10.1136/thx.2008.108274
- McNally, K. A., Rohan, J., Schluchter, M., et al. 2009. Adherence to combined montelukast and fluticasone treatment in economically disadvantaged African American youth with asthma. *Journal of Asthma*. 46 (9): 921–927.
[HTTP://INFORMAHEALTHCARE.COM/DOI/ABS/10.3109/02770900903229651](http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/02770900903229651)
- Mishra, S., Gioia, D., Childress, S., Barnet, B., Webster, R. 2011. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health & Social Work*. 36 (4): 249-258. doi: 10.1093/hsw/36.4.249
- Morisky, D. E., Green, L. W., Levine, D. M. 1986. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*. 24 (1): 67-74.
http://journals.lww.com/lww-medicalcare/abstract/1986/01000/concurrent_and_predictive_validity_of_a.7.aspx
- Murphy, A. C., Proeschal, A., Brightling, C.E, et al. The relationship between clinical outcomes and medication adherence in difficult-to-control asthma. *Thorax*.
doi:10.1136/thoraxjnl-2011-201096

- National Asthma Council Australia; **Asthma Adherence A Guide for Health Professionals**. 2005.
- National Council on Patient Information and Education. Enhancing Prescription Medicine Adherence. A National Action Plan. 2007. National Council on Patient Information and Education.
- National Heart Foundation of Australia. 2011. Improving adherence in cardiovascular care. Module 2: **Identifying patient's non-adherence**: 20-36.
- NEHI –*Thinking Outside the Pillbox*. 2009. **A System-wide Approach to Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease**. A NEHI Research Brief. Research Brief: Improving Patient Medication Adherence for Chronic Disease. 21p.
- Nici, L., Donner, C., Wouters, E., Zuwallack, R., et al. 2006. Pulmonary Rehabilitation Writing Committee. American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement on Pulmonary Rehabilitation. American Thoracic Society Documents. **American Journal of Respiratory Critical Care Medicine**. 173: 1390–1413. DOI: 10.1164/rccm.200508-1211ST
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. 2012. **A Sociedade, o cidadão e as doenças respiratórias**. Relatório ONDR 2012. Fundação Portuguesa do Pulmão.
- Observatório Nacional das Doenças Respiratórias. 2013. **Prevenir a doença, acompanhar e reabilitar o doente**. Relatório ONDR 2013. Fundação Portuguesa do Pulmão.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 2013. **Relatório de Primavera 2013 – Duas faces da saúde**. Coimbra. 1ª Edição. Mar da Palavra – Edições. ISBN 978-972-8910-64-8 [HTTP://WWW.OBSERVAPORT.ORG/RP2013](http://www.observaport.org/rp2013)
- Omachi, T. A., Sarkar, U., Yelin, E., Blanc, P. D., Katz, p: P. 2012. Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. **Journal of General Internal Medicine**. 28 (1):74–81 Doi: 10.1007/s11606-012-2177-3.
- Organização Mundial de Saúde. 2003. **Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action**. World Health Organization, Geneva. ISBN 92 4 154599 2
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
<https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20de%20Sa%C3%BAde.%202003.%20Adherence%20to%20Long-Term%20Therapies%3A%20Evidence%20for%20Action>.
- Organização Mundial de Saúde. 2006. **Overview: Medication Adherence—Where Are We Today**. Geneva, Switzerland: OMS, 7-16.

- Organização Mundial de Saúde. 2007. Aliança Global contra as Doenças Respiratórias Crônicas (GARD) – *Vigilância global, prevenção e controlo das Doenças Respiratórias Crônicas: uma abordagem integradora*. Centro de Investigação em Saúde Comunitária. http://www.who.int/gard/publications/GARD_Portuguese.pdf
- Organização Mundial de Saúde. 2010. *Global status report on noncommunicable diseases*
- Organização Mundial de Saúde. 2013. *Global Action Plan - for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en
- Organização Mundial de Saúde. 2013. *Global Health Estimates Summary Tables: Projection of deaths by cause, age and sex*. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en
- Osterberg, L., Blaschke, T. 2005. Adherence to Medication - review article drug therapy. *The New England Journal of Medicine*. 353:487-497. <http://www.nclnet.org/sosrx/membersonly/sept21/adherenceNEJM08042005.pdf>
- Páscoa, C., Santos, M. C. 2012. Determinantes de adesão em doentes submetidos a angioplastia transluminal percutânea coronária. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 13 (2): 410 - 432 EISSN - 2182-8407
- Perez, X., Wisnivesky, J. P., Lurslurchachai, L., Kleinman, L. C., Kronish, I. M. 2012. Barriers to adherence to COPD Guidelines among primary care providers. *Respiratory Medicine*. 106 (3): 374–381. doi:10.1016/j.rmed.2011.09.010.
- Plant, P. K., Owen, J. L., Parrott, S., Elliott, M. W. 2003. Cost effectiveness of ward based non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: economic analysis of randomised controlled trial. *The BMJ*. 326: 3 Doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7396.956>
- Price, D., Robertson, A., Bullen, K., Rand, C., Horne, R., Staudinge, H. 2010. Improved adherence with once-daily versus twice-daily dosing of mometasone furoate administered via a dry powder inhaler: a randomized open-label study. *BMC Pulmonary Medicine*. 10:1. doi:10.1186/1471-2466-10-1.
- Qaseem, A., Wilt, T.J., Weinberger, S.E., Hanania, N.A., Criner, G., van der Molen, T., et al: Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the american college of physicians, american college of chest physicians, american thoracic society, and european respiratory society. *Annals Internal Medicine*. 155 (3):179–191. doi:10.7326/0003-4819-155-3-201108020-00008
- Rand, C. S., Nides, M., Cowles, M. K., et al. 1995. Long-term metered-dose inhaler adherence in a clinical trial. The Lung Health Study Research Group. American

Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 152 (2): 580-8.
doi: [10.1164/ajrccm.152.2.7633711](https://doi.org/10.1164/ajrccm.152.2.7633711)

- Rand, C.S. 2005. Patient adherence with COPD therapy. *European Respiratory Review*. 14 (96): 97–101. Doi: 10.1183/09059180.05.00009604 <http://err.ersjournals.com/content/14/96/97.short>
- Restrepo, R. D., Alvarez, M. T., Wittnebel, L. D., Sorenson, H., Wettstein, R., Vines, D. L., Sikkema-Ortiz, J., Gardner, D. D., Wilkins, R. L. 2008. Medication adherence issues in patients treated for COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. 3 (3): 371-384. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/issues/175805>
- Ries, A. L., Bauldoff, G. S., Carlin, B. W., Casaburi, R., Emery, C. F., Mahler, D. A., Make, B., Rochester, C. L., et al. 2007. Pulmonary Rehabilitation: Joint American College of Chest Physicians/American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 131 (5_suppl): 1S–3S. doi: 10.1378/chest.07-0892
- Ringbaek, T. J., Broendum, E., Hemmingsen, L., et al. 2000. Rehabilitation of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Exercise twice a week is not sufficient! *Respiratory Medicine*. 94 (2): 150-154. doi:10.1053/rmed.1999.0704 <http://www.idealibrary.com>
- Roberts, N., Ghiassi, R., Partridge, M. 2008. Health literacy in COPD. Review. *International Journal of COPD*. 3 (4): 499–507. <HTTP://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PMC/ARTICLES/PMC2650589>
- Rolnick, S. J., Pawloski, P. A., Hedblom, B. D., Asche, S. E., Bruzek, R. J. 2013. Patient Characteristics Associated with Medication Adherence. Original Research. *Clinical Medicine & Research*. 11 (2): 54-65 doi:10.3121/cmr.2013.1113 <HTTP://WWW.CLINMEDRES.ORG/CONTENT/EARLY/2013/04/11/CMR.2013.1113.ABSTRACT>
- Roque, B., Branco, E., Caetano, F., Seixas, I, et al. 2014. Ventilação não invasiva – Manual. 1ª edição. Lisboa. ISBN: 978-989-20-4767. Goodfellow, N. A., Almomani, A. B., Hawwa, A. F., McElnay, J. C. Et al. 2013. What the newspapers say about medication adherence: a content analysis. *BMC Public Health*. 13: 909. doi:10.1186/1471-2458-13-909. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/909/>
- Rosas-Salazar, C., Apter, A. J., Canino, G., Celed, J. C. 2012. Health literacy and asthma. 2012 American Academy of Allergy, Asthma & Immunology *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 129 (4): 935-942. doi:10.1016/j.jaci.2012.01.040
- Rycroft, C.E., Lee, A. H., Becker, L. K.. 2012. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease: a literature review. *International Journal of COPD*. 7: 457–494. <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S32330>

- Sackett, D. L., Snow, J. C. 1979. *The magnitude of compliance and noncompliance*. Johns Hopkins University Press. IN Haynes NRB, Taylor DW, Sackett DL, eds. Compliance in Health Care. Baltimore: John Hopkins University Press. 11-22.
- Sedeno, M. F., Nault, D., Hamd, D. H., Bourbeau, J. 2009. A self-management education program including an action plan for acute COPD exacerbations. *COPD: Journal of Chronic Obstrutive Pulmonary Disease*. 6 (5): 352-358. doi:10.1080/15412550903150252
- Smith, A., Krishnan, J. A., Bilderback, A., Riekert, K., Rand, C.S., Bartlett, S.J. 2006. Depressive symptoms and adherence to asthma therapy after hospital discharge. *Chest Journal* .130 (4):1034–1038. Doi: 10.1378/chest.130.4.1034 [HTTP://JOURNAL.PUBLICATIONS.CHESTNET.ORG/ARTICLE.ASPX?ARTICLEID=1084734](http://JOURNAL.PUBLICATIONS.CHESTNET.ORG/ARTICLE.ASPX?ARTICLEID=1084734)
- Stavropoulou, C. 2011. Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Education and Counseling*. 83: 7-13. doi:10.1016/j.pec.2010.04.039 [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(10\)00290-9/abstract](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(10)00290-9/abstract)
- Steiner, J. F. 2012. Rethinking Adherence – Medicine and Public Issues. *American College of Physicians, Annals of Internal Medicine*. 157: 8 580-585 doi:10.7326/0003-4819-157-8-201210160-00013
- Strandbygaard, U., Thomsen, S. F., Backer, V. 2009. A daily SMS reminder increases adherence to asthma treatment: A three-month follow-up study. *Respiratory Medicine*. 104: 166-171. doi:10.1016/j.rmed.2009.10.003 [HTTP://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S0954611109003242](http://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S0954611109003242)
- Suissa, S., Ernst, P., Kezouh, A. 2002. Regular use of inhaled corticosteroids and the long term prevention of hospitalisation for asthma. *Thorax*. 57 (10):880–884. <http://thorax.bmj.com/content/57/10/880.short>
- Svarstad, B. N., Chewning, B. A., Sleath, B. L., Claesson, C. 1999. The brief medication questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling*. 37: 113-124. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(98\)00107-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(98)00107-4)
- Tashkin, D. P. 1995. Multiple dose regimens: Impact on compliance. *Chest*. 107: 176S-182S. Downloaded From: <http://journal.publications.chestnet.org> on 10/26/2014
- Thompson, K., Kulkarni, J., Sergejew, A. 2000. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophrenia Research*. 42 (3): 241-247. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964\(99\)00130-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(99)00130-9)
- Trivedi, R. B., Bryson, C. L., Udris, E., David, H. 2012. The influence of informal caregivers on adherence in COPD patients. *Annals of Behavioral Medicine*. 44 (1):

<http://link.springer.com/article/10.1007/s12160-012-9355-8>

- Turner, J., Wright, E., Mendella, L., Anthonisen, N. 1995. Predictors of patient adherence to long-term home nebulizer therapy for COPD. The IPPB Study Group. Intermittent positive pressure breathing. *Chest Journal*. 108 (2): 394-400. Doi: 10.1378/chest.108.2.394
<HTTP://JOURNAL.PUBLICATIONS.CHESTNET.ORG/ARTICLE.ASPX?ARTICLEID=1068879>
- van Boven, J. F., Tommelein, E., Boussery, K., Mehuys, E., Vegter, S., Brusselle, G. G., Rutten-van Mólken, M., Postma, M. J. 2014. (a).Improving inhaler adherence in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a cost-effectiveness analysis. *Respiratory Research*. 15 (66): 1-11 doi:10.1186/1465-9921-15-66
- van Boven, J. F., Chavannes, N. H., van der Molen, T., Maureen, P. M., van Molken, R., Postma, M. J., Vegter, S. 2014. (b). Clinical and economic impact of nonadherence in COPD: A systematic review. *Respiratory Medicine*. 108 (1): 103 e113
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2013.08.044>
- van Dulmen, S., Sluijs, E., van Dijk, L., de Ridder, D., Heerdink, R., Bensing, J. 2007. **Patient adherence to medical treatment: a review of reviews**. Research article. *BMC Health Services Research*. 2007, 7:55. doi:10.1186/1472-6963-7-55
- van Manen, J. G., Bindels, P.J. E., Dekker, F. W. et al. 2002. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*. 57: 412–416. doi:10.1136/thorax.57.5.412
- Van Steenis, M. N. A., Drieseenaar, J. A., Bensing, J. M., Van Hulten, R., Souverein, P. C., De Smet, V. D., Van Dulmen, A. M. 2014. Relationship between medication beliefs, self-reported and refill adherence, and symptoms in patients with asthma using inhaled corticosteroids. *Patient Preference and Adherence*. 8: 83–91.
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S44185>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., et al. 2001. Patient adherence to treatment: three decades of research A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 26 (5): 331–42.
- Vestbo, J., Hurd, S., Agustí, A., Jones, P., Vogelmeier, C., Anzueto, A., Barnes, P., Fabbri, L., Martinez, F., Nishimura, M., Stockley, R., Sin, D., Rodriguez-Roisin, R. 2013. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 187(4): 347-365 <http://www.atsjournals.org/doi/abs/10.1164/rccm.201204-0596PP#.VFUI29JCFQ4>

- Vicki, F., Sinclair, F., Wang, H., Dailey, D., Hsu, J., Shaber, R. 2010. Patients' perspectives on nonadherence to statin therapy: a focus-group study. *The Permanente Journal*. 14 (1): 4.
- Vlasnik, J. J., Aliotta, S. L., DeLo, B. 2005. Medication Adherence: Factors influencing compliance with prescribed medication plans. *The Case Manager*. 16 (2) 47-51. Doi: 10.1016/j.casemgr.2005.01.009
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D., et al. 2012. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*. ABC Project Team. The British Pharmacological Society. 73: (5) 691-705. Doi: 10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x
- Winck, J. C. 2008. *Oxigenoterapia: a Derradeira Solução*. <http://www.paraquenaolhefalteoar.com/artigo/oxigenoterapia-a-derradeira-solucao>
- Worth, H., Dhein, Y. 2004. Does patient education modify behaviour in the management of COPD?. *Patient Education and Counseling*. 52 (3): 267-270. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991\(03\)00101-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0738-3991(03)00101-0)
- Wurtemberger, G., Hutter, B. O. 2000. Health-related quality of life, psychological adjustment and compliance to treatment in patients on domiciliary liquid oxygen. *Monaldi Arch Chest Dis*. 55: 216–24.
- Zeki, A., Michael, S., Chan, A., Timothy, Albertson, T. E., Louie, S. 2011. The Asthma-COPD Overlap Syndrome: A Common Clinical Problem in the Elderly. Review Article. *Journal of Allergy*. Article ID 861926, 10 pages. doi:10.1155/2011/861926 <HTTP://WWW.HINDAWI.COM/JOURNALS/JA/2011/861926>
- Zolnierek, K. B. H., DiMatteo, M. R. 2009. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care*. 47 (8): 826–834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.

ANEXOS

Anexo I – Definição do processo de adesão

Table 2

Summary of the taxonomy and definitions

Taxonomy	Definition
<i>Adherence to medications</i>	The process by which patients take their medications as prescribed, composed of <i>initiation</i> , <i>implementation</i> and <i>discontinuation</i> . <i>Initiation</i> occurs when the patient takes the first dose of a prescribed medication. <i>Discontinuation</i> occurs when the patient stops taking the prescribed medication, for whatever reason(s). <i>Implementation</i> is the extent to which a patient's actual dosing corresponds to the prescribed dosing regimen, from initiation until the last dose. <i>Persistence</i> is the length of time between initiation and the last dose, which immediately precedes discontinuation.
<i>Management of adherence</i>	The process of monitoring and supporting patients' adherence to medications by health care systems, providers, patients, and their social networks.
<i>Adherence-related sciences</i>	The disciplines that seek understanding of the causes or consequences of differences between prescribed (i.e. intended) and actual exposures to medicines.

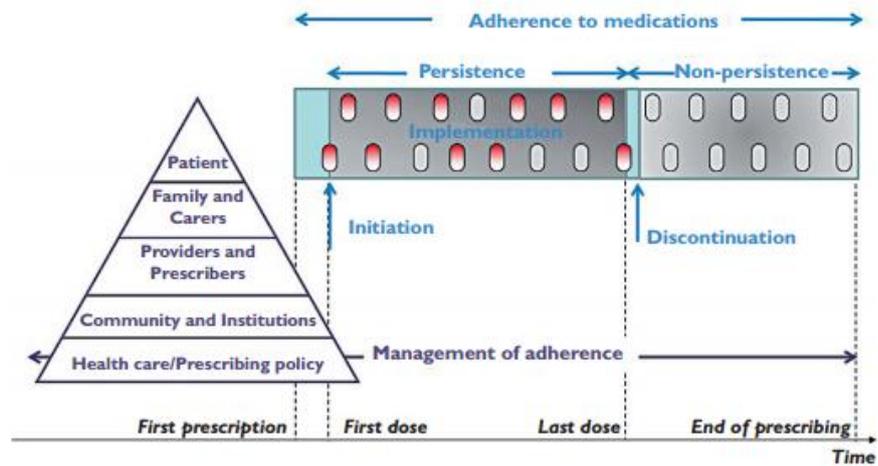


Figure 4

Illustration of the process of adherence to medication (light blue) and the process of management of adherence (dark blue)

Fonte: Vrijens *et al.* (2012)

Anexo II – Consentimento Informado

ISCTE Business School
Instituto Universitário de Lisboa
Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde

Estudo sobre “Adesão Terapêutica em Pessoas com Doença Respiratória Crónica”.

Exmo (a) Senhor(a),

Estamos a desenvolver um estudo sobre a adesão à terapêutica nos doentes respiratórios crónicos em Portugal. Com este estudo pretende-se caracterizar os comportamentos de não adesão à terapêutica nos doentes respiratórios crónicos, perceber o grau de adesão aos medicamentos prescritos bem como identificar os fatores que afetam a adesão, identificar o grau de dificuldade na adesão e verificar que aspetos os doentes valorizam para que possam aderir mais à terapêutica e assim melhorar os resultados em saúde.

Para nos ajudar neste estudo, vínhamos pedir a sua colaboração no preenchimento do questionário que a seguir se apresenta. Caso considere precisar de esclarecimentos adicionais, estamos ao dispor para lhe fornecer todas as informações necessárias.

A sua participação é voluntária e absolutamente confidencial. Todos os dados recolhidos são estritamente confidenciais, segundo o estabelecido na Lei 67/98 de proteção de dados de caráter pessoal. Não será divulgada ou cedida qualquer informação que permita a sua identificação. Todos os registos serão mantidos sob a mais estrita confidencialidade. Só serão registados dados anónimos que serão processados por via eletrónica. Caso deseje participar, deverá assinar o formulário de consentimento informado do doente.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____ (nome e apelidos)

Li a informação que me entregaram.

Compreendi as explicações que me forneceram e tive oportunidade de fazer todas as observações e esclarecer todas as dúvidas.

Também compreendo que, em qualquer momento e sem necessidade de dar qualquer explicação, posso anular o consentimento agora dado.

Portanto, declaro que estou satisfeito com a informação recebida.

E nessas condições autorizo a participação no estudo “Adesão Terapêutica em Pessoas com Doença Respiratória Crónica”.

_____, _____, _____, 2014

Assinatura do Investigador

Assinatura do Doente

Anexo III – Autorização para a colheita de dados

<p>CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE</p>	<p>HOSPITAL DE SANTAMARIA</p>	<p>Hospital Pulido Valente</p>	<p>UNIVERSIDADE DE LISBOA FACULDADE DE MEDICINA</p>
--	-----------------------------------	------------------------------------	---

<p>Presidente Prof. Doutor João Lobo Antunes (CHLN/FML)</p> <p>Vice-Presidente Prof.^a. Doutora Maria Luísa Figueira (FMUL)</p> <p>Membros Dra. Ana Luísa Figueiras (CHLN) Prof. Doutor Carlos Calhaz Jorge (CHLN) Dra. Elisa Pedro (CHLN) Pedro Fernando Sampalo (CHLN) Dra. Graça Nogueira (CHLN) Mestre En.^a. Isabel Côrte-Real (CHLN) Dr. Mário Miguel Roas (CHLN) Prof. Doutor António Barbosa (FMUL) Prof. Doutor António Vaz Carneiro (FMUL) Prof. Doutor João Lavinha (FMUL) Prof. Doutor Manuel Villaverde Cabral (FMUL) Prof. Doutor José Barata Moura (FMUL) Prof.^a. Doutora Maria do Céu Ruffe (FMUL)</p>	<p>Exma. Senhora Enf.^a. Genelarista Marlene Gonçalves Unidade de Cuidados Intensivos Respiratórios Serviço de Pneumologia Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.</p> <p>Lisboa, 2 de Junho de 2014</p>
--	--

Nossa Ref.^a. N^o 218/14

Assunto: Projecto de Investigação "Adesão terapêutica em Pessoas com Doença Respiratória Crónica"

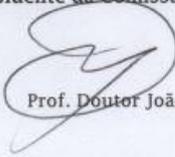
Relator - *Dra. Elisa Pedro*

Pela presente informamos que o projecto citado em epigrafe obteve, na reunião realizada em 22 de Maio de 2014, parecer favorável da Comissão de Ética.

Mais se informa que o referido estudo foi enviado à Sra. Directora Clínica, Prof.^a. Doutora Maria do Céu Machado, a fim de obter a autorização final para a sua realização.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde


Prof. Doutor João Lobo Antunes

<p>COMISSÃO DE ÉTICA CHLN/FML Secretariado: Ana Cristina Pimentel Neves e Patricia Fernandes Tel. - 21 780 54 05; Fax - 21 780 56 90 Av. Professor Egas Moniz 1649-035 LISBOA</p>	<p>www.chln.pt</p>	<p>Alameda das Linhas de Torres, 117 1769-001 LISBOA Tel: 217 548 000 - Fax: 217 548 2</p>
--	--------------------	--



Exma. Senhora
Enf.^a Generalista Marlene Gonçalves
Unidade de Cuidados Intensivos
Respiratórios
Serviço de Pneumologia
Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Ref^o DIRCLN -16JUL2014 - 204

Assunto: Projeto de investigação "Adesão terapêutica em pessoas com Doença Respiratória Crónica"

Tenho o gosto de informar V. Exa. que o estudo em epígrafe foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do CHLN, e autorizado pela Senhora Diretora Clínica - Prof.^a Doutora Maria do Céu Machado a 11 de julho de 2014.

Com os melhores cumprimentos,

A Adjunta da Diretora Clínica

Prof.^a Doutora Cristina Bárbara

/CS

DIRECÇÃO
CLÍNICA

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610

www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215

www.chln.pt



AUTORIZAÇÃO DO DIRECTOR DO SERVIÇO

Para os devidos efeitos se declara que a implementação do projecto de investigação “Adesão Terapêutica em pessoas com Doença Respiratória Crónica” da Dra. Marlene Novais Gonçalves, tem a minha autorização para ser levado a cabo no Serviço de Pneumologia Do Centro Hospitalar Lisboa Norte, em ambos os pólos.

Lisboa, 22 de Abril de 2014

A Directora do Serviço de Pneumologia do CHLN

(Prof.ª Doutora Cristina Bárbara)

SERVIÇO DE
PNEUMOLOGIA

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 000 – Fax: 217 805 610
www.chln.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt



Exma. Senhora
Enfermeira
Marlene Novais Gonçalves
Serviço de D. Pulmonares-UCIR

Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de um questionário a doentes internados nos Serviços de Pneumologia, e em regime de ambulatório, que frequente a Consulta de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, polos HSM e HPV, a realizar no âmbito de um estudo de investigação intitulado "Adesão Terapêutica em Pessoas com Doença Respiratória Crónica"

Vimos por este meio informar que se encontra autorizada a aplicação de um questionário a doentes internados nos Serviços de Pneumologia, e em regime de ambulatório, que frequente a Consulta de Pneumologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, a realizar no âmbito de um estudo de investigação intitulado "Adesão Terapêutica em Pessoas com Doença Respiratória Crónica", integrado no Curso de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde, do Instituto Universitário de Lisboa, ISCTE – Business School.

Os melhores cumprimentos,

CHLN-HSM, 18 de Junho de 2014

A Enfermeira Directora
Catarina Bataca
Catarina Bataca
Enfermeira Directora

/AR

DIRECÇÃO DE
ENFERMAGEM - GFIE

Av. Professor Egas Moniz
1649-035 LISBOA
Tel: 217 805 224 – Fax: 217 805 647
www.chln.pt
dse.gfie@chln.min-saude.pt

Alameda das Linhas de Torres, 117
1769-001 LISBOA
Tel: 217 548 000 – Fax: 217 548 215
www.chln.pt

Anexo IV – Questionário

Questionário

Exmo. Sr. (a),

Sou aluna do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE-IUL e encontro-me a realizar a Tese de Mestrado sobre a adesão à terapêutica nas doenças respiratórias.

De forma a poder concretizar este estudo, e se está a fazer algum tipo de medicação/tratamento para a sua doença respiratória, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

As respostas a este questionário são anónimas e confidenciais.

Para que este estudo seja pertinente e fiel à realidade, solicito que responda com rigor e sinceridade às questões colocadas.

Muito Obrigada

A - Caracterização Sócio-Demográfica

1) Idade _____

2) Sexo

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

3) Escolaridade

Analfabeto	<input type="checkbox"/>
1º Ciclo	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo	<input type="checkbox"/>
Secundário	<input type="checkbox"/>
Superior	<input type="checkbox"/>

4) Situação Profissional

Estudante	<input type="checkbox"/>
Empregado	<input type="checkbox"/>
Desempregado	<input type="checkbox"/>
Baixa médica de longa duração	<input type="checkbox"/>
Reformado	<input type="checkbox"/>

B - Caracterização da Condição de Saúde, no que respeita à sua doença respiratória

1) Qual a sua doença respiratória?

DPOC (Bronquite Crónica ou Enfisema)	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>
Doença do Interstício Pulmonar	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Apneia do Sono	<input type="checkbox"/>
Fibrose Quística	<input type="checkbox"/>
Fibrose Pulmonar	<input type="checkbox"/>
Cancro do Pulmão	<input type="checkbox"/>
Outra	<input type="checkbox"/>

Qual? _____

2) A minha doença respiratória...

Não me impede de fazer nenhuma das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
Impede-me de fazer uma ou duas coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
Impede-me de fazer muitas das coisas que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>
Impede-me de fazer tudo o que eu gostaria de fazer	<input type="checkbox"/>

3) No que respeita à sua doença respiratória, qual o seu estado de saúde atual?

Péssimo	Mau	Razoável	Bom	Excelente	Não sei
<input type="checkbox"/>					

C - Caracterização do tratamento prescrito e adesão à terapêutica, no que respeita à sua doença respiratória

1) Que tipo de tratamento é que usualmente faz para a sua doença respiratória? (indique todos os que se aplicam ao seu caso)

Medicação inalatória ("bombas")	
Medicamentos (Comprimidos, Vacinas, etc)	
Oxigenioterapia (Oxigénio de longa duração)	
Ventilação Não Invasiva (BiPAP, CPAP)	
Reabilitação Respiratória (Ginástica respiratória)	

2) Relativamente à sua relação com a medicação/tratamento, diga numa escala de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente), o seu grau de concordância referente às seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Atualmente, a minha saúde depende da minha medicação/tratamento	1	2	3	4	5
A minha vida seria impossível sem a minha medicação/tratamento	1	2	3	4	5
Se não tomasse a medicação/não fizesse o tratamento ficaria gravemente doente	1	2	3	4	5
A minha saúde a longo prazo dependerá da minha medicação/tratamento	1	2	3	4	5
A minha medicação/tratamento ajuda-me a não agravar o meu estado de saúde	1	2	3	4	5

3) Em que medida segue as instruções do médico relativamente à forma como deve tomar os medicamentos e/ou fazer o tratamento que lhe são prescritos?

Nunca Sigo	Raramente sigo	Sigo às vezes	Sigo muitas vezes	Sigo sempre

4) Já lhe aconteceu abdicar de comprar ou pagar algum tipo de tratamento para a sua doença respiratória por não poder suportar os custos?

	Sim	Não
Medicamentos		
Consulta médica		
Meios complementares de diagnóstico (análises, Raio-X, etc)		
Aquisição/Manutenção de equipamento (BiPAP, CPAP, Oxigénio)		

D - Motivos da não adesão à terapêutica, no que respeita à sua doença respiratória

1) Quais os principais motivos que o levam a si a não tomar os medicamentos ou a fazer o tratamento (BiPAP, CPAP, Oxigénio) exatamente como foi prescrito pelo médico?

	Nunca aconteceu	Aconteceu raramente	Aconteceu algumas vezes	Aconteceu muitas vezes	Não Sei
Esqueço-me de tomar a medicação/fazer o tratamento					
Esqueço-me de comprar a medicação					
Preocupo-me com os efeitos secundários dos medicamentos/tratamento					
Preocupo-me com os efeitos a longo prazo (dependência)					
Tenho demasiados medicamentos para tomar					
Os meus medicamentos/tratamento são difíceis de tomar/fazer					
Sinto-me cansado de tomar a medicação/fazer o tratamento					
Deixo de tomar a medicação/fazer o tratamento quando me sinto melhor					
Decido não tomar a medicação					
Horário das tomas e/ou horário do tratamento não me é conveniente					
Tenho um excessivo número de tomas / horas de tratamento ao dia					
Tenho dificuldade em tomar a medicação de acordo com a prescrição ("às refeições"; "em jejum"; "de 8/8horas"; etc)					
Adormeço antes de tomar a medicação ou realizar o tratamento					
Não gosto de pensar que estou doente					
Não sinto melhoras com a medicação/tratamento (não faz efeito)					
Não quero misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias					
Duvido da eficácia da medicação/tratamento					
Não sinto que os medicamentos/tratamento tenham um benefício a curto prazo					
Preço da medicação					
O meu tratamento é demasiado longo					
Não percebo o que devo tomar e como devo fazer o tratamento					
Não gosto de tomar medicamentos/fazer o tratamento					
Duvido da eficácia da medicação/tratamento					
Não tenho quem me ajude a tomar a medicação/realizar o tratamento					
Tenho dificuldade em moldar o tratamento à minha vida (rotina/ trabalho)					
O tratamento requer que eu tenha que fazer mudanças comportamentais significativas					
O tratamento interfere com o meu estilo de vida					
Sinto-me pior quando tomo os medicamentos/faço o tratamento					
Provoca-me sonolência					
Tomo a medicação/faço o tratamento apenas quando me sinto doente					
Não compreendo a necessidade de tomar a medicação/fazer o tratamento					
Não compreendo/não sei as consequências de não tomar a medicação/fazer o tratamento correctamente					
Tenho vergonha de tomar os medicamentos/fazer o tratamento em público					
Estou deprimido					

E - Estratégias para evitar a não adesão à terapêutica, no que respeita à sua doença respiratória

1) O que costuma fazer quando tem dificuldade em seguir integralmente as indicações dadas pelos profissionais de saúde (médico, enfermeiro, farmacêutico)?

	Sim	Não
Falar com o médico		
Falar com outros profissionais (enfermeiro, farmacêutico)		
Falar com outros doentes		
Ajustar o tratamento à minha rotina diária		
Pedir ao médico que ajuste o meu regime terapêutico		
Pedir ao médico um plano escrito do tratamento a fazer		

2) Habitualmente o que faz para se lembrar de tomar a medicação/realizar o tratamento (BiPAP, CPAP, Oxigénio)?

	Sim	Não
Assinalo no calendário quando tenho que ir aviar as receitas		
Uso um dispositivo fornecido pela farmácia para me lembrar de ir aviar as receitas		
Tenho alguém da minha família ou um amigo que me lembra de ir comprar os medicamentos		
Habitualmente tomo a minha medicação durante as refeições ou em outras ocasiões de rotina (como por exemplo, na lavagem dos dentes)		
Costumo usar um dispositivo/caixa que me ajuda a organizar a minha medicação para todos os dias da semana		
Tenho alguém da minha família ou amigo que me lembra de tomar a medicação/ fazer o tratamento		
Escrevo a forma como devo tomar a minha medicação/realizar o meu tratamento		
Uso algum dispositivo que emita um sinal sonoro para quando tenho de fazer a medicação/realizar o tratamento		

F - Caracterização da relação que tem com o seu médico, no que respeita à sua doença respiratória

1) Quando iniciou o tratamento da sua doença respiratória, ou quando fez alguma alteração na sua medicação/tratamento (BiPAP, CPAP, Oxigénio), em que medida o seu médico conversou consigo sobre...

	Não falou	Falou pouco	Falou o suficiente	Falou muito	Não sei
A razão por que é importante tomar a sua medicação/ realizar o tratamento exatamente como planeado					
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos ou realizar o tratamento					
Colocou diversas opções de tratamento					
A forma como lidar com os efeitos secundários dos medicamentos a tomar ou tratamento a realizar					
O que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação ou não cumprir o seu tratamento					

2) Durante as consultas, o médico que o segue no tratamento para a sua doença respiratória...

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo sem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Dá-lhe todo o tempo para que possa falar					
Responde-lhe a todas as questões					
Explica-lhe o objetivo de todos os exames e tratamentos					
Ouve as suas dificuldades em seguir o tratamento como planeado					
Não compreende as suas dificuldades em tomar a medicação ou realizar o tal como foi prescrito					
Motiva-o para seguir o tratamento					
Trato-o atenciosamente					
Tem em conta a sua opinião					
Inspira-lhe total confiança					
Utiliza uma linguagem simples e clara					

3) Na sua opinião...

	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo sem discordo	Concordo	Concordo totalmente
Os médicos deveriam passar mais tempo com os doentes a explicar os medicamentos/tratamentos que prescrevem					
O doente deve poder telefonar ao seu médico para tirar dúvidas sobre o tratamento					
Deve ser dado aos doentes, um plano escrito detalhado de como deve ser seguido o tratamento					
Os enfermeiros deviam dispor de mais tempo para explicar aos doentes as instruções sobre os tratamentos prescritos					
Os farmacêuticos (e/ou outros profissionais de saúde) deviam dispor de mais tempo para explicar aos doentes as instruções dos medicamentos					

Muito obrigada pela sua colaboração.

Anexo V – Redução de Informação dos dados por Análise de Componentes Principais (ACP- 8cp.spv)

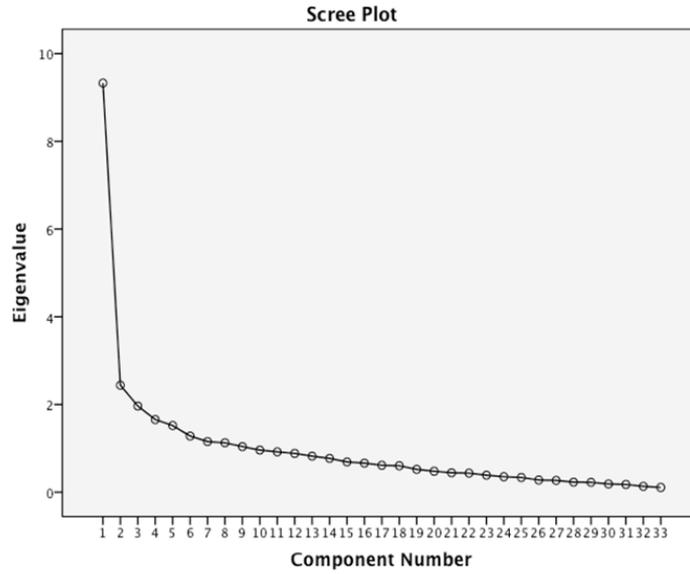
KMO and Bartlett's Test

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		0,806
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2463,758
	df	528
	Sig.	0

Communalities

	Initial	Extraction
Esqueço-me de tomar a medicação /fazer o tratamento	1	0,626
Esqueço-me de comprar a medicação	1	0,541
Preocupo-me com os efeitos secundários dos medicamentos/tratamento	1	0,723
Preocupo-me com os efeitos a longo prazo (dependência)	1	0,649
Tenho demasiados medicamentos para tomar	1	0,705
Os meus medicamentos/tratamento são difíceis de tomar/fazer	1	0,606
Sinto-me cansado de tomar a medicação/fazer o tratamento	1	0,695
Deixo de tomar a medicação/fazer o tratamento quando me sinto melhor	1	0,811
Decido não tomar a medicação	1	0,645
Horário das tomas e/ou horário do tratamento não me é conveniente	1	0,593
Tenho um excessivo número de tomas / horas de tratamento ao dia	1	0,639
Tenho dificuldade em tomar a medicação de acordo com a prescrição(às refeições; em jejum; de 8/8horas; etc)	1	0,606
Adormeço antes de tomar a medicação ou realizar o tratamento	1	0,588
Não gosto de pensar que estou doente	1	0,439
Não sinto melhoras com a medicação/tratamento (não faz efeito)	1	0,529
Não quero misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias	1	0,678
Duvido da eficácia da medicação/tratamento	1	0,659
Não sinto que os medicamentos/tratamento tenham um benefício a curto prazo	1	0,614
Preço da medicação	1	0,559
O meu tratamento é demasiado longo	1	0,662
Não percebo o que devo tomar e como devo fazer o tratamento	1	0,45
Não gosto de tomar medicamentos/fazer o tratamento	1	0,593
Não tenho quem me ajude a tomar a medicação/realizar o tratamento	1	0,592
Tenho dificuldade em moldar o tratamento à minha vida (rotina/ trabalho)	1	0,73
O tratamento requer que eu tenha que fazer mudanças comportamentais significativas	1	0,729
O tratamento interfere com o meu estilo de vida	1	0,699
Sinto-me pior quando tomo os medicamentos/faço o tratamento	1	0,541
Provoca-me sonolência	1	0,445
Tomo a medicação/faço o tratamento apenas quando me sinto doente	1	0,627
Não compreendo a necessidade de tomar a medicação/fazer o tratamento	1	0,742
Não compreendo/não sei as consequências de não tomar a medicação/fazer o tratamento correctamente	1	0,716
Tenho vergonha de tomar os medicamentos/fazer o tratamento em público	1	0,588
Estou deprimido	1	0,449

Extraction Method: Principal Component Analysis.



Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,329	28,269	28,269	9,329	28,269	28,269	3,396	10,292	10,292
2	2,439	7,391	35,66	2,439	7,391	35,66	3,394	10,286	20,578
3	1,965	5,954	41,614	1,965	5,954	41,614	2,858	8,659	29,238
4	1,657	5,021	46,635	1,657	5,021	46,635	2,719	8,24	37,478
5	1,52	4,607	51,242	1,52	4,607	51,242	2,412	7,31	44,787
6	1,281	3,881	55,123	1,281	3,881	55,123	2,016	6,11	50,898
7	1,155	3,499	58,622	1,155	3,499	58,622	1,906	5,774	56,672
8	1,126	3,413	62,035	1,126	3,413	62,035	1,77	5,363	62,035
9	1,04	3,151	65,186						
10	0,961	2,911	68,097						
11	0,92	2,788	70,885						
12	0,885	2,681	73,566						
13	0,822	2,489	76,055						
14	0,772	2,338	78,394						
15	0,69	2,09	80,484						
16	0,664	2,011	82,495						
17	0,613	1,859	84,353						
18	0,603	1,828	86,181						
19	0,52	1,577	87,757						
20	0,478	1,45	89,207						
21	0,443	1,342	90,55						
22	0,435	1,317	91,866						
23	0,388	1,175	93,042						
24	0,353	1,069	94,111						
25	0,335	1,016	95,127						
26	0,278	0,842	95,969						
27	0,269	0,817	96,785						
28	0,23	0,696	97,481						
29	0,224	0,68	98,161						
30	0,187	0,567	98,728						
31	0,176	0,534	99,262						
32	0,135	0,408	99,67						
33	0,109	0,33	100						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix a)								
	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Tenho demasiados medicamentos para tomar	0,751							
O meu tratamento é demasiado longo	0,71							
Preocupo-me com os efeitos a longo prazo (dependência)	0,682							
Preocupo-me com os efeitos secundários dos medicamentos/tratamento	0,62							
Tenho um excessivo número de tomas / horas de tratamento ao dia	0,573							
Sinto-me cansado de tomar a medicação/fazer o tratamento								
O tratamento requer que eu tenha que fazer mudanças comportamentais significativas		0,778						
Tenho dificuldade em moldar o tratamento à minha vida (rotina/ trabalho)		0,7						
O tratamento interfere com o meu estilo de vida		0,686						
Tenho vergonha de tomar os medicamentos/fazer o tratamento em público		0,622						
Não tenho quem me ajude a tomar a medicação/realizar o tratamento								
Estou deprimido								
Deixo de tomar a medicação/fazer o tratamento quando me sinto melhor			0,826					
Tomo a medicação/faço o tratamento apenas quando me sinto doente			0,701					
Esqueço-me de tomar a medicação/fazer o tratamento			0,621					
Decido não tomar a medicação			0,579					
Tenho dificuldade em tomar a medicação de acordo com a prescrição(às refeições; em jejum; de 8/8horas; etc)				0,678				
Horário das tomas e/ou horário do tratamento não me é conveniente				0,544				
Não percebo o que devo tomar e como devo fazer o tratamento				0,502				
Preço da medicação								
Os meus medicamentos/tratamento são difíceis de tomar/fazer								
Duvido da eficácia da medicação/tratamento					0,7			
Não sinto que os medicamentos/tratamento tenham um benefício a curto prazo					0,68			
Não sinto melhoras com a medicação/tratamento (não faz efeito)								
Não gosto de pensar que estou doente								
Esqueço-me de comprar a medicação						0,676		
Adormeço antes de tomar a medicação ou realizar o tratamento						0,588		
Provoca-me sonolência						0,55		
Não compreendo/não sei as consequências de não tomar a medicação/fazer o tratamento correctamente							0,759	
Não compreendo a necessidade de tomar a medicação/fazer o tratamento							0,743	
Sinto-me pior quando tomo os medicamentos/faço o tratamento								
Não quero misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias								0,783
Não gosto de tomar medicamentos/fazer o tratamento								0,625

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a) Rotation converged in 8 iterations.