

**Manuel Villaverde Cabral
Pedro Alcântara da Silva**

A Adesão à Terapêutica em Portugal

**Atitudes e comportamentos
da população portuguesa
perante as prescrições médicas**

Manuel Villaverde Cabral
Pedro Alcântara da Silva

A Adesão à Terapêutica em Portugal

**Atitudes e comportamentos
da população portuguesa
perante as prescrições médicas,
os hábitos de saúde
e o consumo de medicamentos**



Imprensa
de Ciências
Sociais

Imprensa de Ciências Sociais



**Instituto de Ciências Sociais
da Universidade de Lisboa**

Av. Prof. Aníbal de Bettencourt, 9
1600-189 Lisboa- Portugal
Telef. 21 780 47 00 – Fax 21 794 02 74

www.ics.ul.pt/imprensa
E-mail: imprensa@ics.ul.pt

Instituto de Ciências Sociais – Catalogação na Publicação
CABRAL, Manuel Villaverde, 1940-
A adesão à terapêutica em Portugal : atitudes e comportamentos
da população portuguesa perante as prescrições médicas,
os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos /
Manuel Villaverde Cabral e Pedro Alcântara da Silva. –
Lisboa : ICS. Imprensa de Ciências Sociais, 2009. – (Estudos)
ISBN 978-972-671-257-2
CDU 615



Capa e concepção gráfica: João Segurado
Revisão: Soares de Almeida
Impressão e acabamento: Gráfica Manuel Barbosa & Filhos, Lda.
Depósito legal: 306840/10
1.ª edição: Março de 2010

Índice

Apresentação	13
Capítulo 1	
Enquadramento teórico-metodológico	17
A definição do conceito	17
As dificuldades metodológicas do estudo da adesão à terapêutica.	19
A dimensão da falta de adesão à terapêutica	20
Preditores da falta de adesão à terapêutica.....	22
Estratégia metodológica	30
Capítulo 2	
Opiniões sobre o cumprimento das prescrições médicas	33
Motivos extrínsecos para a falta de adesão à terapêutica.	33
Características intrínsecas da terapêutica para a não adesão.....	37
A relação médico-paciente no cumprimento das prescrições médicas.....	40
Atitudes perante o médico, a saúde e a doença.	42
Conhecimento leigo – atitudes perante a saúde e a doença.....	44
Consequências globais da não adesão à terapêutica	46
Função do farmacêutico.....	47
Capítulo 3	
Estado e hábitos de saúde	51
Estado de saúde.....	51
Hábitos de saúde.....	58

Capítulo 4	
Consumo de medicamentos	63
Consumo e prescrição de medicamentos	63
Formato do medicamento	66
Contexto e adequação percebida da prescrição	68
Automedicação	71
Medicamentos naturais	73
Acesso económico	74
Capítulo 5	
Adesão à terapêutica	79
Nível genérico de adesão à terapêutica e por apresentação dos medicamentos	79
Motivos para a falta parcial de adesão à terapêutica	80
Adesão a outras indicações de carácter clínico e sobre hábitos de saúde e estilos de vida	88
Iniciativas ante as dificuldades com o tratamento prescrito	95
Evolução da atenção dada ao tratamento	97
Capítulo 6	
Avaliação da terapêutica	101
Capítulo 7	
Relação entre pacientes, médicos e farmacêuticos	111
A comunicação entre médico e paciente	111
Relação com o médico durante a consulta	118
Relação com o farmacêutico	125
Conclusão	127
Bibliografia	137

Índice de quadros e figuras

Quadros

2.1	Motivos extrínsecos que podem levar as pessoas a não seguir totalmente as indicações dadas pelos médicos	34
2.2	Características dos medicamentos e/ou da terapêutica que podem levar as pessoas a não cumprirem na totalidade as indicações dadas pelos médicos	38
2.3	Principal razão relacionada com a relação médico-paciente que contribui para que as pessoas não cumpram na totalidade as indicações dadas pelos médicos	41
2.4	Formas de levar os doentes a cumprir as indicações dos médicos	42
2.5	Relação com o médico	43
2.6	Doença e saúde	45
2.7	Opiniões sobre a adesão à terapêutica	46
2.8	Consequências globais <i>vs.</i> consequências pessoais (<i>análise factorial em componentes principais – rotação Varimax</i>)	47
2.9	Definição da função de farmacêutico	49
3.1	Avaliação subjectiva do estado de saúde	52
3.2	Avaliação subjectiva do estado de saúde (<i>regressão linear</i>)	52
3.3	Doença ou condição de saúde crónica diagnosticada por um médico (físicas ou psíquicas)	53
3.4	Doença aguda grave ou acidente que tenham requerido assistência médica no último ano	53
3.5	Doença aguda grave resultante de acidente	53
3.6	Doença aguda ligeira que tenha requerido assistência médica nos últimos dois anos	54
3.7	Tipo de situação de doença a que corresponde o preenchimento do questionário	54
3.8	Tipo de doença a que corresponde o preenchimento do questionário	56
3.9	Número médio de idas ao médico no último ano	57

3.10	Na última semana com que frequência lhe aconteceram as seguintes situações	58
3.11	Avaliação do impacto do estilo de vida na saúde	59
3.12	Hábito de fumar	60
3.13	Conversa com o médico sobre os efeitos que o hábito de fumar provoca (ou provocava) na saúde	60
3.14	O que fez perante as indicações do médico para deixar de fumar . . .	60
4.1	Está a tomar ou tomou no último ano algum tipo de medicação com prescrição médica	64
4.2	Quantidade de medicamentos diferentes que tem (ou teve) de tomar por dia (média)	64
4.3	Número de vezes ao dia que tem de tomar medicamentos (média)	64
4.4	Último médico que prescreveu o medicamento	64
4.5	Recurso à mesma farmácia para comprar os medicamentos	65
4.6	No que é que confia mais para perceber como tomar a medicação que lhe é prescrita	65
4.7	Tipo de medicamentos tomados por dia	67
4.8	Dificuldade em tomar os medicamentos prescritos	68
4.9	Prescrição dos medicamentos por um só médico ou por mais do que um	69
4.10	Informações contraditórias de diferentes médicos sobre uma mesma situação de doença	69
4.11	Ocorrência de uma prescrição inadequada relativamente a um tratamento que tenha sido prescrito	70
4.12	Consequência da prescrição inadequada na saúde	70
4.13	Responsável pela prescrição inadequada	70
4.14	Nos últimos cinco anos com que frequência tomou ou usou um medicamento que tenha sido receitado a outra pessoa	72
4.15	Tipo(s) de medicamento(s) que tomou sem receita médica (resposta múltipla)	72
4.16	Quem aconselhou a tomar esse(s) medicamento(s) sem receita médica (resposta múltipla)	73
4.17	Frequência de utilização de produtos naturais	74
4.18	Substituição de medicamentos prescritos por um médico por produtos naturais	74
4.19	Sugestão para a substituição (resposta múltipla)	74

4.20	Abdicação de comprar ou pagar algum dos tratamentos por não poder comportar os custos	75
4.21	Gastos em medicamentos no último mês (média em euros)	77
4.22	Gastos em medicamentos no peso do orçamento familiar	77
5.1	Em que medida segue (seguiu) as instruções do médico relativamente à forma como deve tomar os medicamentos que lhe são prescritos	80
5.2	Frequência com que não toma o medicamento da forma prescrita	81
5.3	Frequência das razões para não tomar os medicamentos exactamente como foram prescritos pelo médico	83
5.4	Razões para não tomar os medicamentos exactamente como foram prescritos pelo médico (<i>análise factorial em componentes principais – Varimax</i>)	88
5.5	Conselhos recebidos do médico	90
5.6	Frequência com que não seguiu os conselhos dados pelo médico	92
5.7	Seguimento das indicações de procedimentos clínicos e indicações sobre hábitos e estilos de vida (<i>análise factorial em componentes principais</i>)	94
5.8	O que costuma fazer quando tem dificuldade em seguir integralmente as indicações médicas (resposta múltipla)	96
5.9	Comparação entre o momento em que começou a fazer o tratamento receitado pelo médico e o dia de hoje	98
5.10	O que gostaria de ter feito, por iniciativa própria, de modo a conseguir cumprir o tratamento de uma forma mais eficaz (duas respostas)	99
6.1	Avaliação do impacto da terapêutica	103
6.2	Avaliação do impacto da terapêutica (<i>análise factorial em componentes principais</i>)	108
6.3	Consequências por não tomar correctamente a medicação	109
6.4	Factor que mais contribui para cumprir o tratamento como foi prescrito pelo médico	110
7.1	Quando iniciou o seu tratamento, ou quando fez alguma alteração na sua medicação, em que medida o médico conversou consigo	112
7.2	Conversa com o médico (<i>análise factorial em componentes principais</i>)	115
7.3	Quem tomou a iniciativa da conversa	116

7.4	Relação com o médico	119
7.5	Relação com o médico durante a consulta (<i>análise factorial em componentes principais</i>)	124
7.6	Frequência com que conversa com o farmacêutico sobre os medicamentos que vai ou já está a tomar	125
7.7	Contribuição da conversa com o farmacêutico para o cumprimento do tratamento como prescrito	126

Figuras

2.1	Agrupamentos dos motivos práticos para a falta de adesão à terapêutica: <i>multidimensional scaling</i> (MDS)	36
2.2	Agrupamentos das características dos medicamentos e/ou da terapêutica que podem levar as pessoas a não cumprirem na totalidade as indicações dadas pelos médicos: <i>multidimensional scaling</i> (MDS)	39

Apresentação

Neste livro procurámos sintetizar os resultados de uma pesquisa complexa, situada no limite entre a sociologia da saúde e a psicologia da doença: os determinantes da adesão individual às prescrições médicas e, em especial, à terapêutica medicamentosa. Duas abordagens são consideradas. Por um lado, as normas e as atitudes sociais face à saúde em geral e à adesão à terapêutica em particular. Por outro, bem diverso, a vivência da doença, a experiência da cronicidade e da dor e as situações terminais.

Assim, procurámos ligar num só discurso descritivo e interpretativo toda uma gama de diferentes dimensões, como os atributos sociais dos inquiridos; as relações que estes mantêm, quando doentes, com os profissionais de saúde; as suas atitudes genéricas sobre a adesão à terapêutica e, finalmente, os seus comportamentos concretos, conforme a natureza das doenças que os afectam – comuns, agudas ou crónicas. Tanto quanto pudemos verificar, não existem, internacionalmente, estudos de base empírica tão abrangentes como este quanto às temáticas envolvidas; também não identificámos estudos nacionais ou internacionais que tenham adoptado a nossa estratégia metodológica, que apresentaremos mais à frente como conclusão ao capítulo de enquadramento teórico-metodológico. Privilegiou-se, pois, a abrangência, em detrimento nomeadamente do aprofundamento de determinadas doenças.

O estudo foi patrocinado pela APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica – na sequência do nosso trabalho anterior sobre as atitudes e comportamentos da população portuguesa ante o Sistema Nacional de Saúde (Cabral, Silva e Mendes 2002), o qual foi recentemente repetido por solicitação do Ministério da Saúde (Cabral e Silva 2009). Não é de mais lembrar quão gratos estamos a estas instituições pelas oportunidades que nos proporcionaram de produzir pesquisas ori-

ginais e, em princípio, úteis para a tomada de decisões no campo das políticas de saúde.

Apesar da sua enorme relevância para a saúde individual e pública, bem como para a economia nacional, a verdade é que o tema da adesão à terapêutica é extremamente técnico, difícil de captar e interpretar com os métodos e técnicas habituais da sociologia, e por conseguinte também pouco susceptível de atrair a atenção do grande público. Mau-grado a tecnicidade da problemática, fizemos tudo o que estava ao nosso alcance para tornar o livro acessível ao público especializado, em particular aos profissionais de saúde e da comunicação social, bem como aos nossos colegas das ciências sociais.

Assim, não só nos empenhámos em caracterizar sistematicamente – do ponto de vista demográfico, sociológico e económico – os determinantes das atitudes e comportamentos individuais ante a adesão à terapêutica, segundo o estado de saúde dos inquiridos, como nos foi possível analisar também os efeitos das relações de poder que habitualmente se estabelecem entre os profissionais de saúde e os doentes. Com efeito, na ausência de uma negociação susceptível de ultrapassar a sua tradicional assimetria, as relações médico-paciente podem gerar e geram frequentemente resistências, mais ou menos verbalizadas pelos doentes, ao cumprimento parcial ou total de algumas ou todas as prescrições médicas.

Tentámos ainda oferecer, na conclusão, algumas indicações susceptíveis de contribuir para a melhoria da adesão à terapêutica. A este nível, para além das dimensões mais frequentemente referidas na literatura técnica acerca das formas práticas de levar os doentes a cumprirem as prescrições médicas, destacamos sobretudo duas outras dimensões: do lado dos profissionais de saúde, a necessidade de se assumir plenamente o treino para a comunicação nos seus currículos académicos, com vista a ultrapassar práticas tradicionais dos técnicos e estereótipos acerca dos pacientes; do lado destes últimos, o desenvolvimento das redes formais e informais de apoio aos doentes crónicos, com o eventual suporte dos serviços de saúde, orientando essas redes para o apoio à adesão à terapêutica, segundo a tipologia das doenças, tanto do ponto de vista motivacional como económico.

Resta-nos agradecer muito sinceramente os incentivos e a colaboração intelectual e técnica que recebemos ao longo do nosso trabalho. Desde logo, aos responsáveis da APIFARMA, nomeadamente o Dr. João Almeida Lopes, presidente da Associação, e a Dr.^a Isabel Saraiva, então directora do Centro de Estudos da Industria Farmacêutica, bem como a sua equipa, constituída pelos Mestres Miriam Luz e Vítor Silveira, e ainda

o Dr. José Almeida Bastos, director do Laboratório Merck-Sharp & Dohme, que acompanharam de perto a fase crucial da concepção metodológica do projecto. Agradecemos ainda o apoio do Dr. Rui Santos Ivo, director executivo da APIFARMA, na fase ulterior do trabalho até à sua conclusão com este livro.

Cumpre-nos também agradecer a leitura e os comentários da Professora Leonor Parreira e dos Professores João Lobo Antunes e António Vaz Carneiro, da Faculdade de Medicina de Lisboa, assim como da Professora Luísa Barros, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

É-nos grato, por outro lado, reconhecer a competência e profissionalismo dos responsáveis da MOTIVAÇÃO, empresa que se encarregou da organização e análise dos *focus groups* que antecederam a elaboração do questionário, assegurando posteriormente a sua aplicação no terreno. Ficamos pois gratos à Dr.^a Maria José Paixão, directora da empresa, bem como às Dr.^{as} Sónia Barbosa e Lurdes Gurita, directoras respectivamente dos estudos qualitativos e quantitativos da MOTIVAÇÃO, e ainda à Dr.^a Marta Gaspar pela excelente análise dos *focus groups*.

Last but not least, no ICS beneficiámos da colaboração inicial da Dr.^a Catarina Vilhena Páscoa, bem como da contribuição decisiva do psicólogo social Doutor Cícero Pereira, o que não nos exime, contudo, da nossa plena responsabilidade pelo resultado final. E, como se vai tornando hábito, ficamos de novo muito gratos à Doutora Cristiana Bastos e Dr.^a Clara Cabral, responsáveis pela Imprensa de Ciências Sociais, pelo apoio à edição do livro.

Capítulo 1

Enquadramento teórico-metodológico

A definição do conceito

As expressões «cumprimento» (*compliance*) e «adesão à terapêutica» (*adherence*) têm sido utilizadas simultaneamente ao longo do tempo em inúmeros estudos realizados sobre o tema e até, por vezes, dentro de cada estudo.¹ A *compliance*, enquanto conceito, foi definida inicialmente como sendo «o nível de coincidência entre o comportamento de uma pessoa e o aconselhamento médico ou de outro profissional de saúde» (Haynes 1981). Esta sintética definição assentava numa premissa que foi questionada nos trabalhos académicos posteriores sobre o tema, os quais vieram demonstrar que esse cumprimento não pode ser apenas entendido como uma mera obediência da parte do paciente em relação a indicações médicas impositivas que têm na base uma perspectiva de dominância da medicina. Os doentes deveriam assim cumprir, obrigatoriamente, todas as indicações que lhes fossem dadas, sendo-lhes imputada toda a responsabilidade pelos desvios que pudessem ocorrer face à prescrição. Significando mais do que o simples seguimento das instruções médicas, em alternativa foi proposta a adopção do termo «adesão», através do qual se reconhece que o paciente não é um sujeito passivo; a adesão deveria ser, antes de mais, um «sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção activa e voluntária do doente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o segue» (Bugalho e Carneiro 2004, 9-10).

¹ Os estudos sobre a adesão aos tratamentos têm vindo a aumentar desde o final da década de 1950, destacando-se com um marco impulsionador de muitos trabalhos posteriores o *First International Congress on Patient Counselling*, realizado em Abril de 1976.

Vários estudos têm demonstrado que os pacientes pretendem cada vez mais sentir-se incluídos no processo clínico, desejando obter mais informação e exigindo uma maior interação com os profissionais de saúde (Donovan e Blake 1992). É pois necessária uma abordagem bio-psico-social que encare os doentes como sujeitos activos, que devem ser encarados como parceiros no percurso terapêutico durante as consultas e no quotidiano. Assim, os comportamentos de não adesão devem ser entendidos «como respostas dos indivíduos à falta de coincidência entre as suas ideias e as do médico relativamente aos seus problemas e/ou tratamentos» (Klein e Gonçalves 2005, 119; v. também Horne 1997). Com efeito, tais respostas podem constituir, no contexto de uma relação basicamente assimétrica entre pacientes e profissionais de saúde, manifestações leigas de autonomia e até de desafio ao chamado «poder médico», apoiadas, por seu turno, na consciência de si, da dor e do desconforto, nomeadamente por parte dos doentes crónicos (Horne 1997).

Contudo, a distinção entre cumprimento e adesão é académica, não existindo qualquer diferença evidente quanto ao resultado que se traduz no comportamento do paciente (Horne 2001; Vermeire *et al.* 2001). Os dois termos podem, portanto, ser utilizados como sinónimos, desde que «compreendam a existência de um acordo/aliança entre ambas as partes, respeitando crenças e desejos. Devem simplesmente constatar um facto, e não classificar, de forma depreciativa, o doente, o profissional de saúde ou o tratamento prescrito» (Bugalho e Carneiro 2004, 10). Em ambas as definições, o que se pretende medir e analisar é o grau de correspondência do comportamento que o paciente assume em relação às indicações dadas por um profissional de saúde e ao tratamento prescrito, mais longe ou mais perto do desejável do ponto de vista clínico.

Com efeito, embora os pacientes sejam habitualmente classificados pelos prestadores de cuidados de saúde como cumpridores ou não cumpridores, o comportamento efectivo dos doentes acaba por se situar algures entre o cumprimento e o não cumprimento (Griffith 1990, 114). Segundo este autor, «trata-se de um processo dinâmico» que varia à medida que o paciente avalia e adapta o seu próprio comportamento, havendo «pacientes que são cumpridores em determinadas situações e podem não o ser noutras circunstâncias». Há também «estímulos que têm uma influência positiva junto de determinadas pessoas e não junto de outras».

A falta de adesão ocorre, portanto, quando o comportamento do paciente não coincide com as recomendações do médico ou de outro profissional de saúde, não se circunscrevendo a definição do conceito apenas

a desvios na aplicação do regime terapêutico tal como foi prescrito, mas também ao facto de não seguir as indicações relativas a alterações nos hábitos e estilos de vida no sentido de adoptar práticas saudáveis, tais como modificar a dieta alimentar, evitar bebidas alcoólicas, não fumar, fazer exercício físico, evitar o *stress*, entre outros, e ainda não comparecer a consultas médicas previamente marcadas, não realizar exames complementares de diagnóstico, entre outros (Brannon e Feist 1997; Cluss e Epstein 1985; Osterberg e Blaschke 2005; WHO 2003).

As dificuldades metodológicas do estudo da adesão à terapêutica

Nos estudos sobre a adesão à terapêutica podem ser utilizados diferentes métodos classificados em dois grandes grupos: os métodos directos e os indirectos. Os primeiros baseiam-se sobretudo em procedimentos médicos, que permitem detectar as propriedades dos medicamentos e a sua acção directa no organismo através da análise dos fluidos biológicos dos pacientes, sendo por isso considerados mais fidedignos na informação empírica recolhida e com maior precisão nos resultados. Estes tipos de métodos de verificação de adesão ao tratamento são contudo mais difíceis de aplicar e também de mais difícil aceitação devido ao seu carácter invasivo, para além da relativa complexidade das técnicas de colheita de material e de dosagem, bem como ao custo elevado inerente a praticamente todos eles (Gordis 1981; Vermeire *et al.* 2001).

Já o conjunto de métodos indirectos refere-se à recolha de informação através de entrevistas ou questionários a pacientes e/ou a familiares próximos; relatos dos profissionais de saúde; análise dos resultados dos tratamentos, dos ganhos em saúde ou das actividades de prevenção; bem como à monitorização das prescrições e da contagem dos medicamentos. Devido à sua facilidade de aplicação, estes métodos são os mais frequentemente aplicados, embora a fiabilidade dos resultados obtidos possa ser mais vulnerável, sobretudo quando envolve directamente o paciente. Com efeito, muitos estudos têm demonstrado que devem ser levadas em consideração inúmeras limitações intrínsecas aos métodos indirectos quando se analisam os dados obtidos a partir de entrevistas e questionários (Gordis 1981).

Quando se comparam os índices de adesão obtidos por métodos directos e indirectos, os resultados demonstram que o paciente tende a esconder a forma como na realidade está a conduzir o tratamento, isto é,

o paciente dificilmente assume a não adesão, apresentando-se sempre como muito mais cumpridor do que os métodos directos indiciam. Este comportamento por parte dos pacientes é aliás tão antigo quanto a própria medicina, tendo sido assinalado desde logo por Hipócrates, quando afirmou que «o médico deve estar sempre atento ao facto de os pacientes mentirem frequentemente quando dizem ter tomado certos medicamentos» (*apud* Burgoon 1996, 281). Por outro lado, o paciente que declara não estar a cumprir exactamente as indicações dadas pelo médico diz quase sempre a verdade, sendo mais fácil para este último controlar os efeitos adversos da não adesão do que no caso contrário. Por isso mesmo, sublinha-se a necessidade de prestar mais atenção aos pacientes que se dizem cumpridores do que àqueles que assumem as suas falhas na condução dos tratamentos (Gordis 1981).

A vulnerabilidade dos métodos indirectos assenta, assim, na probabilidade de os resultados sobrestimarem a adesão às terapêuticas, devido ao facto de os pacientes tenderem a relatar comportamentos conformes àquilo que lhes foi prescrito; dito de outro modo, estes pacientes tendem a fornecer uma perspectiva subestimada da não adesão que é difícil de controlar (Osterberg e Blaschke 2005; Sackett e Snow 1981; Vermeire *et al.* 2001). Apesar da investigação realizada ao longo do tempo, a complexidade do objecto ainda não permitiu estabelecer um método – directo ou indirecto – que possa ser considerado ideal para passar a ser utilizado como técnica de referência nos estudos sobre a adesão à terapêutica (Osterberg e Blaschke 2005; Vermeire *et al.* 2001).

A dimensão da falta de adesão à terapêutica

Assim, muita investigação tem sido desenvolvida no sentido de captar a dimensão do fenómeno, dadas as importantes repercussões que a falta de adesão assume na saúde pública. Qualquer prescrição médica é passada com o intuito de trazer benefícios para o paciente. No entanto, o uso incorrecto dessa prescrição por parte do doente pode ter consequências para o próprio, desde logo, e provocar também efeitos colaterais mais amplos em termos sociais e económicos.

Com efeito, a falta de adesão à terapêutica pode resultar no agravamento do estado de saúde do paciente e da sintomatologia da doença, podendo ocasionar igualmente erros no diagnóstico e no tratamento, ou até levar ao seu total fracasso. Essa deterioração do estado clínico, para além de ter consequências na qualidade de vida e no aumento da mor-

bilidade, pode obrigar a posteriores prescrições de mais fármacos, envolvendo a necessidade da realização de novos procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos mais custosos e complexos, a ida a mais consultas, a utilização de serviços de urgência, o aumento de hospitalizações e/ou despesas desnecessárias (Cluss e Epstein 1985). A falta de adopção e de manutenção dos comportamentos terapêuticos prescritos tem, assim, repercussões na utilização e optimização dos recursos do sistema de saúde.

Segundo Bugalho e Carneiro, ela «interfere com os esforços terapêuticos, reduzindo os benefícios clínicos da medicação e promovendo a utilização de meios diagnósticos e de tratamento desnecessários». Para os mesmos autores, os custos directos da falta de controlo da terapêutica aplicada a qualquer doença são três a quatro vezes superiores aos de um bom controlo. Os custos indirectos, como a diminuição da produtividade, a reforma antecipada e, no limite, a morte, apresentam uma magnitude semelhante. Por conseguinte, «o controlo e aumento da adesão à terapêutica são benéficos para os sistemas de saúde», pelo que as intervenções destinadas a melhorar a adesão à terapêutica constituem uma contribuição importante para a melhoria da saúde da população (Bugalho e Carneiro 2004).

Apesar da proliferação de estudos, os resultados encontrados não são coincidentes, devido em grande parte à variedade das metodologias aplicadas: a maioria dos estudos apresenta valores que variam assim entre 30% e 70% de doentes que não seguem na íntegra as indicações médicas (DiMatteo 2004; Salzman 1995), estimando-se uma média aproximada de 50% de pacientes que não tomam os medicamentos de acordo com as prescrições nos países desenvolvidos e um índice de adesão ainda menor nos países em vias de desenvolvimento (Haynes, McKibbin e Kanani 1996; Osterberg e Blaschke 2005; WHO 2003). Mais especificamente, alguns trabalhos (Bugalho e Carneiro 2004; DiMatteo 1994; Klein e Gonçalves 2005; Sheridan e Radmacher 1992) concluíram, ainda, que 30% a 50% dos pacientes não seguem o esquema prescrito no que diz respeito aos horários das tomas e à dosagem, seja nos planos de tratamento de curta duração, que não são cumpridos por cerca de 38%, seja nos de longa duração, que ascendem a mais de 45%; 20% a 40% não se submetem a vacinações recomendadas; e 20% a 50% não comparecem a consultas agendadas.

Dados do *European Social Survey* de 2004 demonstram ainda que 12,2% dos europeus usaram o último medicamento que lhes foi receitado, todo ou em parte, mas não da forma como foi receitado; 3,2% aviaram a receita mas não a tomaram e 3,7% nem sequer foram à farmácia

(em Portugal, esses valores correspondem a 4,8%, 1,0% e 0,8%, respectivamente). Quando as recomendações incidem sobre a alteração de hábitos e estilos de vida, tais como deixar de fumar, moderar ou evitar a ingestão de bebidas alcoólicas, modificar a dieta alimentar ou fazer exercício físico, os níveis de incumprimento são ainda mais elevados, com valores a rondar os 75,0% de pessoas que não aderem a essas recomendações.

A título de exemplo, a não adesão conduz a 125 000 mortes por ano nos EUA e provoca entre 5% e 15% de hospitalizações no mesmo período de tempo (Bugalho e Carneiro 2004). Observa-se assim que os pacientes não aplicam correctamente um amplo conjunto de regimes terapêuticos que vão desde o seguimento das indicações médicas relacionadas com procedimentos clínicos curativos até à adopção de comportamentos preventivos e de controlo ou diminuição do risco de doença (Sarafino 1990; Sheridan e Radmacher 1992). Apesar da operacionalização de grande quantidade de indicadores e da gravidade dos resultados encontrados, é lícito concluir que dificilmente se terá conseguido apreender a globalidade e a complexidade do problema, continuando a subsistir uma enorme incerteza quanto à sua real dimensão e quanto às suas causas.

Preditores da falta de adesão à terapêutica

A avaliação da prevalência e a natureza da falta de adesão à terapêutica são difíceis de definir de forma absoluta. No entanto, a investigação produzida sobre o tema tem tornado possível identificar um vasto conjunto de factores determinantes que estão associados ao não cumprimento integral das indicações médicas. Como referem Bugalho e Carneiro (2004, 10), este é «um problema de etiologia multifactorial, [que se verifica] em todas as situações em que existe auto-administração do tratamento, muitas vezes independentemente do tipo de doença, qualidade e/ou acessibilidade aos recursos de saúde».

O grau de adesão à terapêutica está assim dependente de um conjunto considerável de factores que interagem entre si e que afectam directamente o paciente, determinando o seu comportamento e contribuindo para uma maior ou menor adesão às recomendações feitas sobre o tratamento da sua doença. Estes factores podem ser agrupados em três grandes dimensões: (a) os factores demográficos, sociais e económicos; (b) os factores relativos à própria doença e ao regime terapêutico prescrito; (c) os

factores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde.² Refira-se que a enunciação de factores aqui apresentada diz respeito a tendências gerais encontradas na literatura que tem procurado mapear esta problemática, não se pretendendo aqui ter em conta as situações de patologias específicas ou tipos de doença em que estes preditores da não adesão às terapêuticas podem estar mais ou menos em evidência.

Começando pelos **factores demográficos, sociais e económicos**, a relação entre as características dos pacientes e o seu nível de adesão às terapêuticas prescritas tem sido amplamente estudada, produzindo no entanto alguns resultados contraditórios, que podem variar consoante as metodologias utilizadas (Cluss e Epstein 1985; Conrad 1985). Desde logo, a variável género, apesar de ser frequentemente avaliada, não tem demonstrado uma relação consistente com o grau de adesão à terapêutica (Vermeire *et al.* 2001). Quanto à idade, se a não adesão é sempre um problema complexo e recorrente em qualquer grupo etário, alguns autores referem que, com o avançar dos anos, ela tende a agudizar-se, avolumando-se também globalmente devido ao crescente envelhecimento da população (Griffith 1990).

Com efeito, os doentes mais idosos encontram-se particularmente em risco devido à deterioração do seu estado de saúde, que origina muitas vezes multipatologias, e à condição crónica de muitas doenças, que podem requerer vários regimes terapêuticos em simultâneo e/ou a longo prazo. Adicionalmente, a diminuição de algumas faculdades, como a memória, a capacidade cognitiva e de comunicação, a eventual presença de alterações psiquiátricas, a falta de mobilidade, ou outras incapacidades que podem restringir o acesso e o manuseamento dos fármacos, são também susceptíveis de comprometer a correcta aplicação dos tratamentos (Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens 2001).

Por outro lado, o cumprimento estrito das indicações médicas pode ser também determinado pela actuação de terceiros com idosos a seu cargo e cuja correcta aplicação dos cuidados de saúde depende da capacidade dos cuidadores para compreender e adoptar as recomendações dadas pelos médicos; o mesmo pode ser dito quanto à capacidade dos pais ou encarregados de crianças de aplicarem correctamente as terapêuticas (Bugalho e Carneiro 2004; WHO 2003), observando-se contudo

² Em 2003 a Organização Mundial de Saúde elaborou um documento dedicado à adesão terapêutica nos doentes crónicos, identificando cinco grupos de factores através do desdobramento de alguns dos que aqui enumeramos (WHO 2003).

que os índices de cumprimento estão entre os mais elevados quando os medicamentos são administrados pelos pais (Griffith 1990).

Inversamente, outros estudos também demonstram que a idade pode não constituir um preditor para a falta de adesão à terapêutica. Efectivamente, os índices de cumprimento podem ser similares ou até mais elevados nos doentes mais idosos por comparação com faixas etárias mais jovens (Horne 2001; Hughes 2004; Vik, Maxwell e Hogan 2004), posto que, entre os adolescentes, a falta de supervisão, a maior autonomia, a auto-imagem e as influências sociais provocam frequentemente uma diminuição da adesão à terapêutica (Bugalho e Carneiro 2004; WHO 2003).

Já de forma mais consistente e com amplo reconhecimento na literatura, os factores socioeconómicos têm sido referidos como preditores muito importantes do grau de adesão dos pacientes. O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o baixo rendimento (familiar e *per capita*), o desemprego ou a falta de estabilidade no emprego podem constituir barreiras significativas para uma adesão à terapêutica efectiva, devido à falta de recursos financeiros por parte dos pacientes para obterem os fármacos necessários a fim de prosseguir o tratamento de forma efectiva e eficaz (Osterberg e Blaschke 2005; Sokol *et al.* 2005; WHO 2003). Inversamente, observam-se maiores índices de adesão ao tratamento entre os pacientes com estatuto socioeconómico mais elevado e maior estabilidade financeira e de emprego (Haynes, McKibbon e Kanani 1996; Levy e Feld 1999). Para além da dificuldade em comprar o medicamento por motivos económicos, outras condições negativas para a sua aquisição podem ainda ser enumeradas, tais como o isolamento social do paciente ou a proximidade geográfica da farmácia e das unidades de cuidados saúde, que podem obrigar a custos adicionais devido às distâncias a percorrer (Bugalho e Carneiro 2004; Levy e Feld 1999; WHO 2003).

Outros aspectos devem ainda ser considerados no estudo da adesão à terapêutica. O meio social em que o indivíduo se encontra constitui um dos factores com maior potencial preditivo. A instabilidade habitacional, o facto de o paciente estar ou não inserido num núcleo familiar estruturado e coeso, associado a um estado conjugal estável, bem como o apoio que o indivíduo recebe das suas redes sociais para cumprir o tratamento, podem influenciar o seu comportamento no decorrer do tratamento. Com efeito, quem vive só, como as pessoas solteiras, divorciadas ou em situação de viuvez, assim como aqueles que possuem redes de sociabilidade muito limitadas, tendem a desenvolver com maior probabilidade comportamentos negativos durante os tratamentos e a seguir as indicações médicas com maior dificuldade, sobretudo quando estas aconselham alte-

rações nos hábitos e estilos de vida (Bishop 1994; Haynes, McKibbin e Kanani 1996; Levy e Feld 1999; Sarafino 1990; Vermeire *et al.* 2001).

Por outro lado, os efeitos do tratamento nos hábitos quotidianos podem igualmente influenciar negativamente a adesão, destacando-se, por exemplo, as situações em que esses efeitos afectam a vida social, como a indicação para não consumir bebidas alcoólicas, a sonolência, a condução de veículos, o desempenho da actividade profissional; o eventual abuso de álcool ou de drogas e o *stress* emocional podem também estar relacionados com a não adesão (Goldberg, Cohen e Rubin 1998).

No que diz respeito à segunda dimensão da adesão, que engloba **os factores relativos à doença e ao regime terapêutico prescrito**, a gravidade da doença e a severidade dos sintomas surgem, paradoxalmente, em segundo plano como explicação para a falta de adesão às terapêuticas, sobretudo se não envolverem dor. Há pois factores com maior relevância, tais como a cronicidade das patologias; a ausência de sintomatologia ou condições assintomáticas moderadas; a existência de uma ou mais doenças concomitantes (co-morbilidade), especialmente se alguma delas afectar a capacidade cognitiva do indivíduo; se houver a necessidade de mais medicação paralela ou soma de sintomas (Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens 2001), bem como a disponibilidade das terapêuticas eficazes; a forma como a doença irá progredir e as incapacidades ou desvantagens provocadas pela doença. A maior incapacidade no cumprimento das indicações médicas é também manifesta em doentes com patologia psiquiátrica, nomeadamente depressão, que se deve em parte ao isolamento social e à alteração das capacidades cognitivas que caracterizam muitas dessas situações (Bugalho e Carneiro 2004), bem como entre aqueles que apresentam personalidades hipocondríacas (Griffith 1990). Por outras palavras, a vivência da doença – comum, aguda ou crónica – condiciona de diversas formas não só a adesão à terapêutica, mas também os comportamentos dos médicos e cuidadores, bem como as relações entre todos os agentes envolvidos no processo de tratamento (Joyce-Moniz e Barros 2005, 303-390).

Relativamente aos factores relacionados com o próprio tratamento que podem comprometer a correcta adesão às indicações médicas, os mais relevantes prendem-se com a duração e a complexidade do regime terapêutico. Com efeito, os doentes apresentam níveis de adesão superiores quando os tratamentos são mais simples de aplicar e as indicações mais fáceis de entender, quando não estão sujeitos a mudanças frequentes do regime terapêutico, quando são de curta duração e quando não obrigam a alterações significativas nas suas rotinas quotidianas (Brannon e

Feist 1997; Goldberg, Cohen e Rubin 1998). Os efeitos adversos/secundários podem contribuir igualmente para limitar o grau de adesão, indicando vários estudos que o incumprimento tende a diminuir quando a terapêutica seguida tem poucos efeitos secundários negativos e quando apresenta uma eficácia manifesta e mais imediata no alívio dos sintomas, bem como um custo relativamente baixo (Bishop 1994; Brannon e Feist 1997; Klein e Gonçalves 2005).

A prescrição em simultâneo de múltiplos medicamentos, assim como muitas tomas diárias ou dosagens elevadas, podem igualmente contribuir para um menor comprometimento com o tratamento, bem como o tipo de fármaco e a forma como este é administrado e manuseado, o desconforto que provoca (o tamanho do comprimido ou o cheiro e o gosto de um xarope, por exemplo), ou ainda devido a experiências negativas no passado por parte do paciente com os mesmos fármacos ou similares (Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens 2001; Goldberg, Cohen e Rubin 1998; Osterberg e Blaschke 2005; WHO 2003); refiram-se também as doenças que requerem tratamentos profiláticos ou aquelas cujos sintomas não se manifestam de novo logo após o tratamento ter sido interrompido, como as afecções do foro psiquiátrico, por exemplo (Sarafino 1990). Apesar de a literatura relatar sobretudo o incumprimento relacionado com a não aplicação das regras do regime terapêutico, tais como a diminuição das dosagens prescritas, transgressões relativas ao momento em que devem ser tomadas ou a sequência da administração, também a excessiva utilização de medicação constitui um comportamento de má adesão, podendo resultar em maior toxicidade e provocar uma multiplicação de efeitos secundários. Do mesmo modo, a automedicação, isto é, o consumo de um medicamento por iniciativa do paciente sem este lhe ter sido prescrito por um médico ou dispensado por um farmacêutico, constitui também um comportamento não aderente (Bugalho e Carneiro 2004; Gil *et al.* 1999; Griffith 1990).

O nível de instrução dos pacientes e o conhecimento que têm sobre a doença e a eficácia dos tratamentos, bem como as suas atitudes e crenças pessoais a respeito destes últimos, têm sido amplamente reconhecidos como preditores consistentes do nível de adesão à terapêutica (Kelly, Mamon e Scott 1987; WHO 2003). As consequências deste tipo de fatores têm sido trabalhadas em diversos modelos analíticos no âmbito da psicologia da saúde, sendo o *health belief model* o mais conhecido (Becker e Maiman 1975). Este modelo postula que a probabilidade de o paciente seguir as indicações médicas e de aplicar correctamente um regime terapêutico depende da sua motivação, a qual se relaciona com a forma

como assume o seu estado de saúde e como encara efectivamente a sua vulnerabilidade à doença e as consequências que dela possam advir, bem como o impacto real que pode ter no seu bem-estar e na sua qualidade de vida. Simultaneamente, o doente tem de acreditar que o regime terapêutico que lhe foi prescrito e as recomendações que deverá seguir terão igualmente um impacto positivo no seu estado de saúde, isto é, que irá ser curado ou, pelo menos, ver reduzida a severidade da doença de que padece. Em contrapartida, o carácter eminentemente normativo da psicologia da saúde, ao contrário do que acontece com a psicologia da doença, peca por não ter devidamente em conta a vivência concreta da doença, nomeadamente a cronicidade (Joyce-Moniz e Barros 2005).

Por seu turno, os modelos de senso comum desenvolvidos sobre as patologias de que padecem, ajudando-os a dar sentido à sua experiência da doença e a orientar o seu comportamento, podem no entanto influenciar o nível de adesão (Diefenbach e Leventhal 1996; Klein e Gonçalves 2005). E, se é certo que existe uma norma social prescritiva genericamente favorável à adesão à terapêutica, também é certo que existem numerosas outras normas socioculturais desfavoráveis, como, por exemplo, a crença no risco de perda das «defesas naturais» devido à habituação a determinados medicamentos, entre outros (DiMatteo 1994). Assim, a percepção e eventual preocupação em relação ao diagnóstico, ao prognóstico e à gravidade que os pacientes atribuem à doença, bem como a confiança que depositam nos tratamentos prescritos e nos benefícios que estes trarão para a resolução ou controlo dos seus problemas de saúde, são factores determinantes para que sejam seguidas mais eficazmente as indicações dadas pelos médicos (Becker e Maiman 1975; Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens 2001; Vermeire *et al.* 2001; WHO 2003). A falta de obtenção de resultados positivos com as terapêuticas em situações clínicas passadas; a ausência imediata de melhoria clínica (Bugalho e Carneiro 2004); ou, inversamente, a percepção da melhoria dos sintomas ou do seu desaparecimento, sobretudo quando deixa de haver dor, podem afectar o comportamento do paciente, induzindo-o a suspender o tratamento por sua iniciativa (Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens 2001).

A adesão ao tratamento pode ainda ser afectada por factores cognitivos e emocionais, tais como o esquecimento; a falta ou diminuição da motivação; a ausência de percepção da sua necessidade; a desconfiança quanto à obtenção de resultados positivos; a ansiedade inerente às tomas de fármacos, sobretudo em regimes terapêuticos complexos; e o medo de possíveis efeitos adversos ou de dependência. Alguns pacientes podem

ainda sentir-se «culpados» por terem de tomar a medicação, enquanto outros se podem sentir discriminados ou encarar o tratamento como um estigma social (Osterberg e Blaschke 2005; WHO 2003). De todos estes factores, o esquecimento é um dos comportamentos mais observados em estudos sobre a matéria, sendo frequentemente referido pelos pacientes como o principal motivo para a não adesão, seja o esquecimento quotidiano do momento das tomas ou o esquecimento de informação relevante sobre a forma como o tratamento deve ser aplicado ou outras recomendações feitas pelo médico. Segundo a literatura, quanto mais informação os pacientes recebem, mais tendem a esquecê-la, organizando uma hierarquia dessa informação segundo a qual a mais recordada é aquela que receberam em primeiro lugar ou aquela a que eles próprios atribuem maior importância.

O mesmo ocorre com a ansiedade: a quantidade de informação que os doentes esquecem tende a ser proporcional ao grau de ansiedade que sentem no momento em que estão a receber o aconselhamento médico (Dunbar-Jacob e Mortimer-Stephens 2001; Klein e Gonçalves 2005; Sarafino 1990). Para além disso, quando o diagnóstico é estabelecido, duas situações podem interferir com a atitude do paciente em relação às instruções do médico: se o diagnóstico for pouco grave, os pacientes podem ficar aliviados e pouco motivados para escutar e seguir as instruções do médico; se for grave, podem ficar ansiosos e isso interferir com a sua concentração nas recomendações médicas e com a sua atitude futura (Brannon e Feist 1997; Klein e Gonçalves 2005). Com efeito, «a adesão ao tratamento pelo paciente começa, pois, na decisão de integrar ou não [o] diagnóstico nos seus sistemas de significações» (Joyce-Moniz e Barros 2005, 191), já que, quando são confrontados com os diagnósticos e os tratamentos prescritos, os pacientes iniciam uma análise dos custos e benefícios, pesando o alívio sintomático contra a gravidade dos sintomas e os riscos do tratamento, de acordo com as crenças e teorias leigas que partilham (Donovan e Blake 1992; Klein e Gonçalves 2005).

Por fim, **os factores ligados à relação do paciente com os profissionais e serviços de saúde** são cada vez mais reconhecidos como determinantes para a adesão à terapêutica. São relevantes não só os elementos ligados ao regime terapêutico prescrito e a confiança que o paciente tem no tratamento em si, como também a qualidade do vínculo que o doente estabelece com o médico e a confiança que nele deposita, bem como nos cuidados de saúde em geral (Marinker e Shaw 2003; Osterberg e Blaschke 2005). A qualidade desse vínculo assenta, em grande medida, nas competências de comunicação que o médico coloca na relação com os

doentes, de forma a conseguir transformar as informações transmitidas em conhecimentos claros e bem assimilados, dado que a falta de conhecimento ou a existência de dúvidas sobre aquilo que foi dito acerca dos benefícios do regime terapêutico e dos procedimentos de aplicação dificultam o cumprimento das indicações dadas (Bishop 1994).

A atitude e o comportamento do médico em relação ao paciente, para além da transmissão de informação relevante de forma concisa e clara, utilizando uma linguagem apropriada, tendo em conta o nível educacional e a capacidade cognitiva de cada doente, envolvem a empatia com estes e o saber ouvir, entender e respeitar as suas expectativas e preocupações, bem como saber incentivar a adesão e elucidar os doentes sobre a eficácia do tratamento prescrito. Os tempos de espera para a obtenção de consulta mais curtos, a duração da consulta e a regularidade das visitas ao médico podem igualmente ter um efeito positivo na forma como os pacientes aderem à prescrição (Griffith 1990; Sarafino 1990; Sheridan e Radmacher 1992).

Outros autores referem ainda que o contexto clínico em que o tratamento é prescrito pode ter influência na obtenção de índices de adesão mais elevados, em particular se a consulta for de uma especialidade ou no âmbito do sistema privado (Griffith 1990). Inversamente, os factores ligados ao sistema de saúde, o mau funcionamento dos cuidados, as listas de espera prolongadas, o acesso geográfico dificultado aos vários níveis de serviços médicos e às farmácias, a insuficiente distribuição da medicação, entre outros, podem ter igualmente consequências importantes na adesão à terapêutica por parte dos pacientes. Outro factor de extrema importância é a sobrestimação por parte dos médicos do nível de adesão dos seus pacientes relatada em inúmeros estudos. Os médicos e os restantes profissionais de saúde devem prestar atenção à possibilidade de os pacientes não estarem a cumprir as prescrições tal como lhes foi indicado e às suas repercussões, de forma a minimizarem atempadamente as consequências e corrigi-las sempre que possível, através, por exemplo, da adequação do regime terapêutico aos hábitos e estilo de vida do paciente (Griffith 1990; Sarafino 1990; Sheridan e Radmacher 1992).

A qualidade da relação de comunicação entre profissionais de saúde e pacientes permanece, contudo, no centro da questão da adesão à terapêutica, por aí passando as mais relevantes estratégias de melhoria da adesão (Joyce-Moniz e Barros 2005, 303-321). A possibilidade de os pacientes se pronunciarem sobre os tratamentos e a disponibilidade dos médicos para os escutarem revelaram-se decisivas, em estudos empíricos realizados recentemente na vizinha Espanha (Lorient-Arin e Serrano-del-Rosal 2009),

para a confiança dos doentes nos cuidados de saúde. Todos os autores que acabámos de citar remetem a qualidade da comunicação para os diferentes modelos de relação médico-paciente, desde o modelo totalmente centrado no médico, designado como «paternalista» pelos autores espanhóis e «mítico» pelos portugueses, ao modelo centrado no paciente, designado pelos primeiros como «co-participativo» e «contratual» pelos segundos.

Lorient e Serrano identificam ainda um terceiro tipo de relação, a que dão o nome de «consumista», baseado menos na confiança no médico do que numa relação de consumo, nomeadamente por parte de utentes jovens e com elevados recursos sociais e económicos; este tipo de relação parece-nos contudo enquadrável no «modelo contratual» de Joyce-Moniz e Barros. Estas formas de relacionamento, reconhecidas sob diferentes designações por toda a literatura acerca da relação médico-doente, estão em evolução, observando-se já diferenças geracionais previsíveis entre os médicos no modo como se relacionam com os pacientes. São, além disso, susceptíveis de aperfeiçoamento, no sentido da obtenção de uma adesão mais participada e consciente dos pacientes aos tratamentos e recomendações médicas, mediante o treino comunicacional específico dos profissionais de saúde e a inclusão destas matérias nos seus currículos académicos.

Estratégia metodológica

Como vimos acima, as atitudes e os comportamentos perante a prescrição médica dependem de um conjunto considerável de factores que interagem entre si e que afectam directamente o paciente, determinando o seu grau de adesão à terapêutica. Por outro lado, o fenómeno é de difícil apreensão, não podendo ser abordado de forma directa, uma vez que as pessoas tendem a assumir a pergunta sobre o seu nível de adesão à terapêutica de forma normativa e a responder de acordo com aquilo que sabem ser a norma social prescritiva, ou seja, acabam por declarar um grau de cumprimento muito superior ao sustentado pelo conhecimento empírico existente na literatura internacional. Com efeito, o estudo prévio baseado nos resultados da ronda de 2006 do *European Social Survey* demonstrava que o nível de adesão declarado ascendia a mais de 93% em Portugal, resultado aliás superior à média europeia.

Tendo assim presente que a adesão à terapêutica deve ser estudada de forma indirecta, contextual e relacional, optou-se por proceder à realiza-

ção de um conjunto de estudos qualitativos de carácter exploratório, a fim de identificar as dimensões e respectivos indicadores atitudinais e comportamentais mais relevantes, com vista à elaboração do inquérito por questionário específico a submeter a uma amostra representativa da população portuguesa continental sobre o tema. Estes estudos qualitativos consistiram na realização de cinco *focus groups*, conduzidos de forma semidirectiva, com base num guião de discussão elaborado pela equipa de investigação do ICS, com (1) pacientes crónicos e (2) não crónicos, (3) com médicos de clínica geral e (4) médicos especialistas e, por fim, com (5) farmacêuticos.³

Assim, a abordagem prescritiva do estudo prévio foi substituída por uma abordagem de natureza descritiva, explorando deste modo as potenciais diferenças de atitude dos inquiridos ante as normas prescritivas e descritivas. Com efeito, segundo o psicólogo social Jean-Louis Beauvois, «uma norma é designada como descritiva (aquilo que as pessoas fazem) quando, em condições correntes da vida social, determinados comportamentos e juízos ou certos tipos de actuação produzidos pela maioria dos membros de um colectivo social são considerados pelo conjunto dos membros destes colectivos como revestindo-se de valor social»; em contrapartida, «fala-se de normas prescritivas (aquilo que as pessoas devem fazer) quando, num determinado colectivo social, certos eventos portadores de valores são geralmente produzidos em situações sociais quotidianas nas quais o valor pessoal da pessoa está em causa» (Beauvois 2003, 147-148).

Explica Nicole Dubois no mesmo volume:

Há um tipo de situação que parece conduzir particularmente ao surgimento da normatividade no fenómeno em estudo: são as situações que envolvem avaliação, no sentido de situações em que as pessoas são levadas a pensar que um avaliador dotado de poder social está em posição de formar uma opinião sobre o seu valor [worth or value] com base naquilo que essas pessoas fazem ou dizem.

Tipicamente, as situações de questionário fechado, opondo juízos normativos a juízos contranormativos e sublinhando, assim, a dimensão avaliativa das interpelações, «levam as pessoas a escolher de preferência as respostas socialmente mais valorizadas, em vez de se exprimirem livremente», pois «o facto de forçar a pessoa a fazer uma escolha dicotómica acentua a saliência do critério normativo e faz vir ao de cima atitudes de

³ As sessões foram realizadas pela MOTIVAÇÃO – Estudos Psico-sociológicos nas suas instalações e dirigidas pela Dr.^a Marta Gaspar, com acompanhamento no local pelos investigadores do ICS.

auto-apresentação», através das quais os inquiridos pretendem preservar a sua imagem social (Dubois 2003, 7-9).

Daqui a opção de partir das análises qualitativas extraídas dos *focus groups*, onde foi possível identificar as dimensões mais relevantes, com base nas quais se deveriam construir os indicadores e respectivas relações, para a elaboração do questionário, apoiado simultaneamente nos questionários internacionais documentados na literatura. A versão final do nosso questionário contempla, assim, o seguinte conjunto de dimensões: atitudes face ao cumprimento das prescrições médicas, bem como em relação à saúde e à doença em geral; caracterização do estado de saúde (morbilidade) e dos hábitos adoptados pela população neste campo; consumo de medicamentos e comportamentos objectivos relativamente ao seu uso; a relação entre médicos, farmacêuticos e pacientes; finalmente, uma robusta caracterização sociodemográfica dos inquiridos.

■ Amostra

Foi seleccionada uma amostra de 1400 indivíduos,⁴ com 16 ou mais anos de idade, de ambos os sexos e residentes em Portugal continental, com uma sobrerrepresentação dos indivíduos com 50 ou mais anos face à sua incidência na população.⁵ O erro máximo da amostra é de 2,62% para um nível de confiança de 95%. Foi utilizado o método de amostragem aleatório estratificado, tendo sido definidos estratos proporcionais à população por região (NUTS II) e dimensão do aglomerado. A fonte de recolha de informação relativa à população foi o censo de 2001 do Instituto Nacional de Estatística.

■ Recolha de informação

A informação foi recolhida através de entrevista directa e pessoal, em total privacidade, com base num questionário estruturado elaborado pelo ICS e aplicado pela MOTIVAÇÃO – Estudos Psico-sociológicos. O trabalho de campo foi realizado por entrevistadores recrutados e treinados pela empresa, que receberam formação adequada às especificidades deste estudo. Os lares foram seleccionados aleatoriamente dentro de cada estrato de região/dimensão do aglomerado, através do método de *random route*.

⁴ O universo é constituído por 9 987 296 indivíduos de ambos os sexos residentes em Portugal continental.

⁵ A amostra foi posteriormente ponderada para a obtenção e análise dos resultados.

Capítulo 2

Opiniões sobre o cumprimento das prescrições médicas

Motivos extrínsecos para a falta de adesão à terapêutica

Nesta secção fundamental do questionário começa-se por pedir a opinião dos inquiridos sobre aquilo que as pessoas em geral fazem – ou seja, qual é a «norma descritiva» – em relação às terapêuticas que lhes são aplicadas, interrogando-os acerca dos motivos práticos que, segundo eles, podem levar a generalidade das pessoas a não seguir na totalidade as indicações dadas pelos médicos.

Para perto de metade dos inquiridos (46,7%), o esquecimento é o principal motivo prático que pode levar a que os pacientes não sigam totalmente as indicações dadas pelos médicos; numa ordem distinta, segue-se a falta de recursos económicos para comprar os medicamentos (18,6%). O restante terço dos inquiridos refere a «preguiça» como factor para não seguir a terapêutica tal como foi prescrita pelo médico; a falta de instrução ou de conhecimentos; não querer ou não gostar de ingerir medicamentos e «adormecer antes da hora a que devia tomar a medicação» (7,5%, 6,9%, 6,6% e 4,3%, respectivamente). Em contrapartida, a falta de planeamento que permita aos pacientes ter consigo os medicamentos onde quer que se encontrem; a falta de tempo; a mudança de rotina; o estar deprimido; a falta de apoio emocional, bem como as crenças religiosas ou culturais sobre a saúde e os tratamentos, não são, segundo os inquiridos, razões importantes para que as terapêuticas não sejam cumpridas exactamente como prescritas pelos médicos (2,5%, 2,4%, 1,4%, 0,6%, 0,6% e 0,4%).

Quadro 2.1 – Motivos extrínsecos que podem levar as pessoas a não seguir totalmente as indicações dadas pelos médicos

	Principal razão		Segunda razão		Terceira razão	
	N	%	N	%	N	%
Por esquecimento	654	46,7	200	14,3	101	7,2
Adormecer antes das horas em que deve tomar a medicação	60	4,3	146	10,4	39	2,8
Preguiça em tomar os medicamentos	105	7,5	132	9,5	86	6,2
Falta de instrução/conhecimento	97	6,9	152	10,8	109	7,8
Estar fora de casa ou longe do local onde têm os medicamentos (não planear)	36	2,5	111	7,9	107	7,7
Mudanças de rotina	19	1,4	69	4,9	80	5,7
Não ter tempo/por estar ocupado	34	2,4	101	7,2	87	6,2
Falta de recursos económicos/por ser caro	261	18,6	245	17,5	168	12,0
Fortes crenças religiosas ou culturais sobre a saúde e os tratamentos	5	0,4	9	0,6	15	1,1
Por estarem deprimidas	8	0,6	14	1,0	25	1,8
Por não querer tomar medicamentos/não gostar de tomar medicação	92	6,6	96	6,8	179	12,8
Falta de apoio emocional	8	0,6	22	1,6	41	2,9
NS/NR	21	1,5	105	7,5	362	25,8
Total	1 400	100,0	1 400	100,0	1 400	100,0

Como segundo motivo, a falta de recursos económicos assume a maior importância (17,5%), seguindo-se o esquecimento; a falta de instrução; o adormecer antes das horas das tomas; a «preguiça»; a falta de planeamento; a falta de tempo; o não gostar de tomar os medicamentos, e a mudança de rotina (10,8%, 10,4%, 9,5%, 7,9%, 7,2%, 6,8% e 4,9%), não tendo as restantes justificações praticamente expressão estatística (ausência de apoio emocional com 1,6%, depressão com 1,0%, e crenças religiosas com 0,6%). Como terceiro motivo, a vontade de não querer tomar os medicamentos e as dificuldades económicas são os mais apontados (12,8% e 12,0%), surgindo depois a falta de instrução; a falta de planeamento; o esquecimento; a preguiça; a falta de tempo, e a mudança de rotina (7,8%, 7,7%, 7,2%, 6,2%, 6,2% e 5,7%); a falta de apoio emocional, o adormecer, a depressão e as crenças religiosas não são praticamente referidos (2,9%, 2,8%, 1,8% e 1,1%).

Com base na construção de índices que permitem sintetizar e ordenar a relevância das diferentes razões segundo a importância que lhes é atribuída pelos inquiridos (a partir da hierarquização dos vários motivos: de 0, razão não assinalada, a 3, razão principal), algumas diferenças demográficas e socioeconómicas podem ser observadas quanto à atribuição de

determinadas razões práticas para a falta de adesão à terapêutica.¹ Com efeito, a falta de recursos económicos como explicação para não seguir totalmente as indicações médicas assume maior importância entre as mulheres e entre os inquiridos mais velhos, em particular com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos.

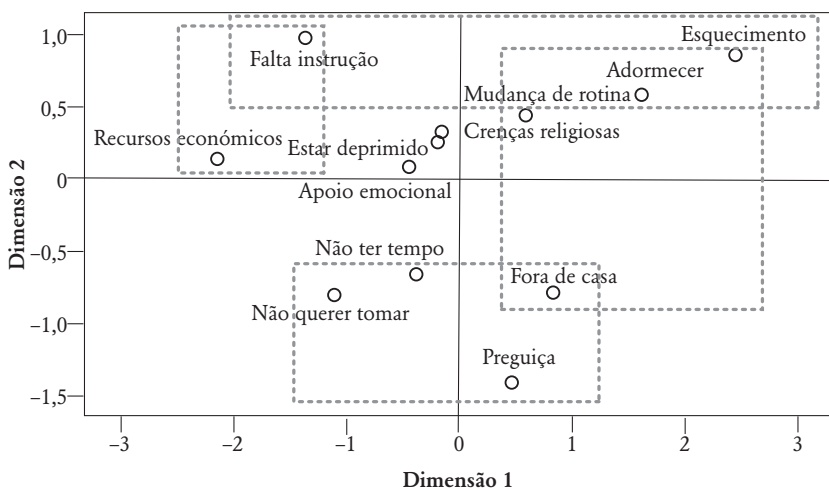
A falta de instrução é a mais citada por quem frequentou ou está a frequentar o ensino superior, contrariamente aos que têm níveis de escolaridade mais baixos (até à instrução primária), que atribuem menos importância a este factor. Adormecer antes da hora a que deve tomar a medicação é considerado um motivo mais importante para as mulheres, tal como a falta de apoio emocional. A falta de tempo e as mudanças de rotina que possam afectar o cumprimento das prescrições médicas são, por sua vez, explicações mais referidas entre os homens, sendo também mais importantes para os inquiridos cujo estatuto socioprofissional² se enquadra no grupo dos proprietários, dirigentes e profissionais liberais, no caso do primeiro motivo, e dos que são quadros médios e superiores e têm mais escolaridade (que frequentaram ou frequentam o ensino superior), no caso da segunda razão; inversamente, os quadros médios e superiores, bem como os proprietários, dirigentes e profissionais liberais, são os que menos importância dão a estes dois aspectos, respectivamente. A «preguiça» em tomar os medicamentos é uma explicação mais relevante para os quadros médios e superiores (ao contrário dos proprietários, dirigentes e profissionais liberais, que lhe atribuem menos importância), enquanto as crenças religiosas ou culturais sobre a saúde e os tratamentos são razões mais importantes para os inquiridos que frequentam ou frequentaram o ensino superior e que se incluem, profissionalmente, na categoria dos quadros médios e superiores, ao contrário dos que têm, no máximo, a instrução primária e dos trabalhadores manuais especializados, mas também dos proprietários, dirigentes e profissionais liberais.

Para concluir, através da utilização de medidas de dissimilaridades (distâncias euclidianas), chegou-se a uma tipologia com base em agrupamentos dos diferentes motivos extrínsecos atribuídos pelos inquiridos à falta de adesão à terapêutica, que proporcionam, por assim dizer, um mapea-

¹ Teste de Kruskal Wallis (Mean Rank). Este teste, por ser não paramétrico, não permite dizer onde há diferenças: aqui apenas se diz os grupos que valorizam mais e menos cada aspecto sempre que o teste indica que existem diferenças significativas, uma vez que poderiam existir mais diferenças entre eles, sem ser nos extremos.

² Do próprio ou da pessoa que mais contribui para o sustento do agregado familiar em que o inquirido não activo se insere. No caso dos reformados, refere-se à ocupação socioprofissional exercida anteriormente.

Figura 2.1 – Agrupamentos dos motivos práticos para a falta de adesão à terapêutica: *multidimensional scaling* (MDS)



Coefficiente de *stress* = 0,16; $R^2 = 0,86$.

mento atitudinal com base nos agrupamentos obtidos. Os resultados da MDS evidenciam os vários motivos distribuídos em função de duas dimensões: a primeira dimensão opõe o grupo de inquiridos que atribuem maior importância ao esquecimento, ao adormecer antes das horas a que deve tomar a medicação, às mudanças de rotina e à falta de planeamento antecipado ao grupo dos que valorizam os baixos recursos económicos e a falta de instrução, enquanto a segunda dimensão opõe aqueles que valorizam a preguiça, o não querer tomar a medicação, o estar fora de casa ou longe do local onde têm a medicação (falta de planeamento antecipado) e o não ter tempo, aos que dão importância à falta de instrução, ao esquecimento, ao adormecer e à mudança de rotina como causas para que não exista um cumprimento efectivo das indicações médicas.³

³ Na primeira dimensão, os homens e os inquiridos mais jovens (até 39 anos) tendem, em média, a explicar a falta de adesão à terapêutica em função de motivos próximos do pólo do esquecimento, enquanto as mulheres e os que têm idades entre os 50 e os 65 anos privilegiam os recursos económicos e a falta de instrução, independentemente do seu nível de escolaridade e do estatuto socioprofissional. Na segunda dimensão, os homens tendem a valorizar o pólo da preguiça, enquanto as mulheres estão mais próximas do pólo da falta de instrução, independentemente da idade, da instrução e do estatuto socioprofissional.

Características intrínsecas da terapêutica para a não adesão

As características dos medicamentos e a evolução dos tratamentos podem também condicionar negativamente a adesão por parte dos pacientes às terapêuticas prescritas. Com efeito, na opinião de perto de metade dos portugueses, o incumprimento da totalidade das indicações dadas pelos médicos deve-se principalmente a dois factores intrínsecos: os pacientes pensarem que já não precisam de fazer o tratamento até ao fim tal como prescrito por se sentirem melhor (26,6%) e devido aos efeitos secundários que a ingestão dos medicamentos provoca (22,2%). Seguidamente, ainda com alguma expressão, surge a vontade dos pacientes de não quererem misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias (12,4%); sentirem-se pior quando tomam os medicamentos (8,0%); não sentirem melhoras ou considerarem que o tratamento não está a fazer efeito (7,3%); duvidarem da eficácia do tratamento (6,5%); a duração demasiado longa da aplicação da terapêutica (6,1%); terem de tomar demasiados medicamentos (5,2%); dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição (às refeições, em jejum, de oito em oito horas, com muitos líquidos, etc.) (3,5%).

De entre razões secundárias, as mais importantes são os pacientes pensarem que já não necessitam de continuar os tratamentos por se sentirem melhor; a duração do tratamento; não sentirem melhoras e terem de tomar demasiados medicamentos (13,7%, 13,0%, 12,2% e 12,0%, respectivamente), surgindo depois a dúvida sobre a eficácia do tratamento; a dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição; sentirem-se pior quando tomam os medicamentos; não quererem misturar os medicamentos com outras substâncias, e os efeitos secundários (8,9%, 8,1%, 7,9%, 7,8% e 7,3%, respectivamente). Por fim, como terceira razão mais importante, estão o número elevado de medicamentos a tomar; a dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição; a duração do tratamento, e pensarem que já não precisam de continuar o tratamento por se sentirem melhor (15,0%, 12,9%, 10,7% e 9,7%, respectivamente); segue-se o facto de não sentirem melhoras; duvidarem da eficácia do tratamento; os efeitos secundários; não quererem misturar medicamentos com outras substâncias, e sentirem-se pior quando os tomam (6,8%, 6,3%, 4,8%, 3,3% e 3,3%, respectivamente).

Recorrendo novamente à construção de um índice de forma a sintetizar e a ordenar a relevância dos vários motivos de acordo com a importância que lhes é atribuída pelos inquiridos (de 0, razão não assinalada,

Quadro 2.2 – Características dos medicamentos e/ou da terapêutica que podem levar as pessoas a não cumprirem na totalidade as indicações dadas pelos médicos

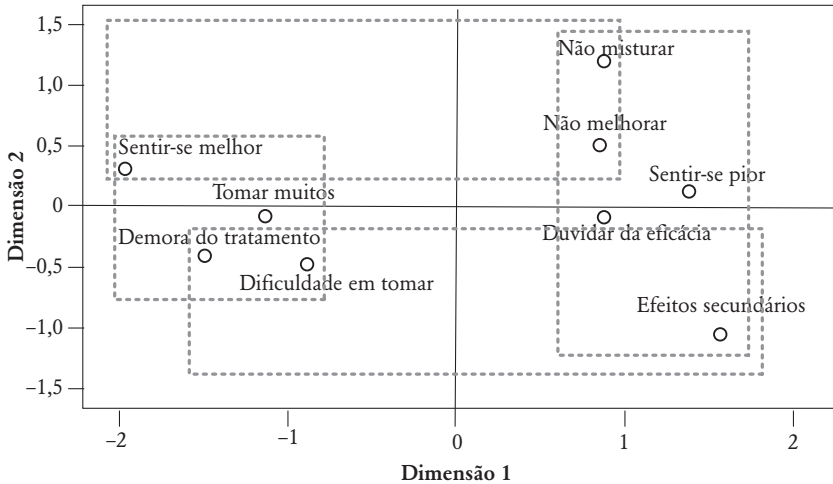
	Principal razão		Segunda razão		Terceira razão	
	N	%	N	%	N	%
Efeitos secundários	310	22,2	102	7,3	68	4,8
Não querer misturar medicamentos com álcool/outras substâncias	173	12,4	110	7,8	46	3,3
Sentir-se pior quando tomam os medicamentos	112	8,0	110	7,9	46	3,3
Duvidar da eficácia do tratamento	91	6,5	125	8,9	88	6,3
Não sentir melhoras/não fazer efeito	102	7,3	171	12,2	96	6,8
Pensar que já não precisa de fazer o tratamento por se sentir melhor	372	26,6	192	13,7	136	9,7
Duração do tratamento/demasiado longo	85	6,1	182	13,0	149	10,7
Ter de tomar demasiados medicamentos	73	5,2	168	12,0	211	15,0
Dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição («às refeições», «em jejum», «de oito em oito horas» ou «com muitos líquidos», etc.)	48	3,5	113	8,1	181	12,9
NS/NR	33	2,3	128	9,2	381	27,2
Total	1 400	100,0	1 400	100,0	1 400	100,0

a 3, razão principal), constata-se que existe uma relativa homogeneidade quanto à hierarquização atribuída a esses diferentes motivos pelos vários grupos demográficos e socioeconómicos.⁴ Ainda assim, o facto de os pacientes pensarem que já não precisam de fazer o tratamento por se sentirem melhor é uma explicação menos considerada entre os inquiridos mais velhos (com mais de 66 anos), entre os menos escolarizados (ensino primário ou menos) e os trabalhadores manuais não especializados; pelo contrário, os que têm idades intermédias (40 a 49 anos), que frequentaram ou frequentam o ensino superior e que são quadros médios e superiores estão entre os que mais importância atribuem a esta causa. Os efeitos secundários como factor para o incumprimento integral das indicações médicas pela generalidade das pessoas são mais desvalorizados pelos inquiridos menos escolarizados (até ao ensino primário) e pelos trabalhadores manuais especializados; inversamente, os que possuem o ensino secundário e os que são proprietários, dirigentes e profissionais liberais ou quadros médios e superiores são quem mais valoriza esta explicação. A desmotivação provocada pela duração do tratamento e a di-

⁴ Teste de Kruskal Wallis (Mean Rank).

ficuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição são explicações menos válidas para os inquiridos com menos escolaridade (com o ensino primário ou menos), ao contrário dos que têm o ensino secundário, que valorizam mais a primeira explicação, assim como aqueles que completaram o 2.º ou o 3.º ciclo do ensino básico, que são quem mais importância dá à segunda. A dúvida sobre a eficácia do tratamento é um motivo menos apontado por quem tem entre 50 e 65 anos, enquanto os inquiridos entre os 40 e os 49 anos atribuem mais importância a este argumento para a falta de adesão total às terapêuticas.

Figura 2.2 – Agrupamentos das características dos medicamentos e/ou da terapêutica que podem levar as pessoas a não cumprirem na totalidade as indicações dadas pelos médicos: multidimensional scaling (MDS)



Coefficiente de stress = 0,08; $R^2 = 0,96$.

Para concluir, e recorrendo à mesma técnica estatística MDS, quatro grupos de inquiridos podem ser organizados em função da valorização que atribuem a determinadas características das terapêuticas que podem originar algum incumprimento em relação ao que é indicado pelo médico. Assim, com base em duas dimensões, um primeiro conjunto de inquiridos dá maior importância aos efeitos secundários, ao facto de os doentes se sentirem pior quando tomam os medicamentos, ao duvidar da eficácia do tratamento, ao não melhorar e ao não querer misturar os medicamentos com outras substâncias, por oposição àqueles que têm a

opinião de que os doentes tendem a não prosseguir os tratamentos tal como prescritos por se sentirem melhor, por os tratamentos demorarem demasiado tempo, por tomarem muitos medicamentos e por terem dificuldade em tomá-los de acordo com as orientações dadas. Os inquiridos que valorizam os efeitos secundários, a dificuldade das tomas e a demora do tratamento opõem-se àqueles que consideram que o não querer misturar os medicamentos com outras substâncias, os doentes pensarem que não estão a melhorar ou que, pelo contrário, já se sentem melhor, são factores que podem contribuir para que o tratamento não seja cumprido na íntegra.

A relação médico-paciente no cumprimento das prescrições médicas

A relação de confiança e cooperação que se estabelece entre o médico e o paciente na prática clínica é um dos pilares fundamentais para o sucesso da aplicação e prossecução correcta da terapêutica e, por consequência, para a melhoria ou cura da situação de doença. Na opinião dos portugueses, o receio dos pacientes de fazerem perguntas e pedirem esclarecimentos (31,7%) e o facto de não prestarem atenção quando o médico está a explicar o tratamento (28,1%) são as principais razões, na relação médico-paciente, que podem contribuir, na opinião dos inquiridos, para que as pessoas não cumpram na totalidade as indicações dadas pelos médicos. A falta de entendimento, por parte do paciente, sobre as vantagens do tratamento é a segunda razão mais referida (20,5%), surgindo, por último, a falta de confiança no médico (12,5%).

Não existindo diferenças significativas entre homens e mulheres, a ideia de que os pacientes têm receio de fazer perguntas e de pedir esclarecimentos é mais comum entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos e os quadros médios e superiores. Por sua vez, a falta de atenção por parte dos pacientes quando o médico está a explicar o tratamento é mais referida pelos trabalhadores manuais especializados, ao contrário dos quadros médios e superiores e dos inquiridos com níveis de escolaridade mais elevados (que frequentam ou frequentaram o ensino superior), que são quem menos dá esta justificação. A opinião de que a falta de entendimento sobre as vantagens do tratamento contribui para o incumprimento das indicações dadas pelo médico é mais comum entre os inquiridos mais jovens (com menos de 29 anos), que frequentaram ou frequentam o ensino superior ou o ensino secundário, mas também entre os trabalhadores manuais não especializados, enquanto aqueles que não ul-

Quadro 2.3 – Principal razão relacionada com a relação médico-paciente que contribui para que as pessoas não cumpram na totalidade as indicações dadas pelos médicos

	<i>N</i>	%
Receio dos pacientes em fazer perguntas e pedir esclarecimentos	444	31,7
Não prestam atenção quando o médico está a explicar o tratamento	393	28,1
Falta de confiança no médico	174	12,5
Falta de entendimento, por parte do paciente, sobre as vantagens do tratamento	286	20,5
NS/NR	102	7,3
Total	1 400	100,0

trapassaram o ensino primário e os trabalhadores manuais especializados são quem menos concorda com esta ideia. A falta de confiança no médico é uma explicação mais referida sobretudo pelos inquiridos com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos.

O enfoque na relação com o médico é, para os inquiridos, um factor determinante para levar a que os pacientes cumpram convenientemente as indicações terapêuticas dadas pelos médicos. Desde logo, a esmagadora maioria concorda, em parte ou totalmente, que os médicos deveriam dedicar mais tempo a cada paciente para explicar as instruções dos medicamentos que prescrevem (88,6%). Também considera que os médicos devem fornecer sempre aos doentes um plano escrito detalhado de como deve ser seguido o tratamento (86,6%) e que o paciente deve poder telefonar ao médico para tirar dúvidas sobre o tratamento (80,6%). A acção desenvolvida pelos farmacêuticos também se afigura importante, com perto de três quartos dos inquiridos a concordarem, em parte ou totalmente, que estes profissionais de saúde deveriam também dispensar mais tempo a explicar as instruções dos medicamentos aos doentes no momento da compra (73,1%).

Estas disposições não variam de acordo com o género, a idade, o nível de instrução e o estatuto socioprofissional, com excepção dos mais velhos (idade igual ou superior a 66 anos), que concordam mais, em média, que os pacientes devem poder telefonar ao seu médico para tirar dúvidas sobre o tratamento em caso de necessidade, ao contrário dos mais jovens (menos de 29 anos), que tendem a ver menos essa necessidade, embora também tenha sido identificada.

Por outro lado, estes resultados indicam uma elevada dependência em relação ao saber médico. Na opinião dos inquiridos, é crucial que os médicos (e também os farmacêuticos) despendam mais tempo e estejam mais acessíveis aos doentes, de modo que estes apreendam correctamente

Quadro 2.4 – Formas de levar os doentes a cumprir as indicações dos médicos

	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Os médicos deveriam gastar mais tempo com os pacientes a explicar as instruções dos medicamentos que prescrevem	8	0,6	74	5,3	69	4,9	642	45,9	598	42,7	8	0,6	1 400	100,0
O paciente deve poder telefonar ao seu médico para tirar dúvidas sobre o tratamento	7	0,5	109	7,8	130	9,3	711	50,8	417	29,8	25	1,8	1 400	100,0
Dar aos pacientes, juntamente com as prescrições, um plano escrito detalhado de como deve ser seguido o tratamento	2	0,2	69	5,0	106	7,6	826	59,0	387	27,6	9	0,6	1 400	100,0
Os farmacêuticos deveriam gastar mais tempo com os doentes para lhes explicar as instruções dos medicamentos	13	0,9	183	13,0	169	12,1	759	54,2	265	18,9	12	0,8	1 400	100,0

as regras do tratamento e cumpram as indicações terapêuticas. Estes indicadores apresentam um razoável grau de consistência entre eles,⁵ o que permite assim construir um índice que resume o nível de autonomia dos doentes relativamente ao saber técnico (médico e farmacêutico). Numa escala de 1 a 5, os inquiridos apresentam assim, em média, uma elevada expectativa relativamente ao saber técnico e à forma como este deveria ser comunicado (4,04), a fim de contribuir para que os doentes cumpram mais eficazmente as indicações médicas e para tornar os tratamentos prescritos mais eficazes na resolução dos seus problemas de saúde. Esta alta expectativa é transversal a todos os grupos demográficos e socioeconómicos, o que «devolve a responsabilidade» da adesão à terapêutica aos profissionais de saúde.

Atitudes perante o médico, a saúde e a doença

Na opinião da maioria dos inquiridos, os médicos utilizam, nas explicações que dão sobre a situação clínica e a terapêutica a aplicar, palavras

⁵ Alfa de Cronbach = 0,58.

Quadro 2.5 – Relação com o médico

	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
As pessoas sentem-se um pouco desapontadas quando saem do consultório médico sem uma receita	158	11,3	720	51,5	193	13,8	287	20,5	24	1,7	18	1,3	1 400	100,0
Os médicos dizem toda a verdade aos seus pacientes	82	5,9	528	37,7	292	20,8	430	30,7	25	1,8	43	3,1	1 400	100,0
Os médicos estão dispostos a admitir os seus erros aos pacientes	177	12,6	593	42,4	276	19,7	275	19,7	11	0,8	68	4,8	1 400	100,0
Os médicos deixam os pacientes à vontade para fazer as perguntas de que gostariam	39	2,8	322	23,0	261	18,6	714	51,0	49	3,5	16	1,1	1 400	100,0
Os médicos usam palavras ou expressões que os pacientes têm dificuldade em entender	19	1,3	272	19,4	182	13,0	778	55,6	125	8,9	24	1,7	1 400	100,0
Os médicos receitam medicamentos a mais	36	2,6	419	29,9	336	24,0	470	33,6	68	4,8	71	5,1	1 400	100,0

ou expressões que os doentes têm dificuldade em entender (64,5%), embora considerem que deixam os pacientes à vontade para fazer as perguntas que gostariam (54,5%). No entanto, quando questionados sobre se os médicos dizem toda a verdade aos seus pacientes, os inquiridos tendem a considerar que tal não acontece (43,6% discordam em parte ou totalmente da total sinceridade dos clínicos); também são da opinião, de forma ainda mais expressiva, de que os médicos não estão dispostos a admitir os seus eventuais erros aos doentes (55,0%). Quanto à prescrição de medicamentos, a maioria dos inquiridos não se sentiria desapontada se saísse do consultório médico sem uma receita (62,8%), tendendo a considerar que, de uma forma geral, os médicos prescrevem fármacos a mais (38,4% concordam em parte ou totalmente que tal acontece, contra 32,5% que têm posição contrária).

A dificuldade de entendimento entre médicos e pacientes é mais reconhecida, em média, pelas mulheres e pelos inquiridos com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos (concordam que ela existe), ao contrário dos homens e das pessoas mais velhas (mais de 66 anos) que tendem a valorizar menos esta dificuldade (apenas tendem a concordar).

A ideia de que os médicos deixam os pacientes à vontade para fazer perguntas colhe maior concordância entre os homens e entre os inquiridos com níveis de escolaridade até ao 3.º ciclo do ensino básico, inversamente às mulheres e aos inquiridos que frequentam ou frequentaram o ensino superior, os quais se mostram mais críticos (embora todos tendam a concordar que tal acontece).

Os que mais acreditam que os médicos dizem sempre toda a verdade aos pacientes encontram-se entre os mais velhos, com idades acima dos 66 anos, e entre os inquiridos com menos escolaridade (no máximo, com a instrução primária), enquanto os mais jovens, com idades até aos 39 anos, e os mais escolarizados (ensino superior) tendem a duvidar mais da total sinceridade dos clínicos.

Os mais velhos e os inquiridos menos escolarizados são também os que menos tendem a discordar da ideia de que os médicos estão dispostos a assumir os seus eventuais erros, inversamente às posições assumidas dos que têm idades entre os 30 e os 65 anos e dos que frequentam ou frequentaram o ensino superior.

Os mais idosos, os menos escolarizados e os trabalhadores manuais especializados são quem menos discorda de que as pessoas se sentem um pouco desapontadas quando saem do consultório médico sem uma receita, ao contrário dos inquiridos com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos e com níveis de escolaridade mais elevados (frequentaram ou frequentam o ensino superior) e dos proprietários, dirigentes e profissionais liberais, que discordam mais dessa opinião.

Por fim, os mais jovens (menos de 29 anos) são quem mais discorda de que os médicos receitam medicamentos a mais, enquanto os inquiridos com idades intermédias (entre os 40 e os 49 anos) tendem a pensar que tal acontece.

Conhecimento leigo – atitudes perante a saúde e a doença

As representações sociais acerca da saúde e da doença partilhadas, diferenciadamente, pela população são também um factor importante para o nível de envolvimento dos pacientes relativamente às terapêuticas que lhes são prescritas, podendo determinar, em certa medida, a sua maior ou menor adesão aos tratamentos. Um dos indicadores base refere-se à adopção de estilos de vida saudáveis e outros comportamentos individualmente responsáveis que promovam a saúde, em vez de a delegarem

Quadro 2.6 – Doença e saúde

	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A maior parte das doenças cura-se por si própria	223	15,9	755	53,9	204	14,5	184	13,1	12	0,9	23	1,6	1400	100,0
Quando se tem doenças como uma simples constipação, as pessoas podem tratar-se a si próprias	28	2,0	265	18,9	177	12,6	806	57,6	117	8,3	8	0,5	1400	100,0
As pessoas confiam muito mais nos seus médicos do que em si próprias para se manterem saudáveis	17	1,2	318	22,7	288	20,6	667	47,6	61	4,3	50	3,5	1400	100,0

por completo no poder curativo da medicina. Apesar do enaltecimento de tais comportamentos e da sua actualidade, mais de metade dos portugueses concorda, em parte ou totalmente (51,9%), que as pessoas continuam a confiar muito mais nos médicos do que em si próprias para se manterem saudáveis, opinião partilhada, em média, tanto por homens como mulheres, independentemente do estatuto socioprofissional. No entanto, são os inquiridos mais jovens (até aos 29 anos) e com escolaridades intermédias (ensino secundário) que tendem a concordar menos com esta dependência em relação à medicina do que os restantes inquiridos de outras idades e menos escolarizados (ensino primário ou menos), os quais parecem depositar maior confiança nos médicos do que em si próprios para se manterem saudáveis.

Por outro lado, mais de dois terços dos inquiridos discordam, em parte ou totalmente, de que a maioria das doenças se cura por si própria (69,8%), sobretudo os mais escolarizados (ensino superior), por oposição aos menos escolarizados, que tendem a discordar menos (no máximo, com a instrução primária). Não existem diferenças entre homens e mulheres, idade e estatuto socioprofissional. Já o recurso a um médico ou a outro técnico de saúde é dispensável para cerca de dois terços dos respondentes (65,9%), quando se tem doenças como uma simples constipação, na medida em que concordam, em parte ou totalmente, que estas podem ser tratáveis pelas próprias pessoas. Em média, os homens concordam mais com esta ideia, tal como os inquiridos menos escolarizados (até à instrução primária), ao contrário das mulheres e dos inquiridos que frequentam ou frequentaram o ensino superior, que são quem menos concorda que essas doenças sejam curáveis pelos próprios, não se registando diferenças significativas por idade e por estatuto socioprofissional.

Para concluir, a fim de resumir as diferentes disposições dos inquiridos relativamente à actividade médica, à saúde e à doença, apenas foi possível observar uma divisão entre, por um lado, aqueles que manifestam uma grande confiança na medicina e, por outro, aqueles que manifestam atitudes mais cépticas.

Consequências globais da não adesão à terapêutica

Quanto às consequências globais de uma adesão à terapêutica menos rigorosa, a esmagadora maioria dos inquiridos concorda, em parte ou totalmente, que o incumprimento provoca desde logo um desperdício de medicamentos (90,5%) e que tem efeitos negativos na saúde da própria pessoa (88,7%). Uma percentagem menor é da opinião de que o incumprimento das indicações dadas pelos médicos provoca também efeitos de cariz sistémico, na medida em que essa falta de cumprimento sobrecarrega o sistema de saúde (81,4%) com a necessidade de cuidados de saúde mais prolongados por ausência de eficácia das terapêuticas aplicadas (81,4%), assim como resulta em custos adicionais para a economia nacional (79,8%).

Quadro 2.7 – Opiniões sobre a adesão à terapêutica

	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O incumprimento dos tratamentos provoca consequências na saúde da própria pessoa	2	0,2	54	3,8	82	5,8	1048	74,9	194	13,8	20	1,5	1400	100,0
O incumprimento dos tratamentos provoca desperdício de medicamentos	3	0,2	46	3,3	58	4,1	979	69,9	289	20,6	24	1,7	1400	100,0
O incumprimento dos tratamentos tem custos para a economia nacional	7	0,5	81	5,8	99	7,0	896	64,0	221	15,8	96	6,8	1400	100,0
O incumprimento dos tratamentos sobrecarrega o sistema de saúde	7	0,5	81	5,8	94	6,7	909	64,9	231	16,5	77	5,5	1400	100,0

Apesar do elevado grau de concordância entre os inquiridos relativamente a estes impactos resultantes da falta de adesão total aos tratamentos médicos, dois grupos podem ainda assim ser identificados, correspon-

dendo um àqueles que valorizam mais as consequências a nível societal, dando respostas semelhantes acerca da sobrecarga que esse incumprimento acarreta para o sistema de saúde e acerca dos custos adicionais que implica para a economia nacional, e outro grupo que dá maior importância às consequências a nível individual, com implicações negativas para a saúde da própria pessoa, ao mesmo tempo que provoca um gasto inútil de medicamentos para a pessoa.

Quadro 2.8 – Consequências globais vs. consequências pessoais
(análise factorial em componentes principais – rotação Varimax)

	Factor 1	Factor 2
O incumprimento dos tratamentos tem custos para a economia nacional	0,925	0,109
O incumprimento dos tratamentos sobrecarrega o sistema de saúde	0,907	0,181
O incumprimento dos tratamentos provoca consequências na saúde da própria pessoa	0,003	0,895
O incumprimento dos tratamentos provoca desperdício de medicamentos	0,330	0,753
Variância explicada (%)	44,7	35,3
Alfa de Cronbach	0,84	0,58
KMO		0,603

Não existindo diferenças significativas entre homens e mulheres, as consequências a nível societal colhem maior concordância entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos, os mais escolarizados e os quadros médios e superiores, ao contrário dos mais jovens, dos que têm apenas a escolaridade obrigatória e um estatuto socioeconómico mais baixo, os quais tendem a valorizar menos este tipo de impactos; por seu turno, as consequências a nível individual são mais unânimes, sendo apenas mais importantes para uma ampla faixa etária (dos 30 aos 65 anos), inversamente ao que sucede entre os mais jovens (até aos 29 anos).

Função do farmacêutico

O farmacêutico pode também assumir um papel relevante no contacto que estabelece com o paciente, aquando da aquisição comercial dos medicamentos, no sentido de contribuir para um cumprimento mais efectivo das indicações dadas pelos médicos e a correcta aplicação da tera-

pêutica. De um conjunto de características que definem e valorizam a função do farmacêutico, os inquiridos destacam sobretudo a actividade comercial (38,7% definem o farmacêutico como alguém que vende medicamentos) e o papel de esclarecimento que estes profissionais desempenham, ajudando os pacientes a tomar os medicamentos de acordo com as prescrições (21,4%). Ainda com alguma expressão estatística surge a função que os farmacêuticos têm de recomendação de medicamentos quando solicitados pelo paciente (11,0%); seguem-se a explicação sobre os efeitos secundários dos fármacos (6,2%); o aconselhamento de genéricos (5,9%); a vigilância sobre o que é prescrito, detectando enganos ou informações em falta nas receitas (5,0%), e finalmente a sua aptidão para prestar alguns cuidados de saúde, como medir a tensão arterial, etc. (3,6%). Para a quase totalidade dos inquiridos, a facilitação na compra de medicamentos a pessoas com dificuldades financeiras; ajudar a compreender melhor as doenças; decifrar a letra do médico e elaborar um plano escrito do tratamento; acompanhar a medicação que o doente está a tomar; saber tanto como um médico em relação aos medicamentos, e aconselhar opções de medicamentos com preços diferentes são actividades que não definem a função principal do farmacêutico (2,2%, 1,9%, 1,3%, 1,0%, 0,9% e 0,5%).

Como segundas características, os inquiridos elegeram o papel de esclarecimento que os farmacêuticos têm sobre a forma como os fármacos devem ser tomados (20,3%); a recomendação de medicamentos (13,3%); a prestação de alguns cuidados de saúde (11,2%); o aconselhamento de genéricos (10,1%), e a explicação dos efeitos secundários (9,8%). A venda de medicamentos; ajudar a compreender melhor as doenças; a facilitação financeira para os pacientes adquirirem os medicamentos; a correcção de enganos ou a prestação de informações em falta nas prescrições; o acompanhamento da medicação que os pacientes tomam, e o aconselhamento sobre opções de medicamentos com outros preços, bem como ajudar na legibilidade da receita médica, fazendo-a corresponder a um plano detalhado escrito de tratamento, são as funções a seguir mais referidas (6,9%, 6,9%, 4,8%, 4,1%, 3,2%, 2,9% e 2,1%, respectivamente).

Como terceiras características, estão em particular a prestação de alguns cuidados de saúde (17,2%) e o papel de esclarecimento sobre a forma como os medicamentos devem ser tomados pelos doentes (15,2%) e sobre as suas próprias doenças (9,4%). Seguidamente são valorizados a recomendação de medicamentos que os farmacêuticos podem fazer (7,2%); a elaboração de um plano escrito do tratamento a partir da receita médica (6,6%); a explicação sobre os efeitos secundários (5,8%); o acon-

Quadro 2.9 – Definição da função de farmacêutico

	Principal definição		Segunda definição		Terceira definição	
	N	%	N	%	N	%
Dispensa medicamentos	541	38,7	96	6,9	70	5,0
Detecta enganos ou informações em falta nas prescrições	70	5,0	58	4,1	31	2,2
Recomenda medicamentos quando solicitados	154	11,0	187	13,3	101	7,2
Explica os efeitos secundários dos medicamentos	87	6,2	137	9,8	81	5,8
Aconselha genéricos	83	5,9	141	10,1	71	5,1
Esclarece a forma como os medicamentos devem ser tomados (horários, dosagens, etc.)	299	21,4	284	20,3	213	15,2
Acompanha a medicação que está tomar	14	1,0	44	3,2	37	2,7
Facilita a compra de medicamentos a pessoas com dificuldades financeiras/vende fiado	31	2,2	67	4,8	68	4,8
Ajuda a compreender melhor a sua doença	26	1,9	97	6,9	132	9,4
Sabe tanto como um médico em relação aos medicamentos	12	0,9	24	1,7	41	2,9
Aconselha opções de medicamentos com preços diferentes	7	0,5	40	2,9	54	3,9
Presta alguns cuidados de saúde (medir a tensão, injecções, etc.)	50	3,6	157	11,2	241	17,2
Decifra a letra do médico e elabora um plano escrito do tratamento	18	1,3	29	2,1	92	6,6
NS/NR	7	0,5	39	2,8	168	12,0
Total	1 400	100,0	1 400	100,0	1 400	100,0

selhamento de genéricos (5,1%); a facilitação financeira na compra de medicamentos (4,8%); o aconselhamento de opções de medicamentos com preços diferentes (3,9%); o conhecimento que o farmacêutico possui sobre medicamentos equivalente ao dos médicos (2,9%); o acompanhamento da medicação que os doentes estão a tomar (2,7%), e a detecção de enganos ou informações em falta nas prescrições médicas (2,2%).

Com base na construção de um índice por forma a sintetizar e a ordenar a importância das diferentes características da profissão de farmacêutico, segundo a relevância que lhes é atribuída pelos inquiridos (de 0, definição não assinalada, a 3, definição principal), algumas diferenças podem ser encontradas quanto à importância dada aos vários elementos

definidores da actividade do farmacêutico pelos diferentes grupos demográficos e socioeconómicos.⁶ Com efeito, a actividade comercial do farmacêutico é mais valorizada pelos homens, enquanto o papel de esclarecimento sobre a forma como os medicamentos devem ser tomados é mais relevante para as mulheres, tal como a facilitação da compra de medicamentos a pessoas com dificuldades financeiras. Os inquiridos com idades compreendidas entre os 40 e os 49 anos e os menos escolarizados atribuem também maior importância a este último aspecto, ao contrário dos inquiridos mais jovens, até aos 29 anos, e dos que frequentaram o ensino secundário.

O aconselhamento de genéricos é mais importante para os inquiridos com menos de 39 anos, ao contrário do que consideram os mais velhos (mais de 66 anos), que são quem mais desvaloriza esta função. Já a tarefa de ajudar os pacientes a compreenderem melhor a sua doença colhe maior importância entre os inquiridos que frequentaram o ensino secundário e os que são trabalhadores manuais especializados, enquanto os que frequentaram ou frequentam o ensino superior e os proprietários, dirigentes e profissionais liberais atribuem menor importância a esta prestação. A monitorização de possíveis enganar ou de informações em falta nas prescrições médicas é mais relevante para os inquiridos com idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos, para os que frequentaram ou frequentam ainda o ensino superior e para os quadros médios ou superiores, enquanto os inquiridos mais jovens (até aos 29 anos) e os mais velhos (mais de 66 anos), os menos escolarizados (instrução primária) e os trabalhadores manuais especializados tendem a dar menos importância a este factor.

⁶ Teste de Kruskal Wallis (Mean Rank).

Capítulo 3

Estado e hábitos de saúde

Os resultados apresentados neste capítulo, para além da informação importante que revelam sobre a caracterização do estado e dos hábitos de saúde dos portugueses, constituem, parte deles, a base em que assenta toda a recolha de dados sobre o tema principal do presente estudo, a adesão à terapêutica. A fim de controlar a precisão das respostas dadas pelos inquiridos, bem como distinguir posteriormente, do ponto de vista analítico, os diferentes níveis de cumprimento relativamente aos vários estados de doença e da sua gravidade, foi pedido aos inquiridos que se situassem relativamente a uma situação específica de doença num espaço de tempo determinado. Deste modo, todos os resultados apresentados daqui em diante, e que dizem respeito a comportamentos e atitudes associados à adesão à terapêutica, estão assim ancorados numa situação específica de doença que cada inquirido elegera como referente para responder a essas questões, obedecendo as respostas ao seguinte critério: (1) prevalece uma doença crónica considerada mais grave pelo inquirido no caso de sofrer de mais do que uma; (2) se não tiver nenhuma doença crónica, elegeria então uma doença aguda grave, de entre várias, se for o caso; por fim, (3) se não se enquadrar em nenhuma das duas situações anteriores, escolheria uma doença aguda ligeira que lhe tenha dado maior preocupação se tiver vivido mais do que uma.

Estado de saúde

Começando pela avaliação subjectiva que cada inquirido faz do seu estado de saúde, perto de metade dos portugueses considera-o bom ou mesmo excelente (48,3%), enquanto 40,7% sentem que é razoável. Uma parte significativa declara que tem um estado de saúde mau ou péssimo (11,0%).¹

¹ Em 2001, perto de 60% dos inquiridos consideravam que o seu estado de saúde era «bom» ou mesmo «excelente», enquanto cerca de 11% avaliavam-no como «mau» ou «péssimo»; os restantes 30% consideravam-no «razoável» (Cabral, Silva e Mendes 2002).

Quadro 3.1 – Avaliação subjectiva do estado de saúde

	<i>N</i>	%
Excelente	178	12,7
Boa	498	35,6
Razoável	570	40,7
Má	104	7,5
Péssima	49	3,5
NS/NR	1	0,1
Total	1 400	100,0

Quadro 3.2 – Avaliação subjectiva do estado de saúde (*regressão linear*)

	Beta (coeficientes estandardizados)
Idade	0,362 *
Género	0,118 *
Ocupação socioprofissional	0,091 *
Escolaridade	-0,066 **
R^2	0,204

* $p \leq 0,001$; ** $p \leq 0,05$.

Em média, os homens declaram melhor estado de saúde do que as mulheres, tal como os inquiridos mais jovens com idades até aos 39 anos, os que ultrapassaram a instrução primária, sobretudo os mais escolarizados que frequentam ou frequentaram o ensino superior, e os que possuem o estatuto socioprofissional de quadros médios e superiores, bem como os executantes não manuais. Pelo contrário, quem tem mais de 50 anos, sobretudo os que têm mais de 66 anos, os menos escolarizados (no máximo, com a instrução primária) e os trabalhadores manuais declaram pior estado de saúde.

Tal como no passado, o estado de saúde subjectivo corresponde a um perfil sociodemográfico que explica apenas 20% da variância observada, mas segundo o qual as pessoas mais velhas, as mulheres e os inquiridos com estatuto socioprofissional e escolaridade mais baixos revelam pior estado de saúde. Este padrão encontra-se, *mutatis mutandis*, associado à maioria das condições de doença que analisaremos daqui em diante, nomeadamente as doenças crónicas.

Quanto à condição mais objectiva do estado de saúde, na medida do possível, dado que não se trata de um estudo epidemiológico e a anotação das doenças depende da declaração do inquirido e da designação que este lhes dá, sem a validação clínica que aquele tipo de estudos implica, mais

Quadro 3.3 – Doença ou condição de saúde crónica diagnosticada por um médico (físicas ou psíquicas)

	<i>N</i>	%
Sim	561	40,1
Não	835	59,6
NS/NR	4	0,3
Total	1 400	100,0

Quadro 3.4 – Doença aguda grave ou acidente que tenham requerido assistência médica no último ano

	<i>N</i>	%
Sim	204	14,6
Não	1 194	85,3
NS/NR	1	0,1
Total	1 400	100,0

Quadro 3.5 – Doença aguda grave resultante de acidente

	<i>N</i>	%
Sim	61	30,2
Não	141	69,8
Total	1 400	100,0

de um terço dos portugueses afirma que sofre de, pelo menos, uma doença ou condição de saúde crónica (40,1%). A incidência é maior nas mulheres do que nos homens e, previsivelmente, entre os inquiridos com mais de 50 anos, muito em particular nos mais idosos, com idades iguais ou superiores a 66 anos, tal como entre os menos escolarizados (com a instrução primária) e os trabalhadores manuais especializados; pelo contrário, os que têm até 39 anos, especialmente os jovens com menos de 29 anos, os que frequentaram mais do que a instrução primária e os quadros médios e superiores são quem menos declara este tipo de doenças.

Cada um dos doentes crónicos tem, em média, 1,82 doenças deste tipo, sendo esta multipatologia mais frequente entre as mulheres, os inquiridos mais velhos (mais de 66 anos) e os menos escolarizados (ensino primário), independentemente da ocupação socioprofissional; inversamente, os homens e os inquiridos com menos de 29 anos declaram um número menor de doenças crónicas.

Para além das doenças crónicas, 14,6% dos portugueses declaram ter sofrido no último ano pelo menos uma doença aguda grave ou um aci-

dente que tenham requerido assistência médica (do conjunto, 30,2% foram acidentes). Não existindo diferença entre homens e mulheres nem entre os diferentes grupos socioprofissionais quanto à maior incidência destas situações de saúde, os mais idosos (com mais de 66 anos) são novamente os mais afectados, tal como os inquiridos menos escolarizados (instrução primária). Nesse espaço temporal, a média de doenças agudas graves é de 1,18, independentemente das características demográficas e socioeconómicas dos inquiridos.

Quadro 3.6 – Doença aguda ligeira que tenha requerido assistência médica nos últimos dois anos

	<i>N</i>	%
Sim	593	42,3
Não	806	57,6
NS/NR	2	0,1
Total	1 400	100,0

Por último, 42,3% dos inquiridos foram atingidos por uma ou mais doenças agudas ligeiras (por exemplo, gripe, indisposição, dores, etc.) que os obrigaram a recorrer a um médico no decorrer dos últimos dois anos. A incidência é maior entre as mulheres do que entre os homens e é independente da idade, do nível de escolaridade e da ocupação socioprofissional. Durante esse período de tempo, os inquiridos tiveram, em média, 1,44 doenças deste tipo, valor que é transversal aos vários grupos demográficos e socioeconómicos.

Quadro 3.7 – Tipo de situação de doença a que corresponde o preenchimento do questionário

	<i>N</i>	%
Doentes crónicos	561	57,6
Doentes agudos graves	90	9,2
Doentes agudos ligeiros	324	33,2
Total	975	100,0

Com base nesta informação, foi então solicitado aos inquiridos que nas respostas sobre os seus comportamentos e atitudes específicos acerca da forma como aderiram às indicações médicas relativamente às terapêuticas que lhes foram prescritas, quer estivessem ainda em tratamento no momento da entrevista ou tenham estado durante o último ano, se reportassem a uma dessas situações de doença, de acordo com a regra enunciada anteriormente, de forma a poderem dar respostas o mais objectivas possível.

Assim, excluindo aqueles que não declararam qualquer doença crónica nem estiveram doentes nos últimos dois anos (30,4%), os três grupos de inquiridos dividem-se em 57,6% de doentes crónicos, 33,2% de doentes agudos ligeiros e 9,2% de doentes agudos graves.

O grupo dos doentes crónicos caracteriza-se por ter mais mulheres do que homens, mais inquiridos com idade superior a 50 anos de idade, com um peso especial dos mais idosos (com idade igual ou superior a 66 anos) e menos escolarizados (no máximo, com a instrução primária), existindo significativamente menos respondentes jovens (com idade até aos 39 anos) que frequentaram ou frequentam ainda o ensino superior e com o 2.º e o 3.º ciclos de escolaridade.

O conjunto dos doentes agudos graves é constituído por mais homens do que mulheres e por inquiridos mais jovens com idade igual ou inferior a 29 anos e que têm a escolaridade básica (2.º e 3.º ciclos); o conjunto possui menor representatividade entre os respondentes com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos e com menos instrução (ensino primário). A elevada percentagem de acidentes explica em parte este perfil.

Os doentes agudos ligeiros são igualmente mais homens do que mulheres e mais jovens (até 39 anos) e frequentam ou frequentaram o ensino superior, mas também os que têm o 2.º e o 3.º ciclos, enquanto os inquiridos com mais de 50 anos e os menos escolarizados (instrução primária) estão sub-representados neste grupo.

Cada um dos grupos tem, como seria de esperar, uma tipologia específica de doenças associada. Assim, o grupo dos doentes crónicos é constituído, em particular, por um terço de inquiridos com doenças do aparelho circulatório (33,3%), seguindo-se os que têm doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (18,1) e doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e imunitárias (12,9%). Com alguma expressão estatística surgem ainda os inquiridos com doenças do aparelho respiratório (9,1%), doenças do aparelho digestivo (6,1%) e transtornos mentais e comportamentais (6,1%), seguindo-se as doenças do sistema nervoso (4,5%), as doenças do aparelho geniturinário (3,2%) e as neoplasias (3,2%). As restantes doenças assumem valores muito baixos ou praticamente nulos.

Quanto ao conjunto dos doentes agudos graves, os seus problemas de saúde referem-se sobretudo a lesões traumáticas, envenenamentos e causas externas (37,8%), seguindo-se as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,4%), os transtornos mentais e comportamentais (10,0%), as doenças do aparelho geniturinário (8,9%), as doenças do aparelho respiratório (7,8%) e as doenças dos olhos (5,6%), não tendo as restantes expressão estatística relevante.

Quadro 3.8 – Tipo de doença a que corresponde o preenchimento do questionário*

<i>p</i> = 0,000; ≤ 0,05	Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Neoplasias (tumores)	18	3,2	1	1,1	3	0,9
Doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e imunitárias	72	12,9	0	0,0	3	0,9
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	8	1,4	0	0,0	3	0,9
Transtornos mentais e comportamentais	34	6,1	9	10,0	13	4,0
Doenças do sistema nervoso	25	4,5	4	4,4	17	5,2
Doenças do aparelho circulatório	186	33,3	0	0,0	12	3,7
Doenças do aparelho respiratório	51	9,1	7	7,8	150	46,2
Doenças do aparelho digestivo	34	6,1	3	3,3	39	12,0
Doenças do aparelho geniturinário	18	3,2	8	8,9	15	4,6
Complicações da gravidez, do parto e do puerpério	0	0,0	2	2,2	1	0,3
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	4	0,7	1	1,1	7	2,2
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	101	18,1	13	14,4	40	12,3
Lesões traumáticas, envenenamentos e causas externas	0	0,0	34	37,8	9	2,8
Doenças dos olhos e anexos	5	0,9	5	5,6	4	1,2
Doença do ouvido e apófise mastóide	1	0,2	1	1,1	3	0,9
Total	561	100,0	90	100,0	324	100,0

* Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (WHO 2007).

Por fim, os doentes agudos ligeiros foram afectados muito em particular por doenças do aparelho respiratório (46,2%), surgindo depois as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (12,3%), doenças do aparelho digestivo (12,0%), doenças do sistema nervoso (5,2%) e doenças do aparelho geniturinário (4,6%), sendo as restantes doenças praticamente inexistentes.

O conjunto dos doentes crónicos é, assim, constituído significativamente por inquiridos com doenças do aparelho circulatório, doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e imunitárias, bem como neoplasias e tumores, ao contrário das lesões traumáticas, envenenamentos e causas externas, doenças do aparelho respiratório e digestivo, enquanto os doentes agudos graves se caracterizam por ter sobretudo lesões traumáticas, envenena-

Quadro 3.9 – Número médio de idas ao médico no último ano

$F(2, 864) = 35,372;$ $p = 0,000; \leq 0,05$	Conjunto	Doentes crónicos	Doentes agudos graves	Doentes agudos ligeiros
Média	4,64	6,02	3,50	2,42

mentos e causas externas, doenças do aparelho geniturinário e doenças dos olhos e anexos, em detrimento de doenças do aparelho digestivo e respiratório e doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e imunitárias. Os doentes agudos ligeiros caracterizam-se por ter mais doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo, existindo significativamente menos doenças do aparelho circulatório, doenças endócrinas e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo.

No último ano, o conjunto dos doentes foi, em média, 4,64 vezes ao médico, sendo esse número previsivelmente maior entre os doentes crónicos (6,02), enquanto os doentes agudos graves e ligeiros foram significativamente menos (3,50 e 2,42 vezes, respectivamente). As mulheres recorreram mais vezes a consultas médicas do que os homens, tal como os doentes com mais de 50 anos, em particular os mais velhos (com mais de 66 anos), independentemente do estatuto socioeconómico.

Os inquiridos foram também questionados sobre alguns aspectos da sua vida que podem indiciar algumas dificuldades a nível físico e psíquico que, não decorrendo todos eles propriamente de doenças, constituem, no entanto, indicadores de pró-morbilidade. A dor física, neste conjunto de indicadores, é talvez o que mais pode ser objectivado desde logo, com uma situação de doença diagnosticada, e é dos principais motivos de queixa, existindo cerca de um quinto dos inquiridos que afirma que na última semana sentiu muitas vezes, quase sempre ou sempre algum tipo de dor (19,2%), enquanto 35,0% o sentiram algumas vezes e 44,8% nunca ou raramente. Na mesma proporção, seguem-se aqueles que sentiram muitas vezes, quase sempre ou sempre dificuldades em adormecer (19,0%), contra 24,9% a quem aconteceu algumas vezes e 55,0% a quem nunca ou raramente aconteceu. O sentir que tudo o que fazia envolvia um grande esforço ocorreu muitas vezes, quase sempre ou sempre para 15,9% de inquiridos na última semana (29,7% afirmam que aconteceu algumas vezes e 53,5% nunca ou raramente), enquanto 12,1% sentiram muitas vezes, quase sempre ou sempre dificuldades de concentração (31,3% algumas vezes e 55,4% nunca ou raramente). Um grupo significativo de inquiridos sentiu-se muitas vezes, quase sempre ou sempre triste, deprimido e sozinho (11,9%, 9,6% e 8,3%, respectivamente, contra

Quadro 3.10 – Na última semana com que frequência lhe aconteceram as seguintes situações

	Nunca ou raramente		Algumas vezes		Muitas vezes		Quase sempre ou sempre		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentir-se deprimido	871	62,2	383	27,4	82	5,9	52	3,7	11	0,8	1400	100,0
Sentir dificuldades de concentração	776	55,4	438	31,3	141	10,0	30	2,1	16	1,1	1400	100,0
Sentir que tudo o que fazia envolvia um grande esforço	749	53,5	416	29,7	178	12,7	45	3,2	12	0,9	1400	100,0
Sentir dificuldades em adormecer	769	55,0	348	24,9	175	12,5	92	6,5	16	1,1	1400	100,0
Sentir-se sozinho	1017	72,6	257	18,4	82	5,9	34	2,4	10	0,7	1400	100,0
Sentir-se triste	784	56,0	436	31,2	115	8,2	52	3,7	13	0,9	1400	100,0
Não ter vontade de viver	1211	86,5	116	8,3	48	3,5	12	0,9	12	0,9	1400	100,0
Sentir alguma dor física	627	44,8	490	35,0	176	12,6	93	6,6	14	1,0	1400	100,0

31,2%, 27,4% e 18,4%, declaram que lhes aconteceu algumas vezes, enquanto 56,0%, 62,2% e 72,6% afirmam que nunca ou raramente). O sentimento de não ter vontade de viver ocorreu muitas vezes, quase sempre ou sempre a uma percentagem reduzida de inquiridos (4,4%), acontecendo ainda a 8,3% algumas vezes, enquanto 86,5% declaram que nunca ou raramente tiveram este sentimento.

Sem exceção, as mulheres, os inquiridos com mais de 50 anos, mas sobretudo os mais idosos (com idade igual ou superior a 66 anos), os menos escolarizados que não ultrapassaram a barreira do ensino primário e os trabalhadores manuais não especializados são quem mais frequentemente reconhece ter vivido todas essas situações na última semana, por oposição aos homens, aos mais jovens (com idade inferior a 39 anos), a quem tem mais do que a instrução primária e com estatuto socioeconómico mais elevado (quadros médios e superiores e proprietários, dirigentes e profissionais liberais). Também sem exceção, os doentes crónicos são, em média, quem apresenta uma maior frequência de todas estas situações, por oposição aos doentes agudos graves e ligeiros.

Hábitos de saúde

Em termos genéricos, dois terços dos portugueses consideram que levam um estilo de vida bastante ou muito saudável (66,6%), contra 32,8% que reconhecem que os seus hábitos são pouco ou nada saudáveis. Em termos médios, os homens são quem mais avalia que o seu estilo de

Quadro 3.11 – Avaliação do impacto do estilo de vida na saúde

	<i>N</i>	%
Muito saudável	193	13,8
Bastante saudável	739	52,8
Pouco saudável	411	29,4
Nada saudável	47	3,4
NS/NR	9	0,7
Total	1 400	100,0

vida tem um impacto positivo para a sua saúde, tal como os inquiridos mais jovens com idades até aos 39 anos, os que ultrapassaram a barreira do ensino primário e os quadros médios e superiores, inversamente às mulheres, aos respondentes com mais de 40 anos, aos menos escolarizados (até à instrução primária) e aos trabalhadores manuais não especializados, que tendem a considerar que os seus hábitos têm consequências menos positivas. Os doentes crónicos são quem mais se preocupa em ter um estilo de vida saudável, por oposição aos doentes agudos graves ou ligeiros, que fazem uma avaliação menos positiva do impacto dos seus hábitos quotidianos na sua saúde.

O consumo de tabaco constitui, como é sabido, um dos principais factores de risco para a saúde, com múltiplas consequências nefastas. Dito isto, pouco menos de dois terços dos inquiridos declaram que nunca fumaram (62,2%) e 14,4% já tiveram esse hábito mas deixaram-no entretanto. Perto de um quarto dos portugueses (23,1%) assume que fuma presentemente, com especial incidência nos que fumam menos de um maço por dia (11,2%).

As mulheres são quem mais declara que nunca fumou, enquanto os homens são quem mais afirma ter tido esse hábito no passado e tê-lo deixado entretanto, tal como são também os que mais fumam actualmente e em quantidade. Em termos de idade, os que nunca fumaram caracterizam-se por ter mais de 50 anos, sendo os mais idosos com mais de 66 anos quem mais declara já ter fumado e ter deixado; os mais fumadores encontram-se na faixa etária intermédia (40 a 49 anos), embora os mais jovens com menos de 29 anos fumem menos de um maço por dia e os que têm entre 30 e 39 anos fumem pelo menos um maço. Quanto à escolaridade, são os menos escolarizados quem mais afirma que nunca fumou ou que, já tendo fumado, deixou entretanto, enquanto os que frequentaram mais do que o ensino primário fumam menos de um maço por dia e os que têm o ensino secundário fumam pelo menos um maço diário. Relativamente ao estatuto socioeconómico, os trabalhadores ma-

Quadro 3.12 – Hábito de fumar

	<i>N</i>	%
Nunca fumou	871	62,2
Não fuma mas já fumou	202	14,4
Fuma esporadicamente	39	2,8
Fuma menos de um maço por dia	157	11,2
Fuma um maço por dia	93	6,6
Fuma mais de um maço por dia	35	2,5
NS/NR	4	0,3
Total	1 400	100,0

Quadro 3.13 – Conversa com o médico sobre os efeitos que o hábito de fumar provoca (ou provocava) na saúde

	<i>N</i>	%
Sim	288	54,4
Não	235	44,4
NS/NR	6	1,1
Total	1 400	100,0

Quadro 3.14 – O que fez perante as indicações do médico para deixar de fumar

	<i>N</i>	%
Deixei de fumar	75	25,9
Reduzi	79	27,4
Tentei mas não consegui deixar/reduzir	44	15,4
Não fiz nada	89	31,0
NS/NR	1	0,4
Total	1 400	100,0

nuais especializados são quem mais reconhece que já fumou mas deixou o hábito, enquanto os quadros médios e superiores são quem fuma menos de um maço por dia.

Os doentes crónicos são quem mais declara já ter fumado e deixado entretanto, sendo os que menos fumam presentemente, enquanto os doentes agudos graves são quem mais tem ainda esse hábito, na quantidade de menos de um maço por dia.

Do total daqueles que já fumaram ou que ainda fumam actualmente, a maioria (54,4%) reconhece que o seu médico em algum momento conversou consigo sobre os efeitos que esse hábito provoca (ou provocava)

na saúde, contra 44,4% que negam que isso tenha acontecido. Perante essas indicações do médico para deixar de fumar, cerca de um terço optou por nada fazer e continuar a fumar (31,0%), enquanto 27,5% reduziram o consumo de tabaco e 25,9% deixaram mesmo o hábito. Uma parte ainda significativa tentou mas não conseguiu deixar de fumar ou sequer reduzir (15,4%).

Os homens são quem mais declara que conseguiu mesmo abandonar o hábito de fumar, tal como os inquiridos mais velhos com mais de 66 anos, os menos escolarizados (instrução primária) e os trabalhadores manuais especializados, enquanto as mulheres são as que mais reconhecem que nada fizeram para deixar, tal como os jovens com menos de 39 anos, os mais escolarizados (que frequentam ou frequentaram o ensino superior) e os quadros médios e superiores. Os que têm menos de 29 anos e os que não ultrapassaram a escolaridade obrigatória são quem mais afirma que tentou deixar de fumar mas não conseguiu, enquanto os inquiridos de meia idade (entre os 40 e os 49 anos) são quem mais declara que reduziu embora não tenham deixado de fumar.

Capítulo 4

Consumo de medicamentos

Consumo e prescrição de medicamentos

Iniciando a análise pelo padrão de consumo de medicamentos, tal como esperado, os doentes crónicos são os que mais estão, à data da aplicação do questionário, ainda submetidos a um regime terapêutico (80,6%), enquanto os inquiridos que sofreram uma doença aguda grave consumiram sobretudo no último ano mas entretanto já haviam terminado o tratamento quando responderam ao questionário (72,5%), tal como aqueles que sofreram uma doença aguda ligeira (58,2%).

Em média, os doentes crónicos tomam uma variedade maior de medicamentos diferentes durante o dia (2,40), significativamente mais do que os inquiridos que padecem ou padeceram de uma doença aguda ligeira (1,76); os que estão ou estiveram em tratamento por uma doença aguda grave tomam, em média, cerca de dois medicamentos diferentes diariamente (2,01). No entanto, apesar da diferente quantidade de medicamentos a tomar, todos são ingeridos ou aplicados, em média, duas vezes ao dia, independentemente do tipo de doença (os inquiridos com problemas de saúde mais ligeiros tomam 2,16 vezes, os que têm uma doença aguda grave 2,07 e os crónicos 2,04).

A maioria das prescrições mais recentes que os pacientes receberam, independentemente do tipo de doença, foi passada por médicos de clínica geral (64,0% no caso dos doentes crónicos, 60,4% no caso dos inquiridos com doenças agudas ligeiras e 51,1% no caso dos respondentes com doenças agudas graves). A seguir, os médicos especialistas de hospitais públicos foram quem mais prescreveu: 28,9% para os doentes agudos graves, 20,9% para os doentes crónicos e 19,8% para os doentes agudos ligeiros. Só uma minoria de inquiridos, variando entre 5,3% dos doentes crónicos e 8,9% dos doentes agudos graves, recebeu a sua última receita

Quadro 4.1 – Está a tomar ou tomou no último ano algum tipo de medicação com prescrição médica

$p = 0,000; \leq 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sim, ainda estou a tomar neste momento	530	54,4	452	80,6	28	30,8	51	15,7
Sim, tomei no último ano mas neste momento já não estou a tomar	357	36,6	69	12,3	53	58,2	235	72,5
Não, não tomei no último ano	87	9,0	40	7,1	10	11,0	38	11,7
Total	975	100,0	561	100,0	91	100,0	324	100,0

Quadro 4.2 – Quantidade de medicamentos diferentes que tem (ou teve) de tomar por dia (média)

$F(2, 871) = 14,142;$ $p = 0,000 \leq 0,05$	Conjunto	Doentes crónicos	Doentes agudos graves	Doentes agudos ligeiros
Média	2,16	2,40	2,01	1,76

Quadro 4.3 – Número de vezes ao dia que tem de tomar medicamentos (média)

$F(2, 876) = 1,465;$ $p = 0,000 > 0,05$	Conjunto	Doentes crónicos	Doentes agudos graves	Doentes agudos ligeiros
Média	2,08	2,04	2,07	2,16

Quadro 4.4 – Último médico que prescreveu o medicamento

$p = 0,053; > 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Médico de família/clínico geral (sistema público)	600	61,6	359	64,0	46	51,1	195	60,4
Clínico geral privado	61	6,2	30	5,3	6	6,7	24	7,4
Médico especialista em hospital público	207	21,2	117	20,9	26	28,9	64	19,8
Médico especialista privado/consulta particular	80	8,2	47	8,4	8	8,9	25	7,7
NS/NR	27	2,8	8	1,4	4	4,4	15	4,6
Total	975	100,0	561	100,0	90	100,0	323	100,0

Quadro 4.5 – Recurso à mesma farmácia para comprar os medicamentos

$p = 0,002; \leq 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
	Sim	701	71,9	431	76,8	61	68,5	208
Não	250	25,7	118	21,0	26	29,2	106	32,8
NS/NR	23	2,4	12	2,1	2	2,2	9	2,8
Total	975	100,0	561	100,0	89	100,0	323	100,0

Quadro 4.6 – No que é que confia mais para perceber como tomar a medicação que lhe é prescrita

$p = 0,115; > 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
	No que o médico de família/clínica geral lhe diz durante a consulta	669	68,6	385	68,4	58	65,2	226
No que o médico especialista lhe diz durante a consulta	221	22,7	131	23,3	25	28,1	66	20,4
No rótulo do medicamento/na bula	42	4,3	15	2,7	4	4,5	23	7,1
No plano de tratamento elaborado no momento da prescrição	16	1,7	10	1,8	1	1,1	5	1,5
No farmacêutico	17	1,7	14	2,5	0	0,0	3	0,9
Na sua família/amigos	6	0,6	5	0,9	1	1,1	0	0,0
Na Internet	1	0,1	1	0,2	0	0,0	0	0,0
Associação de doentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
NS/NR	3	0,3	2	0,4	0	0,0	1	0,3
Total	975	100,0	563	100,0	89	100,0	324	100,0

de médicos particulares, sejam de clínica geral ou de outras especialidades.

A maioria dos inquiridos recorreu sempre à mesma farmácia para comprar os medicamentos, em especial os doentes crónicos, sendo mais de três quartos (76,8%) os que vão a um estabelecimento específico, o que se justifica pelo carácter permanente da doença e pela aquisição regular de fármacos para as terapêuticas continuadas. Os inquiridos com uma doença aguda grave foram, a seguir, os que mais fizeram uso da mesma farmácia (68,5%), enquanto os que adoeceram por motivos mais ligeiros

são os que menos declararam ter adquirido os seus medicamentos no local habitual (64,4%).

Quando uma nova terapêutica é prescrita, os inquiridos, independentemente da gravidade e do tipo de doença, confiam sobretudo no que o médico lhes transmite em conversa durante a consulta sobre forma como deve ser tomada a medicação, em particular no seu médico de família/clínica geral (68,6%), mas também no seu médico especialista (22,7%). A leitura do folheto informativo do medicamento é a opção a seguir mais utilizada para os inquiridos perceberem como os medicamentos devem ser administrados, embora já com muito pouca expressão estatística (4,3%). As restantes opções não são utilizadas como fontes relevantes.

Formato do medicamento

A esmagadora maioria das terapêuticas tem por base o consumo de comprimidos, independentemente do tipo de doença (93,1% dos doentes crónicos, 91,6% e 86,4% dos doentes que sofreram doenças agudas ligeiras e graves, respectivamente, declararam ter tomado medicamentos nesta forma de apresentação).¹

As injeções são a forma de administração de fármacos mais utilizada a seguir, também não estando significativamente associada a qualquer dos três grupos de doentes (12,3% para os doentes agudos graves, 7,9% para os doentes crónicos e 7,0% para os doentes agudos ligeiros). Os xaropes e as pomadas são as formas de apresentação mais prescritas ainda com alguma relevância estatística, estando ambos mais associados a certo tipo de doenças: o primeiro foi mais utilizado por inquiridos com situações de doença aguda ligeira (11,2%, enquanto os doentes crónicos e os doentes agudos graves somaram 11,1% e 0,0%, respectivamente); e o segundo mais aplicado em situações de doença aguda grave (13,8%, contra 5,2% nos doentes agudos ligeiros e 2,7% nos doentes crónicos).²

As restantes formas de apresentação e de vias de administração, tais como os inaladores, os solúveis, as gotas e os supositórios, são muito pouco utilizadas, independentemente da gravidade da doença, variando entre os 5,2% no caso dos inaladores para situações de doença crónica e os 0% no caso dos supositórios para situações de doença aguda grave.³

¹ Comprimidos: $p = 0,281 > 0,05$.

² Injeções: $p = 0,580 > 0,05$; xaropes: $p = 0,000 \leq 0,05$; pomadas: $p = 0,000 \leq 0,05$.

³ Medicamentos solúveis: $p = 0,605 > 0,05$; inaladores: $p = 0,093 > 0,05$; gotas: $p = 0,956 > 0,05$; supositórios: $p = 0,937 > 0,000$.

Quadro 4.7 – Tipo de medicamentos tomados por dia

Conjunto	Sim		Não		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	817	92,1	68	7,7	2	0,2	887	100,0
Gotas	17	1,9	868	97,8	2	0,2	887	100,0
Xaropes	38	4,2	848	95,6	2	0,2	887	100,0
Medicamentos solúveis	31	3,4	855	96,3	2	0,2	887	100,0
Injecções	71	8,0	815	91,8	2	0,2	887	100,0
Inaladores	34	3,8	852	96,0	2	0,2	887	100,0
Supositórios	2	0,2	884	99,6	2	0,2	887	100,0
Pomadas	40	4,5	846	95,3	2	0,2	887	100,0
Outro	9	1,0	875	98,7	2	0,2	887	100,0

Doentes crónicos	Sim		Não		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	486	93,1	35	6,7	1	0,2	522	100,0
Gotas	10	1,9	510	97,9	1	0,2	521	100,0
Xaropes	6	1,1	515	98,7	1	0,2	522	100,0
Medicamentos solúveis	17	3,3	503	96,5	1	0,2	521	100,0
Injecções	41	7,9	479	91,9	1	0,2	521	100,0
Inaladores	27	5,2	493	94,6	1	0,2	521	100,0
Supositórios	1	0,2	520	99,6	1	0,2	522	100,0
Pomadas	14	2,7	506	97,1	1	0,2	521	100,0
Outro	4	0,8	516	99,0	1	0,2	521	100,0

Doentes agudos graves	Sim		Não		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	70	86,4	11	13,6	0	0,0	81	100,0
Gotas	1	1,2	80	98,8	0	0,0	81	100,0
Xaropes	0	0,0	80	100,0	0	0,0	80	100,0
Medicamentos solúveis	5	6,3	75	93,8	0	0,0	80	100,0
Injecções	10	12,3	71	87,7	0	0,0	81	100,0
Inaladores	1	1,3	79	98,8	0	0,0	80	100,0
Supositórios	0	0,0	80	100,0	0	0,0	80	100,0
Pomadas	11	13,8	69	86,3	0	0,0	80	100,0
Outro	2	2,5	78	97,5	0	0,0	80	100,0

Doentes agudos ligeiros	Sim		Não		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	262	91,6	23	8,0	1	0,3	286	100,0
Gotas	6	2,1	279	97,6	1	0,3	286	100,0
Xaropes	32	11,2	253	88,5	1	0,3	286	100,0
Medicamentos solúveis	8	2,8	277	96,9	1	0,3	286	100,0
Injecções	20	7,0	265	92,7	1	0,3	286	100,0
Inaladores	5	1,7	280	97,9	1	0,3	286	100,0
Supositórios	1	0,3	284	99,3	1	0,3	286	100,0
Pomadas	15	5,2	270	94,4	1	0,3	286	100,0
Outro	4	1,4	281	98,6	1	0,4	285	100,0

Quadro 4.8 – Dificuldade em tomar os medicamentos prescritos

Conjunto	Nada		Pouco		Bastante		Muito		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	721	88,2	53	6,4	28	3,5	10	1,2	6	0,7	817	100,0
Gotas	16	90,3	1	4,5	0	0,0	1	5,2	0	0,0	17	100,0
Xaropes	33	88,8	4	11,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	38	100,0
Medicamentos solúveis	23	76,3	3	10,2	2	7,3	2	6,2	0	0,0	31	100,0
Injecções	44	61,6	14	20,0	7	9,3	6	9,1	0	0,0	71	100,0
Inaladores	28	82,5	3	9,6	2	5,6	1	2,3	0	0,0	34	100,0
Supositórios	1	58,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	41,4	2	100,0
Pomadas	38	95,2	1	2,0	0	0,0	0	0,0	1	2,8	40	100,0
Outro	6	69,6	1	12,1	0	0,0	0	0,0	2	18,3	9	100,0

De uma forma geral, apesar da baixa expressão estatística do número de pessoas que estão ou estiveram recentemente a tomar outro tipo de apresentação que não comprimidos, a grande maioria dos inquiridos declara não ter qualquer dificuldade em utilizar ou aplicar os fármacos que lhes são prescritos (95,2% para as pomadas, 90,3% para as gotas, 88,8% para os xaropes, 82,5% para os inaladores e 88,2% para os comprimidos). Os solúveis e as injecções apresentam, ainda assim, um grau de facilidade ligeiramente menor (os inquiridos que os tomam são quem menos afirma que não lhes custou nada a aplicação dessa terapêutica, somando 76,3% e 61,6%, respectivamente).

Contexto e adequação percebida da prescrição

A grande maioria dos inquiridos declara que a medicação para o tratamento relativo à situação de doença a que se refere o questionário lhe foi prescrita apenas por um médico (87,3%, contra 11,9% que foram medicadas por mais do que um médico). No entanto, devido ao carácter permanente da doença, que terá, por um lado, o acompanhamento por parte de um médico da especialidade clínica em que se insere e, por outro, a vigilância regular de um clínico geral, os doentes crónicos são, como seria de esperar, aqueles que menos declaram que os seus medicamentos foram prescritos por apenas um médico (83,4%); inversamente, os inquiridos que sofreram problemas de saúde agudos ligeiros são os que mais foram medicadas apenas por um médico (94,1%, precedidos pelos doentes agudos graves com 92,5%).

A esmagadora maioria dos inquiridos refere que não recebeu quaisquer informações contraditórias de diferentes médicos sobre a mesma situação

Quadro 4.9 – Prescrição dos medicamentos por um só médico ou por mais do que um

$p = 0,000; \leq 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Só por um médico	775	87,3	432	82,9	74	92,5	269	94,1
Por mais de um médico	105	11,9	86	16,5	5	6,3	14	4,9
NS/NR	7	0,8	3	0,6	1	1,3	3	1,0
Total	887	100,0	521	100,0	80	100,0	286	100,0

Quadro 4.10 – Informações contraditórias de diferentes médicos sobre uma mesma situação de doença

$p = 0,111; > 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sim	46	4,7	26	4,6	3	3,3	17	5,2
Não	923	94,7	534	95,2	87	96,7	302	93,2
NS/NR	6	0,6	1	0,2	0	0,0	5	1,5
Total	975	100,0	561	100,0	90	100,0	324	100,0

de doença no último ano (94,7%), independentemente da gravidade a que essa situação se refere.

Mais uma vez, a quase totalidade dos inquiridos (92,0%) afirma que nunca esteve envolvida em qualquer situação resultante de uma prescrição inadequada relativamente a um tratamento que lhe tenha sido prescrito (medicamentos errados, dosagens incorrectas, medicamentos que provoquem reacções alérgicas, etc.). Apesar da grande unanimidade das respostas, observa-se no entanto que os doentes crónicos são os que mais frequentemente estiveram sujeitos a algum tipo de prescrição inadequada por parte dos médicos (9,6%), seguindo-se os doentes agudos graves, com 8,9%, inversamente ao que é respondido pelos inquiridos com problemas de saúde agudos ligeiros (4,9%).

Apesar destas baixas percentagens, mais de metade dos inquiridos, reportando-se à última situação em que estiveram envolvidos, considera que as consequências foram graves ou muito graves (59,9%) para o seu estado de saúde, contra cerca de um quarto que as avalia como pouco ou nada graves (24,7%); 14,0% afirmam que não lhes causou qualquer problema adicional. Essas prescrições inadequadas, na opinião dos respondentes, teriam sido da responsabilidade dos médicos que prescreveram as terapêuticas (78,0%), somando os restantes profissionais de saúde e outros responsáveis pela aplicação dos tratamentos percentagens muito diminutas.

Quadro 4.11 – Ocorrência de uma prescrição inadequada relativamente a um tratamento que tenha sido prescrito

$p = 0,044; \leq 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
	Sim	78	8,0	54	9,6	8	8,9	16
Não	897	92,0	507	90,4	82	91,1	308	95,1
Total	975	100,0	561	100,0	90	100,0	324	100,0

Quadro 4.12 – Consequência da prescrição inadequada na saúde

	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Muito grave	23	30,1	19	35,2	2	28,6	2	13,3
Grave	23	29,8	12	22,2	3	42,9	8	53,3
Pouco grave	14	17,6	10	18,5	1	14,3	2	13,3
Nada grave	5	7,1	3	5,6	0	,0	2	13,3
Não lhe causou problema	11	14,0	10	18,5	1	14,3	0	0,0
NS/NR	1	1,4	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Total	78	100,0	54	100,0	7	100,0	15	100,0

Quadro 4.13 – Responsável pela prescrição inadequada

	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Médico	61	78,0	44	81,5	4	57,1	13	81,3
Paramédico	2	3,0	0	0,0	1	14,3	1	6,3
Farmacêutico	5	6,7	5	9,3	0	0,0	0	0,0
Outro profissional de saúde	2	2,4	1	1,9	1	14,3	0	0,0
Alguém que o ajuda a tomar os medicamentos (familiar, amigo, etc.)	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
O próprio (enganou-se a tomar medicamentos)	2	2,5	1	1,9	0	0,0	1	6,3
NS/NR	6	7,4	3	5,6	1	14,3	1	6,3
Total	78	100,0	54	100,0	7	100,0	16	100,0

Automedicação

O consumo de um medicamento por iniciativa do próprio doente sem lhe ter sido prescrito por um médico é também um factor importante para a não adesão, na medida em que o paciente pode misturar fármacos não compatíveis com os receitados pelo médico ou até fazer a substituição de medicamentos por outros que considere mais adequados (Bugalho e Carneiro 2004; Gil *et al.* 1999; Griffith 1990).

Nos últimos cinco anos, a maioria dos inquiridos diz não ter tomado nem usado um medicamento receitado a outra pessoa (81,0%). Poucos reconhecem que o fizeram ainda duas ou três vezes (7,5%), seguindo-se aqueles que se automedicaram quatro vezes ou mais (6,6%) ou apenas uma vez (4,2%). Os doentes crónicos são os que mais declaram nunca ter tomado, por sua iniciativa, medicamentos que não lhes foram receitados nos últimos cinco anos (86,5%), enquanto os doentes agudos graves somam 78,9% e os ligeiros 71,9%. A automedicação é praticada sobretudo com analgésicos (75,7%), em particular pelos inquiridos com doenças agudas graves (89,6%), ao contrário dos que tiveram problemas de saúde ligeiros, que somam 69,4%. Apesar do baixo número de casos, observa-se ainda que os doentes crónicos tendem a tomar por sua iniciativa mais antibióticos (13,2%), enquanto os inquiridos com problemas de saúde ligeiros tomaram mais vitaminas e antitússicos (12,7% e 11,2%, respectivamente).

Não existindo diferenças entre homens e mulheres nem por estatuto socioprofissional, são os inquiridos mais jovens com idades até aos 39 anos e os que frequentaram o 2.º e o 3.º ciclos do ensino básico, mas também os mais escolarizados (ensino superior), aqueles que mais se automedicam de forma mais moderada, comportamento inverso do dos inquiridos mais idosos (com 66 anos ou mais) e do dos que possuem, no máximo, a instrução primária, que são quem mais refere nunca ter tomado ou usado medicamentos receitados a terceiros.

Esta automedicação foi, na maioria dos casos, aconselhada por familiares ou amigos (51,0%), mas os medicamentos também foram tomados, em grande medida, por iniciativa própria (37,2%). O farmacêutico foi a fonte seguinte desse aconselhamento (7,8%), surgindo ainda as situações em que existiam em casa medicamentos receitados ao próprio inquirido ou a outra pessoa (5,0% e 5,0% respectivamente). Outros profissionais de saúde, publicidade, informação na Internet e as associações de doentes são irrelevantes enquanto fontes de aconselhamento para tomar medicamentos sem receita médica (1,3%, 0,6%, 0,0% e 0,0%, respectiva-

Quadro 4.14 – Nos últimos cinco anos com que frequência tomou ou usou um medicamento que tenha sido receitado a outra pessoa

$p = 0,000; \leq 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Quatro vezes ou mais	65	6,6	33	5,9	5	5,6	26	8,0
Duas ou três vezes	73	7,5	30	5,3	11	12,2	33	10,2
Uma vez	40	4,2	12	2,1	3	3,3	26	8,0
Nunca nos últimos cinco anos	790	81,0	485	86,5	71	78,9	233	71,9
NS/NR	7	0,5	1	0,2	0	0,0	6	1,9
Total	975	100,0	561	100,0	90	100,0	324	100,0

Quadro 4.15 – Tipo(s) de medicamento(s) que tomou sem receita médica (resposta múltipla)

	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Analgésicos	135	75,7	59	79,3	17	89,6	59	69,4
Antidepressivos	5	2,8	4	5,1	0	0,0	1	1,4
Laxantes	3	1,9	2	3,0	0	0,0	1	1,4
Broncodilatadores	2	1,2	2	2,7	0	0,0	0	0,0
Antitússicos e expectorantes	18	9,9	5	6,8	3	16,3	10	11,2
Anti-hipertensores	1	0,5	1	1,2	0	0,0	0	0,0
Vitaminas	16	8,8	4	5,4	1	4,8	11	12,7
Antibióticos	14	7,9	10	13,2	0	0,0	4	5,0
Colesterol	3	1,5	1	1,2	0	0,0	2	2,1
Anti-histamínicos	5	3,0	4	5,7	0	0,0	1	1,3
NS/NR	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	1,4

mente). Os doentes crónicos são quem menos se automedica por influência de familiares ou amigos (46,2%, somando os doentes agudos ligeiros e graves 54,8% e 52,9%), enquanto os doentes agudos graves são os que menos declararam tomar medicamentos por iniciativa própria sem influência de ninguém (19,9%), contra 39,3% dos doentes agudos ligeiros e 39,1% dos doentes crónicos.

Ficam de fora da nossa observação os inquiridos que não declararam qualquer doença que os tivesse levado ao médico, os quais estão, contudo, entre a população que mais recorrerá à automedicação.

Quadro 4.16 – Quem aconselhou a tomar esse(s) medicamento(s) sem receita médica (resposta múltipla)

	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Familiares ou amigos	91	51,0	35	46,2	10	52,9	46	54,8
Viu publicidade ao medicamento	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	1,3
Farmacêutico	14	7,8	7	9,2	2	8,9	5	6,2
Informou-se na Internet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Outros profissionais de saúde sem ser um médico	2	1,3	2	3,0	0	0,0	0	0,0
Associação de doentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tinha em sua casa medicamentos receitados para outra pessoa	9	5,0	4	5,8	0	0,0	5	5,4
Já lhe tinha sido receitado anteriormente por um médico	9	5,0	5	7,3	2	12,4	1	1,3
Tomei eu próprio a iniciativa	66	37,2	29	39,1	4	19,9	33	39,3
NS/NR	4	2,4	3	4,2	1	5,9	0	0,0

Medicamentos naturais

Uma das alternativas à medicina convencional e aos tratamentos por ela prescritos é a chamada medicina complementar ou alternativa, baseada na utilização de medicamentos naturais. Observando o quadro a seguir, a maioria dos inquiridos nunca ou só muito raramente utilizou produtos naturais para tratar dos seus problemas de saúde (59,4%). Seguem-se aqueles que referem ter tomado algumas vezes (19,1%) e os que assumem que o fizeram poucas vezes (14,0%). Muito poucos são os que assumem que tomam produtos naturais na maior parte das vezes que estão doentes (4,8%) e ainda menos os que o fazem sempre ou quase sempre (2,3%). O recurso mais ou menos frequente a produtos naturais é independente do tipo de doença que os inquiridos declararam ter e é transversal a homens e mulheres, a todas as idades e aos diferentes estratos de escolaridade e socioprofissionais.

No entanto, apesar da percentagem expressiva de pessoas que utilizaram com maior ou menor frequência este tipo de substâncias (cerca de 40%), a esmagadora maioria declara nunca ter substituído, no último ano, medicamentos prescritos por um médico por produtos naturais (93,9%). Os poucos que tomaram esta decisão (5,8%) fizeram-no sobre-

Quadro 4.17 – Frequência de utilização de produtos naturais

$p = 0,899; > 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
	Nunca ou raramente	579	59,4	333	59,4	54	60,0	192
Poucas vezes	136	14,0	72	12,8	15	16,7	50	15,4
Algumas vezes	186	19,1	115	20,5	14	15,6	57	17,6
A maior parte das vezes	47	4,8	24	4,3	5	5,6	18	5,6
Sempre ou quase sempre	23	2,3	14	2,5	2	2,2	6	1,9
NS/NR	4	0,4	3	0,5	0	0,0	1	0,3
Total	975	100,0	561	100,0	90	100,0	324	100,0

Quadro 4.18 – Substituição de medicamentos prescritos por um médico por produtos naturais

$p = 0,466; > 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
	Sim	57	5,8	29	5,2	9	10,0	19
Não	915	93,9	530	94,5	81	90,0	304	93,8
NS/NR	3	0,3	2	0,4	0	0,0	1	0,3
Total	975	100,0	561	100,0	90	100,0	324	100,0

Quadro 4.19 – Sugestão para a substituição (resposta múltipla)

	<i>N</i>	%
Iniciativa sua	38	66,6
Sugestão de um profissional de medicinas alternativas	12	21,1
Farmacêutico	2	3,5
Médico de família	2	3,5
Familiares	3	5,3
NS/NR	2	3,5

tudo por iniciativa própria (66,6%) ou, em muito menor número, por sugestão de um profissional de medicinas alternativas (21,1%).

Acesso económico

De um conjunto de cuidados médicos, são as consultas ao dentista aquilo que os inquiridos mais se inibem de fazer por não poderem comportar os custos, somando mais de um quarto aqueles que afirmam ter

Quadro 4.20 – Abdicação de comprar ou pagar algum dos tratamentos por não poder comportar os custos

Conjunto	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos	246	25,2	729	74,8	975	100,0
Consulta médica	180	18,4	795	81,6	975	100,0
Dentista (incluindo revisões)	279	28,6	696	71,4	975	100,0
Óculos	204	21,0	770	79,0	975	100,0
Meios complementares de diagnóstico (análises, raios X, etc.)	142	14,6	833	85,4	975	100,0
Doentes crónicos	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos	187	33,3	374	66,7	561	100,0
Consulta médica	133	23,7	428	76,3	561	100,0
Dentista (incluindo revisões)	185	33,0	376	67,0	561	100,0
Óculos	150	26,7	411	73,3	561	100,0
Meios complementares de diagnóstico (análises, raios X, etc.)	101	18,0	460	82,0	561	100,0
Doentes agudos graves	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos	21	23,3	69	76,7	90	100,0
Consulta médica	19	21,1	71	78,9	90	100,0
Dentista (incluindo revisões)	34	37,8	56	62,2	90	100,0
Óculos	22	24,4	68	75,6	90	100,0
Meios complementares de diagnóstico (análises, raios X, etc.)	19	21,1	71	78,9	90	100,0
Doentes agudos ligeiros	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Medicamentos	38	11,7	286	88,3	324	100,0
Consulta médica	28	8,6	296	91,4	324	100,0
Dentista (incluindo revisões)	60	18,5	264	81,5	324	100,0
Óculos	32	9,9	292	90,1	324	100,0
Meios complementares de diagnóstico (análises, raios X, etc.)	22	6,8	301	93,2	323	100,0

abdicado desse tipo de tratamentos no último ano (28,6%). A seguir, os medicamentos e óculos são os bens de saúde mais afectados pela falta de recursos financeiros (25,2% e 21,0%), surgindo depois os inquiridos

que declaram ter abdicado de consultas médicas (18,4%) e de realizar exames e análises de diagnóstico (14,6%).

Analisando por tipo de doença, verifica-se que os doentes crónicos são quem mais declara ter frequentemente abdicado de comprar medicamentos no último ano por não poder comportar os custos (33,3%), ao contrário dos que têm ou tiveram problemas de saúde ligeiros, com 11,7%. São também eles que mais tiveram de renunciar à compra de óculos (26,7%), inversamente aos doentes agudos ligeiros, com 9,9%, os que mais declararam não ter ido a consultas de que necessitavam (23,7%), contra 8,6% dos doentes agudos ligeiros e os que mais deixaram de realizar exames e outros meios complementares de diagnóstico (18,0%, contra 6,8% de doentes agudos ligeiros). As idas ao dentista foram evitadas sobretudo pelos doentes agudos graves e também pelos crónicos (37,6% e 33,0%, contra 18,5% de doentes com problemas de saúde mais ligeiros).⁴

A prevalência de dificuldades económicas no acesso aos vários tipos de tratamentos entre os doentes crónicos encontra tradução num padrão demográfico e socioeconómico característico, isto é, trata-se de inquiridos mais idosos, que, em Portugal, são simultaneamente os mais pobres e os menos instruídos. Com efeito, a compra de medicamentos e óculos foi evitada sobretudo pelas mulheres, pelos inquiridos com 66 ou mais anos, pelos que frequentaram, no máximo, o ensino primário e que são ou foram trabalhadores manuais especializados e não especializados. Inversamente, os respondentes homens, os mais jovens (até 29 anos), os mais escolarizados (ensino superior) e os quadros médios e superiores são aqueles que menos necessidade tiveram de abdicar desses bens de saúde.

As idas ao dentista foram também dispensadas por razões económicas, em particular pelas mulheres, pelos inquiridos com idades intermédias (entre os 40 e os 49 anos) e pelos trabalhadores manuais especializados e não especializados, enquanto os homens, os inquiridos com idades inferiores a 29 anos, os que frequentam ou frequentaram o ensino superior e os quadros médios e superiores são os que menos necessidade tiveram de o fazer. A abdição de exames e outros meios complementares de diagnóstico ocorreu sobretudo entre os inquiridos mais idosos (com idade igual ou superior a 66 anos), enquanto os que menos tiveram essa necessidade se caracterizam por ter níveis de instrução mais elevados (ensino superior) e serem, profissionalmente, quadros médios e superiores. As mulheres, os doentes mais idosos (com mais de 66 anos) e os trabalhadores manuais es-

⁴ $p = 0,000 \leq 0,05$ para todos os tipos de tratamentos.

Quadro 4.21 – Gastos em medicamentos no último mês (média em euros)

	Conjunto	Doentes crónicos	Doentes agudos graves	Doentes agudos ligeiros
$F(2, 722) = 29,407;$ $p = 0,000 \leq 0,05$				
Média	52,28	62,31	41,11	28,43

Quadro 4.22 – Gastos em medicamentos no peso do orçamento familiar

	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito elevado	192	19,7	142	25,3	18	20,0	33	10,2
Elevado	258	26,5	177	31,6	24	26,7	57	17,6
Nem muito nem pouco elevado	264	27,1	146	26,0	23	25,6	95	29,3
Baixo	146	15,0	62	11,1	11	12,2	74	22,8
Muito baixo	87	8,9	19	3,4	8	8,9	60	18,5
NS/NR	26	2,7	15	2,7	6	6,7	5	1,5
Total	975	100,0	561	100,0	90	100,0	324	100,0

pecializados e não especializados, bem como os assalariados do terciário, são os que mais necessidade tiveram de abdicar de consultas médicas por razões económicas, ao contrário dos quadros médios e superiores.

Os portugueses que têm ou tiveram algum problema de saúde recente, independentemente da gravidade e da duração do mesmo, declaram que gastaram no último mês, em média, 52,28 euros em medicamentos. Esse valor é significativamente superior entre os doentes crónicos (62,31), enquanto os doentes agudos graves e os que tiveram problemas de saúde mais ligeiros referem que gastaram substancialmente menos (41,11 euros e 28,43 euros, respectivamente). Na generalidade, perto de metade dos inquiridos considera que esses gastos em medicamentos assumem um peso elevado ou mesmo muito elevado no orçamento familiar (46,2%), contra cerca de um quarto que afirma o contrário (23,9%). Perante o valor específico da despesa em medicamentos associado a quem tem doenças crónicas, e conhecendo o perfil demográfico e socioeconómico característico destes doentes, facilmente se compreende que também sejam aqueles para quem, em média, o peso dos gastos em medicamentos é mais elevado, seguindo-se aqueles que sofreram uma doença aguda grave, distinguindo-se ambos do conjunto de inquiridos que tiveram problemas de saúde mais ligeiros, os quais afirmam que essa sobrecarga no orçamento familiar é tendencialmente baixa.

Com efeito, comum a homens e mulheres, são os inquiridos mais idosos (com mais de 66 anos), os menos escolarizados (até à instrução primária) e os trabalhadores manuais quem mais assume que essas despesas com medicamentos têm, em média, um peso elevado no seu orçamento familiar. Esse peso decresce significativamente quanto mais jovem é o escalão etário, sendo os inquiridos com menos de 29 anos aqueles que menos importância atribuem a esses gastos, tal como aqueles que frequentaram ou frequentam o ensino superior e quadros médios e superiores, os quais tendem a considerar que essas despesas assumem um peso tendencialmente baixo no orçamento familiar.

Capítulo 5

Adesão à terapêutica

Nível genérico de adesão à terapêutica e por apresentação dos medicamentos

Como forma de medir o nível genérico de adesão à terapêutica dos inquiridos, foi-lhes pedido que se posicionassem, numa escala de 1 a 10, considerando a forma como seguem ou seguiram as instruções do médico relativamente ao cumprimento da prescrição médica acerca dos medicamentos que lhes foram receitados. Os resultados indicam que, em média, o nível de cumprimento declarado é muito elevado (8,78), independentemente do tipo de doença a que o tratamento se refere. No entanto, essa observância é ainda maior entre as mulheres e entre os inquiridos mais velhos, com idades superiores a 50 anos, independentemente do nível de escolaridade e do estatuto socioprofissional; os homens e os jovens com menos de 29 anos são quem apresenta níveis de incumprimento declarado mais altos.

Apesar da elevadíssima taxa de cumprimento declarada pelos inquiridos quando questionados sobre a sua adesão às terapêuticas em termos globais, o seguimento estrito das instruções do médico revela ser menor quando são instados a dizer com que frequência não tomam os diferentes medicamentos que lhes são prescritos, revelando uma menor unanimidade face a essa adesão e algumas especificidades conforme o tipo de medicamento em causa. Embora o número de inquiridos na amostra que tomam outros tipos de fármacos para além dos comprimidos seja diminuto, observa-se que os doentes que estão medicados com xaropes, comprimidos e pomadas são quem menos afirma nunca ter deixado de tomar esses medicamentos tal como foram prescritos (51,2%, 53,4% e 59,7%, respectivamente); em contrapartida, aqueles que fazem os seus tratamentos com injecções são os que mais seguem as indicações (76,9%).

Quadro 5.1 – Em que medida segue (seguiu) as instruções do médico relativamente à forma como deve tomar os medicamentos que lhe são prescritos*

$F(2, 959) = 1,821;$ $p = 0,162 > 0,05$	Conjunto	Doentes crónicos	Doentes agudos graves	Doentes agudos ligeiros
Média	8,78	8,87	8,66	8,66

* (1-nunca segue/10-segue sempre).

Esta amplitude de cumprimento entre uns e outros pode ficar a dever-se ao facto de as primeiras formas de apresentação serem de fácil administração, aplicadas ou ingeridas pelos próprios doentes, enquanto as segundas necessitam normalmente de ser manuseadas por profissionais de saúde muitas vezes em locais próprios, o que obriga a um compromisso diferente da parte do doente, sendo mais improvável descurar horários, métodos de administração, etc.

Motivos para a falta parcial de adesão à terapêutica

Quanto aos motivos desta falta parcial de adesão à terapêutica, reencontramos sensivelmente os mesmos que a generalidade dos inquiridos, actualmente doentes ou não, havia mencionado como sendo aqueles que podiam levar ao incumprimento. Com efeito, apenas um terço do conjunto dos doentes (33,3%), actuais ou recentes, afirma que nunca lhe aconteceu deixar de tomar algum medicamento tal qual lhe foi prescrito por esquecimento (37,8% referem que raramente aconteceu, enquanto 24,8% reconhecem que aconteceu algumas vezes e 3,6% muitas vezes).

O facto de se sentir melhor é a razão mais apontada a seguir para que o tratamento não seja cumprido na integralidade, embora já mais de metade dos inquiridos declare que tal nunca lhes aconteceu (58,0%); assim, 18,1% referem que deixaram de tomar algumas vezes os medicamentos por este motivo e 16,5% fizeram-no, mas raramente, enquanto 6,8% reconhecem que aconteceu muitas vezes.

Adormecer antes de tomar a medicação e os horários das tomas são os motivos mais invocados a seguir: excluindo cerca de dois terços que referem nunca ter deixado de tomar os medicamento conforme as indicações do médico por esta razão (62,5% e 63,5%, respectivamente), 21,8% e 21,9% dos pacientes declaram que raramente isso lhes aconteceu, en-

Quadro 5.2 – Frequência com que não toma o medicamento da forma prescrita

Conjunto	Nunca		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	439	53,4	253	30,7	96	11,7	31	3,8	4	0,5	823	100,0
Gotas	12	72,1	4	23,4	1	4,5	0	0,0	0	0,0	17	100,0
Xaropes	18	51,2	13	36,5	3	10,0	0	0,0	1	2,3	34	100,0
Medicamentos solúveis	19	62,8	6	21,0	3	9,9	2	6,4	0	0,0	31	100,0
Injeções	53	76,9	11	15,5	3	4,6	2	3,0	0	0,0	69	100,0
Inaladores	21	62,6	5	15,4	5	15,4	2	6,6	0	0,0	34	100,0
Supositórios	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Pomadas	24	59,7	7	18,3	5	13,4	2	5,7	1	2,8	40	100,0
Outro	3	45,8	1	15,3	2	23,0	0	0,0	1	15,9	7	100,0
Doentes crónicos												
	Nunca		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	252	51,6	160	32,8	56	11,5	18	3,7	2	0,4	488	100,0
Gotas	6	60,0	3	30,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0	10	100,0
Xaropes	3	60,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	20,0	5	100,0
Medicamentos solúveis	11	64,7	4	23,5	2	11,8	0	0,0	0	0,0	17	100,0
Injeções	29	72,5	8	20,0	2	5,0	1	2,5	0	0,0	40	100,0
Inaladores	18	66,7	3	11,1	4	14,8	2	7,4	0	0,0	27	100,0
Supositórios	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Pomadas	10	71,4	1	7,1	1	7,1	1	7,1	1	7,1	14	100,0
Outro	1	33,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	1	33,3	3	100,0
Doentes agudos graves												
	Nunca		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	35	49,3	23	32,4	10	14,1	3	4,2	0	0,0	71	100,0
Gotas	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Xaropes	15	51,7	11	37,9	3	8,8	0	0,0	0	0,0	29	100,0
Medicamentos solúveis	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Injeções	5	55,6	3	33,3	0	0,0	1	11,1	0	0,0	9	100,0
Inaladores	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Supositórios	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Pomadas	6	54,5	3	27,3	2	18,2	0	0,0	0	0,0	11	100,0
Outro	0	0,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Doentes agudos ligeiros												
	Nunca		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Comprimidos	152	57,4	70	26,4	31	11,7	10	3,8	2	0,8	265	100,0
Gotas	6	100,0	0	0,0	0	,0	0	0,0	0	0,0	6	100,0
Xaropes	18	52,9	12	35,3	3	8,8	0	0,0	1	2,9	34	100,0
Medicamentos solúveis	4	50,0	2	25,0	0	0,0	2	25,0	0	0,0	8	100,0
Injeções	18	94,7	0	0,0	1	5,3	0	0,0	0	0,0	19	100,0
Inaladores	3	60,0	2	40,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	100,0
Supositórios	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Pomadas	8	57,1	3	21,4	2	14,3	1	7,1	0	0,0	14	100,0
Outro	2	66,7	0	0,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	3	100,0

quanto 13,3% e 12,6% reconhecem que tal ocorreu algumas vezes e apenas 1,1% e 1,3% muitas vezes.

Finalmente, os efeitos secundários e o preço dos medicamentos são os dois motivos seguintes ainda com alguma expressão, apesar de cerca de três quartos dos respondentes não o terem declarado (74,6% e 78,5%, respectivamente). Assim, 16,2% afirmam que raramente lhes aconteceu não ter tomado os medicamentos tal como prescritos pela primeira razão, enquanto 6,6% declaram que aconteceu algumas vezes e 1,5% muitas vezes; já 9,9% respondem que raramente sucedeu não cumprir algumas vezes o tratamento como foi prescrito por não poder comportar o seu custo, enquanto 8,0% reconhecem que tal ocorreu algumas vezes e 2,5% muitas vezes.

Para a esmagadora maioria dos inquiridos (os valores variam entre 82,1% e 91,0%), os restantes motivos susceptíveis de contribuir para a falta de adesão integral às terapêuticas nunca ocorreram. Ainda assim, e começando pelo motivo mais relevante deste grupo, 11,4% declaram que raramente deixaram de tomar a medicação tal como prescrita por não gostarem de pensar que estão doentes, enquanto 3,8% reconhecem que tal aconteceu algumas vezes e 1,6% muitas vezes; a preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação (dependência) raramente foi para 9,0% dos inquiridos um motivo para não cumprirem com o tratamento, seguindo-se 4,5% que afirmam que isso aconteceu algumas vezes e 1,3% muitas vezes; ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez raramente levou 10,5% a não fazerem o tratamento na íntegra, existindo 3,9% a quem tal aconteceu algumas vezes e 0,8% muitas vezes; 10,1% confirmam que raramente deixaram de seguir a prescrição na totalidade por não gostarem de tomar medicamentos, contra 3,9% que o fizeram algumas vezes e 1,5% muitas vezes; o não querer misturar com álcool foi razão para 5,4%, embora raramente, enquanto 2,7% reconhecem que ocorreu algumas vezes e 0,6% muitas vezes; 8,2% afirmam que raramente não fizeram o tratamento porque os medicamentos lhes provocavam sonolência, contra 4,9% que declaram que lhe aconteceu algumas vezes e 0,9% muitas vezes; a dificuldade em moldar o tratamento à sua vida fez com que 7,5% doentes não seguissem a prescrição, embora raramente, seguindo-se 5,1% a quem isso aconteceu algumas vezes e 0,4% muitas vezes; a dúvida sobre a eficácia da medicação levou a que 7,7% também não cumprissem com a totalidade do tratamento, ainda que raramente, enquanto 2,7% reconhecem que tal ocorreu algumas vezes e 0,7% muitas vezes; 6,0% não o fizeram raramente devido ao facto de os medicamentos serem difíceis de tomar, contra 3,9% que declaram que isso aconteceu

Quadro 5.3 – Frequência das razões para não tomar os medicamentos exactamente como foram prescritos pelo médico

	Nunca me aconteceu		Raramente me aconteceu		Aconteceu-me algumas vezes		Aconteceu-me muitas vezes		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Conjunto	324	33,3	368	37,8	242	24,8	35	3,6	5	0,5	975	100,0
Esquecimento	727	74,6	158	16,2	65	6,6	14	1,5	11	1,1	975	100,0
Efeitos secundários (má disposição, sonolência, ser diurético, etc.)	819	84,0	87	9,0	44	4,5	12	1,3	12	1,2	975	100,0
Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação (dependência)	819	84,1	103	10,5	38	3,9	8	0,8	7	0,7	975	100,0
Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembra de os tomar todos)	861	88,3	59	6,0	38	3,9	9	1,0	7	0,7	975	100,0
Os medicamentos serem difíceis de tomar (sabor desagradável, demasiado grandes, aplicação difícil)	619	63,5	213	21,9	123	12,6	12	1,3	7	0,7	975	100,0
Horários das tomas	613	62,9	212	21,8	129	13,3	11	1,1	10	1,0	975	100,0
Adormecer antes de tomar a sua medicação	801	82,1	112	11,4	38	3,8	15	1,6	10	1,0	975	100,0
Não gostar de pensar que está doente	833	85,4	53	5,4	27	2,7	6	0,6	56	5,8	975	100,0
Não querer misturar com álcool	855	87,8	75	7,7	27	2,7	7	0,7	10	1,0	975	100,0
Duvidar da eficácia da medicação	765	78,5	97	9,9	78	8,0	24	2,5	11	1,1	975	100,0
Preço da medicação	887	91,0	57	5,8	20	2,0	2	0,2	10	1,0	975	100,0
Não perceber bem o que deve tomar e como	820	84,1	98	10,1	38	3,9	14	1,5	5	0,5	975	100,0
Não gostar de tomar medicamentos	566	58,0	161	16,5	176	18,1	66	6,8	6	0,6	975	100,0
Sentir-se melhor	839	86,1	73	7,5	50	5,1	4	0,4	8	0,9	975	100,0
Dificuldade em moldar o tratamento à sua vida (rotina, trabalho, etc.)	834	85,5	80	8,2	48	4,9	9	0,9	5	0,5	975	100,0
Provocar sonolência												

	Nunca me aconteceu		Raramente me aconteceu		Aconteceu-me algumas vezes		Aconteceu-me muitas vezes		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doentes crónicos	175	31,2	227	40,5	129	23,0	28	5,0	2	0,4	561	100,0
Esquecimento												
Efeitos secundários (má disposição, sonolência, ser diurético, etc.)	406	72,4	98	17,5	40	7,1	13	2,3	4	0,7	561	100,0
Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação (dependência)	476	84,8	50	8,9	22	3,9	9	1,6	4	0,7	561	100,0
Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembra de os tomar todos)	462	82,2	65	11,6	25	4,4	7	1,2	3	0,5	562	100,0
Os medicamentos serem difíceis de tomar (sabor desagradável, demasiado grandes, aplicação difícil)	502	89,3	34	6,0	20	3,6	3	0,5	3	0,5	562	100,0
Horários das tomas	377	67,1	114	20,3	56	10,0	10	1,8	5	0,9	562	100,0
Adormecer antes de tomar a sua medicação	371	66,1	117	20,9	58	10,3	10	1,8	5	0,9	561	100,0
Não gostar de pensar que está doente	457	81,5	74	13,2	20	3,6	7	1,2	3	0,5	561	100,0
Não querer misturar com álcool	481	85,7	27	4,8	9	1,6	4	0,7	40	7,1	561	100,0
Duvidar da eficácia da medicação	492	87,7	44	7,8	17	3,0	2	0,4	6	1,1	561	100,0
Preço da medicação	423	75,3	61	10,9	53	9,4	20	3,6	5	0,9	562	100,0
Não perceber bem o que deve tomar e como	512	91,3	34	6,1	8	1,4	2	0,4	5	0,9	561	100,0
Não gostar de tomar medicamentos	473	84,3	54	9,6	21	3,7	10	1,8	3	0,5	561	100,0
Sentir-se melhor	361	64,3	85	15,2	75	13,4	36	6,4	4	0,7	561	100,0
Dificuldade em moldar o tratamento à sua vida (rotina, trabalho, etc.)	482	85,9	43	7,7	28	5,0	3	0,5	5	0,9	561	100,0
Provocar sonolência	476	84,7	50	8,9	26	4,6	7	1,2	3	0,5	562	100,0

	Nunca me aconteceu		Raramente me aconteceu		Aconteceu-me algumas vezes		Aconteceu-me muitas vezes		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doentes agudos graves	20	22,2	38	42,2	32	35,6	0	0,0	0	0,0	90	100,0
Esquecimento												
Efeitos secundários (má disposição, sonolência, ser diurético, etc.)	67	75,3	16	18,0	4	4,5	1	1,1	1	1,1	89	100,0
Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação (dependência)	73	81,1	11	12,2	5	5,6	1	1,1	0	0,0	90	100,0
Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembra de os tomar todos)	73	81,1	11	12,2	6	6,7	0	0,0	0	0,0	90	100,0
Os medicamentos serem difíceis de tomar (sabor desagradável, demasiado grandes, aplicação difícil)	73	81,1	10	11,1	5	5,6	2	2,2	0	0,0	90	100,0
Horários das tomas	51	56,7	22	24,4	16	17,8	1	1,1	0	0,0	90	100,0
Adormecer antes de tomar a sua medicação	42	46,7	26	28,9	22	24,4	0	0,0	0	0,0	90	100,0
Não gostar de pensar que está doente	70	78,7	11	12,4	4	4,5	3	3,4	1	1,1	89	100,0
Não querer misturar com álcool	72	80,0	10	11,1	4	4,4	1	1,1	3	3,3	90	100,0
Duvidar da eficácia da medicação	76	84,4	10	11,1	2	2,2	2	2,2	0	0,0	90	100,0
Preço da medicação	66	73,3	11	12,2	9	10,0	4	4,4	0	0,0	90	100,0
Não perceber bem o que deve tomar e como	78	86,7	8	8,9	3	3,3	0	0,0	1	1,1	90	100,0
Não gostar de tomar medicamentos	72	80,0	14	15,6	4	4,4	0	0,0	0	0,0	90	100,0
Sentir-se melhor	42	46,7	20	22,2	24	26,7	4	4,4	0	0,0	90	100,0
Dificuldade em moldar o tratamento à sua vida (rotina, trabalho, etc.)	67	75,3	15	16,9	7	7,9	0	0,0	0	0,0	89	100,0
Provocar sonolência	76	84,4	9	10,0	5	5,6	0	0,0	0	0,0	90	100,0

	Nunca me aconteceu		Raramente me aconteceu		Aconteceu-me algumas vezes		Aconteceu-me muitas vezes		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doentes agudos ligeiros	129	39,9	104	32,2	80	24,8	7	2,2	3	0,9	323	100,0
Esquecimento												
Efeitos secundários (má disposição, sonolência, ser diurético, etc.)	253	78,1	44	13,6	21	6,5	0	0,0	6	1,9	324	100,0
Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação (dependência)	270	83,6	27	8,4	17	5,3	2	0,6	7	2,2	323	100,0
Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembra de os tomar todos)	284	87,7	27	8,3	8	2,5	1	0,3	4	1,2	324	100,0
Os medicamentos serem difíceis de tomar (sabor desagradável, demasiado grandes, aplicação difícil)	286	88,8	15	4,7	13	4,0	4	1,2	4	1,2	322	100,0
Horários das tomas	191	59,1	77	23,8	51	15,8	2	0,6	2	,6	323	100,0
Adormecer antes de tomar a sua medicação	200	61,7	69	21,3	49	15,1	1	0,3	5	1,5	324	100,0
Não gostar de pensar que está doente	274	84,8	26	8,0	13	4,0	5	1,5	5	1,5	323	100,0
Não querer misturar com álcool	280	86,7	16	5,0	13	4,0	1	0,3	13	4,0	323	100,0
Duvidar da eficácia da medicação	287	88,6	22	6,8	8	2,5	3	0,9	4	1,2	324	100,0
Preço da medicação	276	84,9	26	8,0	16	4,9	1	0,3	6	1,8	325	100,0
Não perceber bem o que deve tomar e como	297	91,7	15	4,6	9	2,8	0	0,0	3	0,9	324	100,0
Não gostar de tomar medicamentos	275	84,6	30	9,2	13	4,0	5	1,5	2	0,6	325	100,0
Sentir-se melhor	162	50,0	56	17,3	78	24,1	26	8,0	2	0,6	324	100,0
Dificuldade em moldar o tratamento à sua vida (rotina, trabalho, etc.)	290	89,5	15	4,6	15	4,6	1	0,3	3	0,9	324	100,0
Provocar sonolência	282	87,0	21	6,5	17	5,2	2	0,6	2	0,6	324	100,0

algumas vezes e 1,0% muitas vezes; por fim, o não perceber bem o que deve tomar e como fez com que, raramente, 5,8% dos inquiridos não seguissem na íntegra as prescrições médicas, enquanto 2,0% afirmam que tal ocorreu algumas vezes e 0,2% muitas vezes.

A análise dos motivos mais importantes por tipo de doença revela que o esquecimento, o sentir-se melhor e o adormecer antes da medicação são significativamente mais referidos pelos doentes agudos graves (e também pelos agudos ligeiros no caso do segundo motivo), enquanto o preço dos medicamentos é mais referido pelos doentes crónicos. Os efeitos secundários e o horário das tomas são motivos importantes, independentemente do tipo de doença a que se refere o tratamento prescrito.¹

O esquecimento e os efeitos secundários são, em média, motivos mais frequentes entre as mulheres para que nem sempre cumpram na íntegra os tratamentos tal como lhes foram prescritos pelo médico, independentemente da idade, do nível de instrução e do estatuto socioprofissional. O preço da medicação é igualmente mais relevante para as mulheres como factor de incumprimento, bem como entre os inquiridos com baixo nível de escolaridade (até à instrução primária) e os que frequentaram o 2.º e o 3.º ciclos e ainda entre os trabalhadores manuais não especializados, inversamente aos homens, aos inquiridos mais escolarizados (que frequentaram ou frequentam o ensino superior) e aos quadros médios e superiores, mas também aos proprietários, dirigentes e profissionais liberais, bem como aos trabalhadores manuais especializados. O horário das tomas tem mais importância para quem tem entre 30 e 39 anos e é menos relevante para quem tem entre 50 e 65 anos, enquanto o adormecer antes de tomar a medicação é sobretudo mais frequente entre os trabalhadores manuais não especializados, inversamente ao que ocorre entre os proprietários, dirigentes e profissionais liberais. O facto de se sentir melhor contribui para um maior incumprimento das terapêuticas entre os mais jovens (com menos de 29 anos), induzindo menos os mais idosos (com mais de 66 anos) a não seguirem na totalidade as indicações médicas.

Mais importante do que estas percentagens é porventura a estrutura motivacional das diferentes formas de falta de adesão: a primeira dimensão remete para o sentimento de desconforto e para a dúvida acerca da eficácia dos medicamentos, em suma, para um fracasso relativo da tera-

¹ Esquecimento: $p=0,001 \leq 0,05$; sentir-se melhor: $p=0,000 \leq 0,05$; adormecer antes de tomar a medicação: $p=0,001 \leq 0,05$; preço da medicação: $p=0,003 \leq 0,05$; efeitos secundários: $p=0,084 > 0,05$; horários das tomas: $p=0,061 > 0,05$.

**Quadro 5.4 – Razões para não tomar os medicamentos exactamente como foram prescritos pelo médico
(análise factorial em componentes principais – Varimax)**

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Efeitos secundários (má disposição, sonolência, ser diurético, etc.)	0,706	0,036	0,088
Preocupação com os efeitos a longo prazo da medicação (dependência)	0,674	0,145	0,008
Ter demasiados medicamentos para tomar de uma só vez (não se lembra de os tomar todos)	0,640	0,126	0,243
Preço da medicação	0,622	0,115	0,186
Não perceber bem o que deve tomar e como	0,525	0,386	0,091
Duvidar da eficácia da medicação	0,506	0,377	0,031
Provocar sonolência	0,502	0,431	0,095
Os medicamentos serem difíceis de tomar (sabor desagradável, demasiado grandes, aplicação difícil)	0,445	0,424	0,254
Não querer misturar com álcool	-0,038	0,714	0,014
Não gostar de pensar que está doente	0,210	0,624	0,326
Não gostar de tomar medicamentos	0,343	0,611	0,187
Dificuldade em moldar o tratamento à sua vida (rotina, trabalho, etc.)	0,365	0,570	0,159
Sentir-se melhor	0,216	0,418	0,384
Adormecer antes de tomar a sua medicação	0,132	0,246	0,774
Esquecimento	0,091	-0,042	0,756
Horários das tomas	0,128	0,268	0,737
Variância explicada (%)	19,5	16,3	13,8
Alfa de Cronbach	0,754	0,684	0,687
KMO		00,905	

pêutica próprio de algumas situações crónicas; a segunda dimensão traduz de alguma forma a autonomia por parte do doente; a terceira reúne uma curta série de pretextos que denotam alguma negligência. Voltaremos à questão na conclusão.

Adesão a outras indicações de carácter clínico e sobre hábitos de saúde e estilos de vida

Para além das indicações sobre a forma como os medicamentos prescritos devem ser tomados, os médicos aconselham frequentemente os seus pacientes, seja por motivo de doença ou como medida preventiva, a alterar os seus estilos de vida de forma a controlar a sua condição de saúde, assim como encaminham os doentes para outros médicos espe-

cialistas, recomendam a realização de exames de diagnóstico ou o regresso para outras consultas de acompanhamento.

Desde logo, verifica-se que as principais indicações dos médicos dadas aos pacientes foram no sentido de estes fazerem exames de diagnóstico (83,4%, com maior relevância entre os doentes crónicos, que ascendem a 89,7%), de regressarem para uma consulta de acompanhamento (77,6%, sobretudo aos doentes agudos graves, com 85,6%, e aos doentes crónicos, com 82,2%), de fazerem exercício físico (71,9%, com especial incidência entre os doentes crónicos, com 79,3%), de alterarem as suas dietas alimentares (70,0%, em particular os doentes crónicos, com 77,9%) e de marcarem uma consulta com um médico especialista (68,1%, sobretudo entre os doentes agudos graves, com 76,7%, e entre os doentes crónicos, que somam 75,2%). A pouco mais de metade dos pacientes foi aconselhado que reduzissem o seu ritmo de trabalho ou alterassem o seu estilo de vida (58,1%, com especial incidência entre os doentes agudos graves, com 70,0%, e entre os doentes crónicos, com 62,9%); em contrapartida, só a menos de um quarto, independentemente do tipo de doença, foi dito que deixassem de fumar (23,2%) ou de beber (20,6%), o que significa que os profissionais de saúde ainda não estão a intervir a este nível da forma que se esperaria.²

Nem todas estas recomendações médicas são adoptadas de igual modo pelos doentes, verificando-se que o cumprimento é menor no caso das recomendações a respeito dos hábitos de saúde e estilos de vida, cuja adesão por parte dos pacientes se revela a mais difícil de obter, tais como deixar de beber e de fumar ou abrandar o ritmo de trabalho (44,2%, 43,6% e 38,4% de inquiridos nunca seguiram esses conselhos que o médico lhes deu, contra 25,2%, 25,5% e 27,7% que o fizeram frequentemente; 13,9%, 16,6% e 22,5% seguiram esses conselhos raramente, enquanto 12,7%, 10,8% e 20,8% ainda aderiram ocasionalmente). Fazer alterações na dieta alimentar e praticar exercício físico recolhem maior adesão (37,0% e 27,7% seguem essas indicações frequentemente, contra 23,2% e 29,2% que nunca o fizeram; 19,9% e 23,9% raramente tiveram esses comportamentos saudáveis e 19,5% e 18,7% só ocasionalmente a eles aderiram), mas ainda assim menos do que as indicações de carácter clínico, como fazer exames complementares de diagnóstico, regressar para uma consulta de acompa-

² Realizar exames de diagnóstico: $p = 0,000 \leq 0,05$; regressar a uma consulta de acompanhamento: $p = 0,000 \leq 0,05$; fazer exercício físico: $p = 0,000 \leq 0,05$; fazer alterações na dieta alimentar: $p = 0,000 \leq 0,05$; marcar uma consulta no especialista: $p = 0,000 \leq 0,05$; abrandar o ritmo de trabalho: $p = 0,000 \leq 0,05$; deixar de fumar: $p = 0,082 > 0,05$; deixar de beber: $p = 0,344 > 0,05$.

Quadro 5.5 – Conselhos recebidos do médico

Conjunto	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fazer alterações na dieta alimentar	682	70,0	293	30,0	975	100,0
Deixar de fumar	226	23,2	748	76,8	975	100,0
Deixar de beber	201	20,6	774	79,4	975	100,0
Marcar uma consulta no especialista	664	68,1	311	31,9	975	100,0
Fazer exames de diagnóstico	813	83,4	161	16,6	975	100,0
Abrandar o ritmo de trabalho/ alterar estilo de vida	566	58,1	409	41,9	975	100,0
Fazer exercício físico	701	71,9	274	28,1	975	100,0
Voltar a uma consulta de acompanhamento	756	77,6	218	22,4	975	100,0
Doentes crónicos	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fazer alterações na dieta alimentar	437	77,9	124	22,1	561	100,0
Deixar de fumar	121	21,6	440	78,4	561	100,0
Deixar de beber	113	20,1	448	79,9	561	100,0
Marcar uma consulta no especialista	422	75,2	139	24,8	561	100,0
Fazer exames de diagnóstico	503	89,7	58	10,3	561	100,0
Abrandar o ritmo de trabalho/ alterar estilo de vida	353	62,9	208	37,1	561	100,0
Fazer exercício físico	445	79,3	116	20,7	561	100,0
Voltar a uma consulta de acompanhamento	461	82,2	100	17,8	561	100,0
Doentes agudos graves	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fazer alterações na dieta alimentar	60	66,7	30	33,3	90	100,0
Deixar de fumar	29	32,2	61	67,8	90	100,0
Deixar de beber	24	26,7	66	73,3	90	100,0
Marcar uma consulta no especialista	69	76,7	21	23,3	90	100,0
Fazer exames de diagnóstico	78	86,7	12	13,3	90	100,0
Abrandar o ritmo de trabalho/ alterar estilo de vida	63	70,0	27	30,0	90	100,0
Fazer exercício físico	70	77,8	20	22,2	90	100,0
Voltar a uma consulta de acompanhamento	77	85,6	13	14,4	90	100,0
Doentes agudos ligeiros	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Fazer alterações na dieta alimentar	185	57,1	139	42,9	324	100,0
Deixar de fumar	77	23,8	247	76,2	324	100,0
Deixar de beber	65	20,1	259	79,9	324	100,0
Marcar uma consulta no especialista	173	53,4	151	46,6	324	100,0
Fazer exames de diagnóstico	233	71,9	91	28,1	324	100,0
Abrandar o ritmo de trabalho/ alterar estilo de vida	150	46,4	173	53,6	323	100,0
Fazer exercício físico	186	57,6	137	42,4	323	100,0
Voltar a uma consulta de acompanhamento	219	67,6	105	32,4	324	100,0

nhamento ou marcar consultas com um especialista, que são em geral bem seguidas (50,0%, 49,0% e 37,9% de inquiridos seguiram frequentemente estas indicações do seu médico, enquanto 11,7%, 18,3% e 17,7% nunca acataram estas recomendações; 10,3%, 11,0% e 12,2% raramente adoptaram estas recomendações e 27,5%, 21,3% e 31,6% apenas o fizeram ocasionalmente).

Como se pode observar pela distribuição dos resultados por tipo de doença, os doentes crónicos são, de longe, os que mais seguem qualquer das indicações dadas pelos médicos, destacando-se sobretudo entre os que mais aderem aos comportamentos saudáveis, salvo no que diz respeito ao tabaco e ao álcool.³

A análise da adesão às recomendações médicas a respeito dos hábitos de saúde e estilos de vida revela que as alterações na dieta alimentar são realizadas, em média, de igual forma por todos inquiridos, independentemente das suas características demográficas e socioeconómicas, enquanto os conselhos para deixar de beber são mais seguidos pelos homens do que pelas mulheres, sendo estas, inversamente, as que mais seguem as indicações do médico quando se trata de abrandar o ritmo de trabalho e alterar o estilo de vida, independentemente da idade, nível de instrução e ocupação socioprofissional. A recomendação de deixar de fumar é mais acatada pelos inquiridos mais velhos, com idades iguais ou superiores a 66 anos, ao contrário do que sucede entre os mais jovens com menos de 29 anos, que cumprem menos esta indicação, independentemente do género, escolaridade e ocupação socioprofissional. As recomendações para praticar exercício físico são, por seu turno, mais seguidas pelos inquiridos mais escolarizados, que frequentaram ou frequentam o ensino superior, e pelos quadros médios e superiores, inversamente aos que possuem o ensino secundário e que são trabalhadores manuais especializados, independentemente do género e da idade.

No que diz respeito às indicações de carácter clínico, as mulheres, os inquiridos entre os 40 e os 65 anos e os menos escolarizados (no máximo, com a instrução primária), mas também os que frequentaram o 2.º e o 3.º ciclos do ensino básico e os trabalhadores manuais especializados são quem tende a seguir mais as recomendações médicas para a realização de exames complementares de diagnóstico, ao contrário do que sucede

³ Fazer alterações na dieta alimentar: $p = 0,000 \leq 0,05$; deixar de fumar: $p = 0,044 > 0,05$; deixar de beber: $p = 0,009 > 0,05$; marcar uma consulta no especialista: $p = 0,000 \leq 0,05$; realizar exames de diagnóstico: $p = 0,000 \leq 0,05$; abrandar o ritmo de trabalho: $p = 0,000 \leq 0,05$; fazer exercício físico: $p = 0,000 \leq 0,05$; regressar para uma consulta de acompanhamento: $p = 0,002 \leq 0,05$.

Quadro 5.6 – Frequência com que não seguiu os conselhos dados pelo médico

Conjunto	Não seguiu		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Fazer alterações na dieta alimentar	158	23,2	136	19,9	133	19,5	252	37,0	3	0,4	682	100,0
Deixar de fumar	99	43,6	38	16,6	24	10,8	58	25,5	8	3,5	226	100,0
Deixar de beber	89	44,2	28	13,9	26	12,7	51	25,2	8	3,9	201	100,0
Marcar uma consulta no especialista	117	17,7	81	12,2	210	31,6	252	37,9	4	0,6	664	100,0
Fazer exames de diagnóstico	96	11,7	84	10,3	224	27,5	407	50,0	3	0,4	813	100,0
Abandonar o ritmo de trabalho/alterar estilo de vida	218	38,4	128	22,5	118	20,8	99	17,5	4	0,7	566	100,0
Fazer exercício físico	205	29,2	167	23,9	131	18,7	194	27,7	4	0,6	701	100,0
Voltar a uma consulta de acompanhamento	138	18,3	83	11,0	161	21,3	370	49,0	3	0,5	756	100,0

Doentes crónicos	Não seguiu		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Fazer alterações na dieta alimentar	51	11,7	87	19,9	100	22,9	197	45,1	2	0,5	437	100,0
Deixar de fumar	40	33,3	20	16,7	14	11,7	40	33,3	6	5,0	120	100,0
Deixar de beber	40	35,7	15	13,4	14	12,5	37	33,0	6	5,4	112	100,0
Marcar uma consulta no especialista	50	11,8	51	12,1	140	33,1	181	42,8	1	0,2	423	100,0
Fazer exames de diagnóstico	30	6,0	51	10,1	141	28,0	281	55,8	1	0,2	504	100,0
Abandonar o ritmo de trabalho/alterar estilo de vida	106	30,0	88	24,9	81	22,9	77	21,8	1	0,3	353	100,0
Fazer exercício físico	106	23,9	107	24,1	97	21,8	134	30,2	0	0,0	444	100,0
Voltar a uma consulta de acompanhamento	67	14,5	53	11,5	95	20,6	246	53,4	0	0,0	461	100,0

Doentes agudos graves	Não seguiu		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Fazer alterações na dieta alimentar	25	41,7	10	16,7	10	16,7	15	25,0	0	0,0	60	100,0
Deixar de fumar	14	48,3	5	17,2	4	13,8	6	20,7	0	0,0	29	100,0
Deixar de beber	9	37,5	4	16,7	7	29,2	4	16,7	0	0,0	24	100,0
Marcar uma consulta no especialista	11	16,2	6	8,8	27	39,7	23	33,8	1	1,5	68	100,0
Fazer exames de diagnóstico	9	11,7	5	6,5	30	39,0	32	41,6	1	1,3	77	100,0
Abrandar o ritmo de trabalho/alterar estilo de vida	28	44,4	11	17,5	17	27,0	6	9,5	1	1,6	63	100,0
Fazer exercício físico	25	35,7	18	25,7	13	18,6	14	20,0	0	0,0	70	100,0
Voltar a uma consulta de acompanhamento	15	19,5	5	6,5	23	29,9	33	42,9	1	1,3	77	100,0

Doentes agudos ligeiros	Não seguiu		Raramente		Ocasionalmente		Frequentemente		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Fazer alterações na dieta alimentar	83	44,6	39	21,0	23	12,4	40	21,5	1	0,5	186	100,0
Deixar de fumar	45	57,7	13	16,7	6	7,7	12	15,4	2	2,6	78	100,0
Deixar de beber	40	60,6	9	13,6	5	7,6	10	15,2	2	3,0	66	100,0
Marcar uma consulta no especialista	56	32,6	24	14,0	43	25,0	47	27,3	2	1,2	172	100,0
Fazer exames de diagnóstico	56	24,1	28	12,1	53	22,8	94	40,5	1	0,4	232	100,0
Abrandar o ritmo de trabalho/alterar estilo de vida	84	56,0	28	18,7	20	13,3	16	10,7	2	1,3	150	100,0
Fazer exercício físico	74	39,6	42	22,5	21	11,2	46	24,6	4	2,1	187	100,0
Voltar a uma consulta de acompanhamento	56	25,7	25	11,5	43	19,7	92	42,2	2	0,9	218	100,0

Quadro 5.7 – Seguimento das indicações de procedimentos clínicos e indicações sobre hábitos e estilos de vida (análise factorial em componentes principais)

	Indicações de procedimentos clínicos	Indicações sobre hábitos e estilos de vida
Fazer exames de diagnóstico	0,830	-0,397
Voltar a uma consulta de acompanhamento	0,816	-0,419
Marcar uma consulta no especialista	0,767	-0,392
Fazer exercício físico	0,671	-0,428
Abrandar o ritmo de trabalho/alterar estilo de vida	0,507	-0,578
Deixar de fumar	0,422	-0,927
Deixar de beber	0,556	-0,901
Fazer alterações na dieta alimentar	0,651	-0,708
Variância explicada (%)	51,3	63,5
Alfa de Cronbach	0,816	0,795
KMO		0,804

entre os homens, os jovens com menos de 29 anos, os que frequentaram o ensino secundário e os proprietários, dirigentes e profissionais liberais, que tendem a descurar mais estes conselhos médicos. Regressar para uma consulta de acompanhamento é mais cumprido também pelas mulheres e pelos inquiridos menos escolarizados (que não ultrapassaram a instrução primária), inversamente ao que sucede com os homens e os inquiridos que frequentaram o ensino secundário, independentemente da idade e ocupação socioprofissional; as mulheres são igualmente as que mais marcam consultas com um especialista quando aconselhadas pelo seu médico assistente, ao contrário dos homens, independentemente da idade, do nível de escolaridade e da ocupação socioprofissional.

Na realidade, as mudanças de hábitos de vida e as recomendações médicas propriamente ditas situam-se, pois, em dois planos distintos das atitudes e comportamentos dos pacientes. Esta distinção é claramente confirmada pelos resultados da análise factorial resumida no quadro acima, onde as respostas dos inquiridos aos diferentes indicadores de cada tipo de recomendação surgem relacionadas, apresentando cada um dos grupos um razoável grau de consistência interna.

Estes diferentes níveis de adesão por parte dos pacientes às recomendações médicas relativamente aos procedimentos clínicos, por um lado, e aos hábitos de saúde e estilos de vida enraizados, por outro, são concordantes com os resultados obtidos em estudos internacionais que demonstram que o incumprimento destas últimas indicações médicas apresenta sempre índices bem mais elevados (DiMatteo 1994; Sarafino 1990; Sheridan e Rad-

macher 1992). Com efeito, esses estudos apontam para cerca de 75% de pessoas que, ao receberem indicações da parte do médico para adotarem comportamentos mais saudáveis como medida preventiva e de redução do risco, optam por não seguir essas recomendações. Este valor acaba por ser idêntico em Portugal, observando a percentagem daqueles que reconhecem cumprir frequentemente este tipo de indicações médicas. Outros estudos concluem ainda que 20% a 50% dos pacientes faltam posteriormente a consultas médicas consideradas necessárias à prossecução dos tratamentos (Sheridan e Radmacher 1992), tendência que é também encontrada em Portugal de acordo com os resultados do presente estudo.

Iniciativas face às dificuldades com o tratamento prescrito

Quando existe dificuldade em seguir integralmente as indicações médicas no decorrer de um tratamento, mais de três quartos dos doentes declararam optar por conversar o máximo possível com o seu médico a fim de tornar o tratamento mais fácil e exequível (77,8%, em particular os doentes crónicos, ao contrário dos doentes agudos ligeiros). Seguidamente, pouco mais de um terço opta por pedir sempre ao seu médico um plano escrito do tratamento a seguir (medicamentos a tomar, horários, quantidades, etc.) (39,8%) e por ajustar o tratamento às suas actividades diárias (39,0%). Pedir ao médico que ajuste o regime terapêutico para que se adequê aos seus horários e estilo de vida (27,1%, em especial os doentes crónicos, e menos os doentes agudos mais ligeiros) e falar com o farmacêutico no mesmo sentido (21,2%), bem como usar uma caixa especial para transportar os medicamentos (17,9%, sobretudo os doentes crónicos, inversamente ao que sucede com os doentes agudos ligeiros e graves) e ainda mudar para um regime mais simples por iniciativa própria (14,3%), surgem depois como as soluções mais adoptadas com alguma expressão. Por fim, alterar, por sua iniciativa, para um regime terapêutico com efeitos secundários que sejam melhor tolerados, se for caso disso (8,9%), compensar uma dose em falta na vez seguinte após não ter tomado uma vez como devia (8,4%) e ainda juntar-se a um grupo de apoio ou associação de doentes (4,4%) são algumas das medidas utilizadas pelos doentes.⁴

⁴ Falar o máximo possível com o médico: $p = 0,003 \leq 0,05$; usar uma caixa especial para transportar os medicamentos: $p = 0,000 \leq 0,05$; ajustar o tratamento às actividades diárias: $p = 0,291 > 0,05$; mudar para um regime mais simples, por sua iniciativa: $p = 0,385 > 0,05$; juntar-se a um grupo de apoio/associação de doentes: $p = 0,248$

Quadro 5.8 – O que costuma fazer quando tem dificuldade em seguir integralmente as indicações médicas (resposta múltipla)

	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Falar o máximo possível com o médico	682	77,8	414	81,3	68	80,0	200	70,9
Usar uma caixa especial para transportar os medicamentos	155	17,9	124	24,6	8	9,9	23	8,2
Ajustar o tratamento às actividades diárias	341	39,0	208	41,1	32	38,6	101	35,4
Mudar para um regime mais simples, por sua iniciativa	124	14,3	76	15,1	14	16,9	34	12,0
Juntar-se a um grupo de apoio/associação de doentes	37	4,4	24	4,9	5	6,4	7	2,7
Pedir ao médico que ajuste o regime terapêutico para que se adequê aos seus horários e estilo de vida	233	27,1	153	30,2	22	26,5	58	21,4
Falar com o seu farmacêutico para ajustar o regime terapêutico aos seus horários e estilo de vida	183	21,2	114	22,7	20	24,1	49	17,7
Pedir sempre ao médico um plano escrito do tratamento a seguir (medicamentos a tomar, horários, quantidades, etc.)	347	39,8	217	42,9	31	36,9	99	35,1
Alterar, por sua iniciativa, para um regime terapêutico com efeitos secundários que sejam melhor tolerados por si	78	8,9	55	10,8	7	8,2	16	5,7
Compensar uma dose em falta na vez seguinte/duplicar a dose seguinte após não ter tomado uma vez como devia	74	8,4	43	8,4	3	3,6	28	9,6

Algumas das soluções – tais como conversar o máximo possível com o seu médico e tomar a iniciativa de mudar para um regime mais simples,

$> 0,05$; pedir ao médico que ajuste o regime terapêutico para que se adequê aos seus horários e estilo de vida: $p = 0,032 \leq 0,05$; falar com o seu farmacêutico para ajustar o regime terapêutico aos seus horários e estilo de vida: $p = 0,212 \leq 0,05$; pedir sempre ao médico um plano escrito do tratamento a seguir: $p = 0,086 > 0,05$; alterar, por sua iniciativa, para um regime terapêutico com efeitos secundários que sejam melhor tolerados: $p = 0,053 > 0,05$; compensar uma dose em falta na vez seguinte/duplicar a dose seguinte após não ter tomado uma vez como devia.

bem como alterar para um regime terapêutico com efeitos secundários melhor tolerados, e ainda juntar-se a um grupo de apoio ou associação de doentes – são transversais a todos os doentes, independentemente do género, da idade, do nível de escolaridade e da ocupação socioprofissional. Pedir sempre ao médico um plano escrito do tratamento a seguir é mais comum entre os inquiridos menos escolarizados (instrução primária ou menos) e entre os que, socioprofissionalmente, se inserem na categoria de executantes não manuais, ao contrário dos inquiridos mais jovens (com idades inferiores a 29 anos) e dos trabalhadores manuais especializados. Ajustar o tratamento às actividades diárias é um procedimento utilizado sobretudo pelos doentes mais escolarizados sem terem frequentado a universidade (ensino secundário), pelos quadros médios e superiores e pelos executantes não manuais, inversamente ao que ocorre entre os doentes mais velhos (com mais de 66 anos) e os trabalhadores manuais especializados. Pedir ao médico que ajuste o regime terapêutico para que este se adequê aos horários e estilo de vida é apenas mais característico dos executantes não manuais, enquanto falar com o farmacêutico para o mesmo efeito é uma opção mais escolhida pelas mulheres. Usar uma caixa especial para transportar os medicamentos é mais usual entre os doentes mais idosos (com mais de 66 anos) e os menos escolarizados (até à instrução primária), ao contrário das faixas etárias mais jovens (até 39 anos) e dos que frequentaram o 2.º e o 3.º ciclos. Por fim, compensar uma dose em falta na vez seguinte é apenas menos frequente entre os doentes com idades iguais ou superiores a 66 anos.

Evolução da atenção dada ao tratamento

Em comparação com o momento em que iniciaram o tratamento, actualmente ou na altura em que o terminaram, mais de metade dos doentes afirma que é igualmente cuidadosa com a medicação prescrita (54,5%). No entanto, apesar do elevado índice de adesão declarado anteriormente quando perguntado em termos genéricos, mais de um terço dos inquiridos reconhece que o cumprimento das indicações médicas tende a aumentar, passando a ser mais, ou mesmo muito mais, cuidadoso com a medicação (36,1%) à medida que o tempo passa. Somente 4,1% admitem que foram sendo menos ou muito menos cuidadosos com a forma como prosseguiram com o tratamento. Previsivelmente, este maior cuidado assumido com o decorrer do tratamento é reconhecido sobretudo pelos doentes crónicos, ao contrário dos doentes agudos graves e

Quadro 5.9 – Comparação entre o momento em que começou a fazer o tratamento receitado pelo médico e o dia de hoje

$p = 0,003 \leq 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito menos cuidadoso com a medicação	6	0,6	5	0,9	1	1,1	0	0,0
Menos cuidadoso com a medicação	34	3,5	19	3,4	5	5,5	11	3,4
Igualmente cuidadoso com a medicação	532	54,5	273	48,8	53	58,2	205	63,5
Mais cuidadoso com a medicação	259	26,5	174	31,1	17	18,7	67	20,7
Muito mais cuidadoso com a medicação	93	9,6	75	13,4	3	3,3	15	4,6
NS/NR	51	5,2	14	2,5	12	7,7	25	5,2
Total	975	100,0	560	100,0	91	100,0	323	100,0

ligeiros, que são quem mais declara que o seu comportamento em relação ao tratamento não se alterou.

Em média, esta maior atenção dada à medicação com o passar do tempo ocorre em particular com os doentes de idade igual ou superior a 66 anos e os que frequentaram o ensino secundário, mas também os menos instruídos (no máximo, com o ensino primário), inversamente aos que têm entre 30 e 39 anos e os mais escolarizados (que frequentaram ou frequentam o ensino superior), independentemente do género e das ocupações socioprofissionais.

Quando questionados sobre aquilo que gostariam de ter feito, por sua própria iniciativa, de modo a conseguir cumprir o tratamento de forma mais eficaz, a grande maioria dos inquiridos afirma que não pensou em nada de especial (61,4%), o que indica que uma parte ainda muito significativa reconhece que necessitava de melhorar a forma como estava a seguir as indicações médicas. Assim, em primeiro lugar, gostariam de ter tido mais informação sobre o tratamento e a medicação, bem como ter conversado mais com o seu médico (11,8% e 11,6%, respectivamente). Seguem-se, com bastante menos expressão, ter procurado mais apoio pessoal, ter ouvido uma segunda opinião médica e ter tido terapia de acompanhamento (5,2%, 3,2% e 2,5%). Praticamente nenhum doente pensou em mudar para um tratamento potencialmente mais adequado (0,9%). Como acções secundárias, além daqueles que não teriam feito mais nada (44,3%), alguns ainda gostariam de ter falado mais com o médico, ter tido mais apoio pessoal, ter tido mais informação sobre o tratamento e

Quadro 5.10 – O que gostaria de ter feito, por iniciativa própria, de modo a conseguir cumprir o tratamento de uma forma mais eficaz (duas respostas)

Conjunto	Em primeiro		Em segundo	
	N	%	N	%
Ter tido mais informação sobre o tratamento e a medicação	115	11,8	45	4,6
Ter falado mais com o médico	113	11,6	67	6,9
Ter mudado para um tratamento mais adequado	9	0,9	14	1,5
Ter tido mais apoio	51	5,2	50	5,2
Ter tido terapia de acompanhamento	24	2,5	18	1,9
Ter ouvido uma segunda opinião médica	31	3,2	38	3,9
Outras	10	0,9	1	0,1
Nada	598	61,4	432	44,3
NS/NR	23	2,4	308	31,6
Total	975	100,0	975	100,0
Doentes crónicos	Em primeiro		Em segundo	
	N	%	N	%
Ter tido mais informação sobre o tratamento e a medicação	62	11,0	22	3,9
Ter falado mais com o médico	70	12,5	39	7,0
Ter mudado para um tratamento mais adequado	7	1,2	11	2,0
Ter tido mais apoio	30	5,3	27	4,8
Ter tido terapia de acompanhamento	19	3,4	14	2,5
Ter ouvido uma segunda opinião médica	16	2,8	19	3,4
Outras	7	1,2	0	0,0
Nada	338	60,1	245	43,7
NS/NR	13	2,3	184	32,8
Total	562	100,0	561	100,0
Doentes agudos graves	Em primeiro		Em segundo	
	N	%	N	%
Ter tido mais informação sobre o tratamento e a medicação	10	11,1	4	4,4
Ter falado mais com o médico	10	11,1	2	2,2
Ter mudado para um tratamento mais adequado	1	1,1	3	3,3
Ter tido mais apoio	1	1,1	5	5,6
Ter tido terapia de acompanhamento	2	2,2	1	1,1
Ter ouvido uma segunda opinião médica	5	5,6	6	6,7
Outras	0	0,0	0	0,0
Nada	59	65,6	33	36,7
NS/NR	2	2,2	36	40,0
Total	90	100,0	90	100,0

A Adesão à Terapêutica em Portugal

Doentes agudos ligeiros	Em primeiro		Em segundo	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Ter tido mais informação sobre o tratamento e a medicação	43	13,3	18	5,6
Ter falado mais com o médico	33	10,2	27	8,4
Ter mudado para um tratamento mais adequado	1	0,3	1	0,3
Ter tido mais apoio	20	6,2	18	5,6
Ter tido terapia de acompanhamento	3	0,9	3	0,9
Ter ouvido uma segunda opinião médica	11	3,4	14	4,3
Outras	3	0,9	1	0,3
Nada	202	62,3	153	47,4
NS/NR	8	2,5	88	27,2
Total	324	100,0	323	100,0

a medicação e ter ouvido uma segunda opinião médica (6,9%, 5,2%, 4,2% e 3,9%); muito poucos optariam por uma terapia de acompanhamento ou por mudar para um tratamento mais adequado (1,9% e 1,5%). As várias opções que os inquiridos gostariam de ter adoptado em primeiro lugar a fim de melhorarem a eficácia dos seus tratamentos são independentes do tipo de doença.⁵

Não existindo preferências específicas por nenhum dos aspectos entre homens e mulheres e níveis de escolaridade, os mais jovens distinguem-se por terem gostado de ter tido mais informação sobre o tratamento e a medicação (com menos de 29 anos), ao contrário dos que têm entre 40 e 49 anos, que, por seu turno, gostariam de ter tido terapia de acompanhamento, dos executantes não manuais (os trabalhadores manuais especializados são quem menos assinala esta opção). Os assalariados do sector terciário são também os que admitem mais frequentemente que desejariam ter falado mais com o médico, inversamente aos trabalhadores manuais especializados, enquanto os que gostariam de ter tido uma segunda opinião médica se distinguem entre os quadros médios e superiores, ao contrário dos trabalhadores manuais não especializados, que, em vez disso, gostariam de ter tido mais apoio pessoal, a opção menos escolhida pelos quadros médios e superiores. Os trabalhadores manuais especializados são quem mais refere que nada teriam alterado no decorrer do tratamento para conseguir cumprir o seu tratamento de forma mais eficaz.

⁵ $p = 0,464 > 0,05$.

Capítulo 6

Avaliação da terapêutica

Um dos factores que podem influenciar a maior ou menor adesão ao tratamento tal como prescrito pelo médico, cumprindo com rigor todas as indicações terapêuticas, prende-se com a própria avaliação que os doentes fazem dos resultados e do impacto que esse mesmo tratamento está a ter na sua vida e na resolução dos seus problemas concretos de saúde. Assim sendo, e analisando um conjunto de perguntas que pretendem testar essa hipótese, verifica-se que a esmagadora maioria dos portugueses que estão ou estiveram recentemente em tratamento concorda, em parte ou totalmente, que a medicação terá um efeito positivo no tratamento da sua doença (92,2%, contra 5,5% que não concordam nem discordam e 1,7% que discordam em parte ou totalmente, independentemente do tipo de doença);¹ para mais de três quartos dos inquiridos essa medicação tem contribuído para melhorar a sua qualidade de vida (78,5% concordam em parte ou totalmente, enquanto 12,1% não discordam nem concordam e 5,7% discordam em parte ou totalmente; os doentes crónicos são quem mais concorda com este impacto positivo do tratamento nas suas vidas);² finalmente, perto de dois terços consideram que a terapêutica lhes tem proporcionado uma vida social mais activa (63,7%, contra 18,6% que não concordam nem discordam e 11,6% discordam em parte ou totalmente), sendo de novo os doentes crónicos quem mais sente este tipo de efeitos positivos.³ Os inquiridos entre os 50 e os 65 anos são, em média, quem mais concorda com os dois últimos efeitos que os tratamentos proporcionam; inversamente, os jovens com idades inferiores a 29 anos tendem a desvalorizar esse impacto; os proprietários, dirigentes e profissionais liberais também concordam mais que

¹ $p = 0,221 > 0,05$.

² $p = 0,005 \leq 0,05$.

³ $p = 0,001 \leq 0,05$.

os tratamentos melhoram a sua qualidade de vida, ao contrário dos trabalhadores manuais especializados.

Por outro lado, a grande maioria discorda, em parte ou totalmente, que a medicação os faz sentir pior do que se não a tomasse (82,5%, contra 7,7% que concordam em parte ou totalmente e 7,5% que não concordam nem discordam; os doentes crónicos são quem mais discorda desta afirmação)⁴ e de que a sua saúde vai melhorar, mesmo que não tomem toda a medicação tal como o médico indicou (74,4%, contra 13,8% que concordam em parte ou totalmente e 10,1% que não concordam nem discordam; os doentes crónicos são quem mais discorda desta ideia, inversamente à posição assumida pelos doentes agudos ligeiros).⁵

Apesar destes valores expressivos, este último aspecto não deixa no entanto de evidenciar uma percentagem considerável de doentes que demonstra alguma propensão para a falta de adesão total às indicações médicas e ao tratamento prescrito, na medida em que relativizam o cumprimento dessas regras para obter os mesmos resultados. Esta atitude encontra maior concordância entre os inquiridos com recursos socioeconómicos mais baixos, nomeadamente entre os trabalhadores manuais não especializados, ao contrário do grupo dos proprietários, dirigentes e profissionais liberais, que são quem mais discorda desta ideia.

Mais de dois terços concordam, em parte ou totalmente, que a doença ficará mais resistente aos tratamentos se não tomarem a medicação exactamente como indicado (69,0%, enquanto 13,5% discordam em parte ou totalmente com a afirmação e 10,2% não concordam nem discordam; os doentes crónicos são quem mais teme esta consequência, ao contrário dos doentes agudos graves);⁶ apenas menos de metade discorda em parte ou totalmente de que não existem grandes consequências em tomar a medicação algumas horas mais cedo ou mais tarde do que o estipulado (45,4%), independentemente do tipo de doença a que se refere o tratamento;⁷ sobra assim uma parte muito significativa de doentes que não desaprova tal comportamento (33,6% concordam em parte ou totalmente) ou que, no limite, manifesta uma posição neutra (16,2%). Em média, estas duas ideias merecem menor concordância dos inquiridos mais jovens com menos de 29 anos, ao contrário dos que têm entre 50 e 65 anos, no caso da primeira afirmação, e também dos mais idosos com

⁴ $p = 0,038 \leq 0,05$.

⁵ $p = 0,000 \leq 0,05$.

⁶ $p = 0,002 \leq 0,05$.

⁷ $p = 0,148 > 0,05$.

Quadro 6.1 – Avaliação do impacto da terapêutica

Conjunto	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estou convencido de que a minha saúde vai melhorar, mesmo que não tome toda a medicação como o médico indicou	276	28,3	449	46,1	99	10,1	111	11,4	23	2,4	18	1,8	975	100,0
A medicação faz-me sentir pior do que se não tomasse	280	28,7	525	53,8	73	7,5	63	6,5	12	1,2	23	2,3	975	100,0
A medicação terá um efeito positivo no tratamento da minha doença	4	0,4	13	1,3	54	5,5	595	61,0	284	29,2	25	2,6	975	100,0
A medicação tem melhorado a minha qualidade de vida	11	1,1	45	4,6	118	12,1	563	57,7	203	20,8	35	3,6	975	100,0
A doença que me afecta está a controlar a minha vida, em vez de ser eu a controlar a doença	107	11,0	387	39,7	160	16,4	231	23,7	36	3,7	54	5,5	975	100,0
Permite-me ter uma vida social mais activa	15	1,5	98	10,1	181	18,6	533	54,7	90	9,2	57	5,8	975	100,0
A doença ficará mais resistente aos tratamentos se não tomar a medicação exactamente como indicado	21	2,2	110	11,3	99	10,2	536	55,0	137	14,0	71	7,3	975	100,0
Não há grande problema em tomar a medicação algumas horas mais cedo ou mais tarde do que o estipulado	45	4,6	398	40,8	158	16,2	290	29,8	37	3,8	46	4,7	975	100,0

Doentes crónicos	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estou convencido de que a minha saúde vai melhorar, mesmo que não tome toda a medicação como o médico indicou	195	34,8	258	46,0	44	7,8	49	8,7	9	1,6	6	1,1	561	100,0
A medicação faz-me sentir pior do que se não tomasse	184	32,9	290	51,8	37	6,6	33	5,9	8	1,4	8	1,4	560	100,0
A medicação terá um efeito positivo no tratamento da minha doença	0	0,0	6	1,1	31	5,5	339	60,3	174	31,0	12	2,1	562	100,0
A medicação tem melhorado a minha qualidade de vida	3	0,5	24	4,3	59	10,5	334	59,5	130	23,2	11	2,0	561	100,0
A doença que me afecta está a controlar a minha vida, em vez de ser eu a controlar a doença	48	8,6	228	40,6	87	15,5	157	28,0	22	3,9	19	3,4	561	100,0
Permite-me ter uma vida social mais activa	5	0,9	48	8,6	104	18,5	333	59,4	52	9,3	19	3,4	561	100,0
A doença ficará mais resistente aos tratamentos se não tomar a medicação exactamente como indicado	16	2,9	52	9,3	62	11,1	326	58,1	75	13,4	30	5,3	561	100,0
Não há grande problema em tomar a medicação algumas horas mais cedo ou mais tarde do que o estipulado	25	4,5	232	41,4	98	17,5	158	28,2	25	4,5	22	3,9	560	100,0

Doentes agudos graves	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estou convencido de que a minha saúde vai melhorar, mesmo que não tome toda a medicação como o médico indicou	17	19,1	41	46,1	11	12,4	15	16,9	2	2,2	3	3,4	89	100,0
A medicação faz-me sentir pior do que se não tomasse	17	18,9	56	62,2	5	5,6	7	7,8	1	1,1	4	4,4	90	100,0
A medicação terá um efeito positivo no tratamento da minha doença	1	1,1	3	3,3	2	2,2	56	62,2	25	27,8	3	3,3	90	100,0
A medicação tem melhorado a minha qualidade de vida	1	1,1	4	4,4	13	14,4	55	61,1	12	13,3	5	5,6	90	100,0
A doença que me afecta está a controlar a minha vida, em vez de ser eu a controlar a doença	11	12,2	34	37,8	22	24,4	12	13,3	4	4,4	7	7,8	90	100,0
Permite-me ter uma vida social mais activa	0	0,0	11	12,4	17	19,1	48	53,9	7	7,9	6	6,7	89	100,0
A doença ficará mais resistente aos tratamentos se não tomar a medicação exactamente como indicado	1	1,1	14	15,4	12	13,2	40	44,0	10	11,0	14	15,4	91	100,0
Não há grande problema em tomar a medicação algumas horas mais cedo ou mais tarde do que o estipulado	5	5,6	38	42,2	9	10,0	29	32,2	0	0,0	9	10,0	90	100,0

	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doentes agudos ligeiros	63	19,4	150	46,3	43	13,3	47	14,5	13	4,0	8	2,5	324	100,0
Estou convencido de que a minha saúde vai melhorar, mesmo que não tome toda a medicação como o médico indicou	78	24,1	178	55,1	31	9,6	23	7,1	3	0,9	10	3,1	323	100,0
A medicação faz-me sentir pior do que se não tomasse	3	0,9	4	1,2	20	6,2	200	61,9	86	26,6	10	3,1	323	100,0
A medicação terá um efeito positivo no tratamento da minha doença	7	2,2	17	5,2	47	14,5	173	53,4	60	18,5	20	6,2	324	100,0
A medicação tem melhorado a minha qualidade de vida	48	14,8	126	38,9	51	15,7	62	19,1	10	3,1	27	8,3	324	100,0
A doença que me afecta está a controlar a minha vida, em vez de ser eu a controlar a doença	10	3,1	39	12,1	60	18,6	152	47,1	31	9,6	31	9,6	323	100,0
Permite-me ter uma vida social mais activa	4	1,2	45	13,9	26	8,0	170	52,5	52	16,0	27	8,3	324	100,0
A doença ficará mais resistente aos tratamentos se não tomar a medicação exactamente como indicado	14	4,3	128	39,5	51	15,7	104	32,1	12	3,7	15	4,6	324	100,0
Não há grande problema em tomar a medicação algumas horas mais cedo ou mais tarde do que o estipulado														

mais de 66 anos, no caso da segunda, que assumem maior concordância; a precisão do horário das tomas é igualmente mais desvalorizada pelos inquiridos menos instruídos (ensino primário), enquanto os mais escolarizados, mas que não frequentaram a universidade (ensino secundário), tendem a dar maior importância a este comportamento.

Apesar da avaliação muito positiva do impacto que os tratamentos médicos têm na resolução dos seus problemas de saúde, só metade dos doentes (50,7%) discorda, em parte ou totalmente, de que a doença está a controlar as suas vidas, em vez de serem eles a controlar a doença (mais de um quarto dos inquiridos, 27,4%, concordam, em parte ou totalmente, com esta afirmação e 16,4% não concordam nem discordam; os doentes crónicos são quem se sente mais impotente perante a doença apesar do tratamento).⁸ Coerentemente com a prevalência de doentes crónicos, os inquiridos com idades iguais ou superiores a 66 anos são, em média, quem mais concorda estar a viver esta situação, tal como os menos escolarizados, sobretudo com a instrução primária, mas também os que frequentaram o 2.º e o 3.º ciclos do ensino básico e os trabalhadores manuais não especializados, ao contrário dos mais jovens com idades até aos 39 anos, dos mais escolarizados (que frequentaram ou frequentam o ensino superior) e dos quadros médios e superiores, mas também dos proprietários, dirigentes e profissionais liberais, que são quem menos sente que esteve ou ainda está a ser dominado pela doença.

A prevalência dos doentes crónicos nesta amostra parece contribuir também para explicar as dimensões latentes da avaliação global da terapêutica, a primeira das quais aponta para uma indiferença mais negativa do que positiva relativamente aos efeitos dos medicamentos, o que ajuda, por seu turno, a explicar a falta de adesão; a terceira dimensão vai no mesmo sentido, pois, se a pessoa sente que «a doença está a tomar conta» dela, compreende-se que se torne indiferente a uma adesão rigorosa à terapêutica; quanto à segunda dimensão, mostra que a avaliação da terapêutica depende, previsivelmente, dos seus efeitos na qualidade de vida da pessoa; assim, o doente crónico aderirá tanto mais à terapêutica quanto mais sentir que esta contribui para a sua qualidade de vida; na medida em que sentir que a qualidade de vida apercebida não está a melhorar, poderá haver tendência, por parte do doente crónico, para se tornar indiferente à terapêutica.

A falta de adesão à terapêutica é susceptível de ter consequências mais ou menos graves, que, por sua vez, poderão levar os doentes a receber

⁸ $p = 0,000 \leq 0,05$.

**Quadro 6.2 – Avaliação do impacto da terapêutica
(análise factorial em componentes principais)**

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Estou convencido de que a minha saúde vai melhorar, mesmo que não tome toda a medicação como o médico indicou	0,802	0,021	0,006
A medicação faz-me sentir pior do que se não tomasse	0,780	-0,174	0,060
A medicação terá um efeito positivo no tratamento da minha doença	-0,596	0,471	0,084
Permite-me ter uma vida social mais activa	0,022	0,818	0,003
A medicação tem melhorado a minha qualidade de vida	-0,355	0,771	-0,047
A doença que me afecta está a controlar a minha vida, em vez de ser eu a controlar a doença	-0,027	-0,165	0,735
Não há grande problema em tomar a medicação algumas horas mais cedo ou mais tarde do que o estipulado	0,046	0,151	0,735
Variância explicada (%)	24,9	22,4	15,6
Alfa de Cronbach	0,624	0,609	0,146
KMO		0,683	

novos cuidados médicos de urgência ou a ter de alterar os moldes da aplicação do tratamento tal como inicialmente estava previsto. Pouquíssimos inquiridos declaram ter tido consequências de saúde por não terem cumprido efectivamente todas as indicações médicas acerca do tratamento que lhes tinha sido receitado: na sequência disso, só 5,0% tiveram de começar o mesmo tratamento desde o início, enquanto outros casos tiveram um impacto na saúde mais grave, levando-os a ter de entrar de imediato em contacto com o médico ou a recorrer a uma urgência hospitalar ou ao Centro de Saúde (4,8%). Outros ainda tiveram de tomar outra medicação para corrigir os efeitos que esse uso incorrecto dos fármacos do tratamento prescrito lhes provocou (4,5%). Cerca de metade destes doentes teve mesmo de ser internada num hospital para ser tratada dessas complicações de saúde (2,3%).

Quanto ao factor que mais contribui para cumprir o tratamento tal como prescrito pelo médico, independentemente do tipo de doença a que se destinava, a grande maioria dos doentes acredita que assentou na sua própria força de vontade (81,1%). Seguidamente, foi o médico quem teve uma importância preponderante para uma percentagem de doentes com alguma expressão (12,7%), surgindo por fim os familiares próximos e as pessoas com quem vive (3,9%). A contribuição dos restantes intervenientes é residual ou nula.

Quadro 6.3 – Consequências por não tomar correctamente a medicação

Conjunto	Sim		Não		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ter de entrar de imediato em contacto com o médico/ir ao médico de emergência	47	4,8	927	95,1	1	0,1	975	100,0
Ter de recorrer a uma urgência hospitalar ou do centro de saúde	47	4,8	928	95,2	0	0,0	975	100,0
Ter de ser internado(a)	22	2,3	951	97,5	2	0,2	975	100,0
Ter de recomençar o mesmo tratamento desde o início	49	5,0	925	94,9	1	0,1	975	100,0
Ter-lhe sido prescrita outra medicação para resolver o problema	44	4,5	930	95,4	1	0,1	975	100,0
<hr/>								
Doentes crónicos	Sim		Não		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ter de entrar de imediato em contacto com o médico/ir ao médico de emergência	35	6,2	525	93,6	1	0,2	561	100,0
Ter de recorrer a uma urgência hospitalar ou do centro de saúde	38	6,8	523	93,2	0	0,0	561	100,0
Ter de ser internado(a)	16	2,9	543	96,8	2	0,4	561	100,0
Ter de recomençar o mesmo tratamento desde o início	28	5,0	533	94,8	1	0,2	562	100,0
Ter-lhe sido prescrita outra medicação para resolver o problema	24	4,3	536	95,5	1	0,2	561	100,0
<hr/>								
Doentes agudos graves	Sim		Não		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ter de entrar de imediato em contacto com o médico/ir ao médico de emergência	5	5,6	85	94,4	0	0,0	90	100,0
Ter de recorrer a uma urgência hospitalar ou do centro de saúde	5	5,6	84	94,4	0	0,0	89	100,0
Ter de ser internado(a)	2	2,2	88	97,8	0	0,0	90	100,0
Ter de recomençar o mesmo tratamento desde o início	4	4,4	86	95,6	0	0,0	90	100,0
Ter-lhe sido prescrita outra medicação para resolver o problema	3	3,3	87	96,7	0	0,0	90	100,0
<hr/>								
Doentes agudos ligeiros	Sim		Não		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ter de entrar de imediato em contacto com o médico/ir ao médico de emergência	6	1,9	317	98,1	0	0,0	323	100,0
Ter de recorrer a uma urgência hospitalar ou do centro de saúde	3	0,9	321	99,1	0	0,0	324	100,0
Ter de ser internado(a)	3	0,9	320	99,1	0	0,0	323	100,0
Ter de recomençar o mesmo tratamento desde o início	17	5,2	307	94,8	0	0,0	324	100,0
Ter-lhe sido prescrita outra medicação para resolver o problema	17	5,2	307	94,8	0	0,0	324	100,0

Quadro 6.4 – Factor que mais contribui para cumprir o tratamento como foi prescrito pelo médico

$p = 0,142 > 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A sua força de vontade	791	81,1	457	81,5	72	80,0	262	81,1
O próprio médico	124	12,7	68	12,1	14	15,6	42	13,0
Outros profissionais de saúde	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Os assistentes sociais/ voluntários de apoio social	1	0,1	0	0,0	1	1,1	0	0,0
Os seus familiares próximos/ pessoas com quem vive	38	3,9	22	3,9	1	1,1	15	4,6
Amigos	3	0,4	2	0,4	1	1,1	0	0,0
Associações de doentes	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Colegas de trabalho	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Farmacêutico	3	0,3	2	0,4	0	0,0	1	0,3
Não sabe/não responde	15	1,5	10	1,8	1	1,1	3	0,9
Total	975	100,0	561	100,0	90	100,0	323	100,0

Capítulo 7

Relação entre pacientes, médicos e farmacêuticos

A comunicação entre médico e paciente

A comunicação com o médico e a informação que este transmite sobre a terapêutica receitada no que diz respeito às regras de aplicação, bem como a possíveis efeitos indesejados e consequências de eventuais incumprimentos, podem ser factores determinantes para um maior ou menor incumprimento das indicações dadas, em virtude da compreensão que os pacientes adquiram ou não sobre o tratamento. Neste sentido, os próprios pacientes podem assumir também uma atitude mais activa ou mais passiva na forma como se relacionam com o médico, nas questões que colocam e no diálogo que conseguem manter acerca das características e da complexidade do tratamento que terão de seguir.

Questionados sobre quatro esclarecimentos fundamentais relacionados com os tratamentos prescritos, a maioria dos pacientes (57,8%) afirma que o médico falou o suficiente acerca da forma como os medicamentos deveriam ser tomados (horários, dosagens, etc.), tal como lhes foi explicada a razão por que é importante tomar essa medicação exactamente como prescrito (52,9%) – respectivamente, 13,7% e 15,2% reconhecem que o médico falou mesmo bastante sobre estes dois aspectos, enquanto 15,5% e 15,0% referem, em contrapartida, que falou pouco e 10,8% e 14,8% que não falou de todo. Pelo contrário, mais de metade dos inquiridos considera que o médico não deu qualquer esclarecimento sobre o que deveriam fazer se falhassem uma toma/dose da sua medicação (56,7%), assim como também não lhes foi explicada a forma como lidar com os efeitos secundários, caso ocorressem, dos medicamentos a tomar; respectivamente, cerca de um quarto dos pacientes (22,8% e 27,6%) re-

Quadro 7.1 – Quando iniciou o seu tratamento, ou quando fez alguma alteração na sua medicação, em que medida o médico conversou consigo

Conjuncto	Não falou		Falou pouco		Falou o suficiente		Falou muito		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)	144	14,8	146	15,0	515	52,9	148	15,2	21	2,1	975	100,0
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)	105	10,8	151	15,5	563	57,8	134	13,7	21	2,1	975	100,0
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar	497	51,0	130	13,3	269	27,6	59	6,0	21	2,1	975	100,0
Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação	553	56,7	126	12,9	223	22,8	52	5,3	21	2,1	975	100,0
Doentes crónicos	Não falou		Falou pouco		Falou o suficiente		Falou muito		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)	59	10,5	66	11,7	320	56,9	106	18,9	11	2,0	562	100,0
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)	47	8,4	71	12,7	333	59,5	98	17,5	11	2,0	560	100,0
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar	256	45,6	72	12,8	183	32,6	39	7,0	11	2,0	561	100,0
Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação	295	52,5	70	12,5	151	26,9	35	6,2	11	2,0	562	100,0

Doentes agudos graves	Não falou		Falou pouco		Falou o suficiente		Falou muito		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)	11	12,2	20	22,2	48	53,3	9	10,0	2	2,2	90	100,0
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)	11	12,2	16	17,8	54	60,0	7	7,8	2	2,2	90	100,0
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar	51	56,7	19	21,1	16	17,8	2	2,2	2	2,2	90	100,0
Sobre o que fazer se faltar uma toma/dose da sua medicação	54	60,0	22	24,4	10	11,1	2	2,2	2	2,2	90	100,0
Doentes agudos ligeiros	Não falou		Falou pouco		Falou o suficiente		Falou muito		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)	75	23,1	60	18,5	147	45,4	34	10,5	8	2,5	324	100,0
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)	47	14,5	64	19,8	176	54,3	29	9,0	8	2,5	324	100,0
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar	190	58,6	39	12,0	70	21,6	17	5,2	8	2,5	324	100,0
Sobre o que fazer se faltar uma toma/dose da sua medicação	204	63,0	35	10,8	62	19,1	15	4,6	8	2,5	324	100,0

conhece que o médico deu explicações suficientes sobre estes dois aspectos e 5,3% e 6,0% mesmo bastantes, enquanto 12,9% e 13,3% afirmam que receberam poucas indicações.

Os doentes crónicos receberam mais esclarecimentos da parte do médico sobre estes quatro aspectos fundamentais quando iniciaram os tratamentos ou quando alguma alteração teve de ser feita na medicação que já estavam a tomar, ao contrário do que ocorreu com os doentes ligeiros, que são quem mais declara que o médico não deu quaisquer explicações relativamente a nenhum deles.¹ Sendo os doentes crónicos aqueles que, tendencialmente, mais recorrem a cuidados de saúde, confirma-se assim que a frequência dos contactos contribui de forma positiva para a comunicação médico-doente. Quanto à explicitação, por parte do médico, da razão por que é importante tomar a medicação tal como planeado e à clarificação do plano detalhado da forma como os medicamentos devem ser tomados, observou-se mais, em média, com os pacientes que têm entre 50 e 65 anos de idade, contrariamente ao ocorrido entre os indivíduos com menos de 39 anos, independentemente do género, do nível de escolaridade e da ocupação socioprofissional.

Os esclarecimentos sobre a razão por que é importante tomar a medicação exactamente como prescrito e a forma como os medicamentos deveriam ser tomados (plano detalhado) foram feitos, em cerca de três quartos dos casos, por iniciativa do médico (76,7% e 74,1%, respectivamente), por ambos (15,9% e 18,1%) e pelo paciente (6,5% e 6,5%), enquanto a forma como lidar com os efeitos secundários, mas, em particular, o que fazer se falhar uma toma/dose da medicação, foi também realizada, na grande maioria, por iniciativa do médico (70,2% e 67,3%), embora com uma posição mais activa da parte do paciente, individualmente ou juntamente com o médico (8,0% e 11,6% por iniciativa do próprio e 20,8% e 19,5% por ambos).

Este padrão comunicativo é comum a doentes crónicos e a doentes agudos graves e ligeiros, com excepção para os esclarecimentos sobre o plano detalhado da forma como tomar os medicamentos, onde os doentes crónicos têm uma atitude mais activa e participante, sendo as explicações dadas por iniciativa de ambos, o que remete, obviamente, para a duração e frequência da relação entre médico e paciente, sobrepondo-se

¹ Conversou sobre a razão por que é importante tomar a medicação exactamente como planeado: $p = 0,000 \leq 0,05$; conversou sobre o plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos: $p = 0,000 \leq 0,05$, conversou sobre a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários: $p = 0,000 \leq 0,05$; conversou sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da medicação: $p = 0,000 \leq 0,05$.

Quadro 7.2 – Conversa com o médico
(*análise factorial em componentes principais*)

	Factor 1	Factor 2
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)	0,884	0,208
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)	0,884	0,210
Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação	0,176	0,894
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar	0,245	0,867
Variância explicada (%)	41,3	40,9
Alfa de Cronbach	0,786	0,779
KMO	0,664	

até aos atributos desfavoráveis da maioria dos doentes crónicos. Por seu turno, os doentes agudos graves e ligeiros assumem uma posição mais passiva, sendo esclarecidos sobretudo por iniciativa do médico.²

A análise factorial destas quatro situações aponta inequivocamente no sentido de uma clara diferença entre a dimensão do «planeamento» e a do «imprevisto» na terapêutica, revelando os doentes grande satisfação com a forma como o planeamento lhes foi explicado, mas, em contrapartida, bastante insatisfação quanto àquilo que pode acontecer de imprevisto durante o tratamento. Num estudo já citado sobre os fundamentos da confiança nos actos médicos, os dados de um inquérito aos utentes dos cuidados primários prestados pelo Serviço Andaluz de Saúde em 2006 mostravam que a «possibilidade de opinar sobre os tratamentos» e a «disponibilidade do pessoal para ouvir» eram os dois motivos com maior impacto na confiança dos utentes nos cuidados recebidos (Lorient-Arín e Serrano-del-Rosal 2009, 320-322). É isto que permite aos autores recomendar aos profissionais de saúde, no título do estudo, «Hable con los pacientes; no para ellos!» De algum modo, esta conclusão aponta na mesma direcção que os nossos indicadores relativos ao «imprevisto», em suma, perguntas que os pacientes teriam porventura gostado de fazer mas sentiram não haver oportunidade nem escuta para tal.

A conversa sobre a razão por que é importante tomar a medicação exactamente como prescrito é mais proporcionada por ambos, médicos e pa-

² Conversou sobre a razão por que é importante tomar a medicação exactamente como planeado: $p = 0,423 > 0,05$; conversou sobre o plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos: $p = 0,000 \leq 0,05$, conversou sobre a forma como lidar com os possíveis efeitos secundários: $p = 0,864 > 0,05$; conversou sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da medicação: $p = 0,527 > 0,05$.

Quadro 7.3 – Quem tomou a iniciativa da conversa

Conjuncto	Eu		Médico		Ambos		Não tenho a certeza		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)	52	6,5	621	76,7	129	15,9	2	0,2	6	0,8	810	100,0
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)	55	6,5	628	74,1	154	18,1	3	0,3	8	1,0	848	100,0
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar	36	8,0	321	70,2	95	20,8	2	0,5	2	0,4	457	100,0
Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação	46	11,6	270	67,3	78	19,5	2	0,6	4	1,0	401	100,0
Doentes crónicos												
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)												
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)												
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar												
Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação												
Doentes crónicos												
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)												
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)												
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar												
Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação												

	Eu		Médico		Ambos		Não tenho a certeza		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Doentes agudos graves												
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)	2	2,6	65	84,4	9	11,7	0	0,0	1	1,3	77	100,0
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)	1	1,3	67	88,2	7	9,2	0	0,0	1	1,3	76	100,0
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar	2	5,4	30	81,1	5	13,5	0	0,0	0	0,0	37	100,0
Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação	2	6,1	24	72,7	6	18,2	0	0,0	1	3,0	33	100,0
Doentes agudos ligeiros												
A razão por que é importante tomar a sua medicação exactamente como planeado (horários, doses, etc.)												
O plano detalhado da forma como deve tomar os seus medicamentos (horários, doses, etc.)	14	5,8	191	79,6	33	13,8	0	0,0	2	0,8	240	100,0
A forma como lidar com os possíveis efeitos secundários dos medicamentos a tomar	17	6,3	217	80,7	33	12,3	0	0,0	2	0,7	269	100,0
Sobre o que fazer se falhar uma toma/dose da sua medicação	12	9,5	87	69,0	26	20,6	1	0,8	0	0,0	126	100,0
	18	15,9	75	66,4	20	17,7	0	0,0	0	0,0	113	100,0

cientes, quando estes últimos são mais jovens (até aos 29 anos) e quando têm um estatuto socioprofissional mais elevado (quadros médios e superiores), ocorrendo menos quando o nível de escolaridade e económico é baixo, assumindo então o médico maior iniciativa (instrução primária e trabalhadores manuais especializados e não especializados). Os esclarecimentos sobre o plano detalhado da forma como tomar os medicamentos são mais dados por iniciativa do médico quando os pacientes são homens, enquanto as mulheres assumem uma atitude mais activa, repartindo mais essa conversa por ambos. Por fim, os inquiridos com estatuto socioeconómico mais baixo (trabalhadores manuais não especializados) tendem a interpelar mais o médico por iniciativa própria sobre o que fazer se existir um incumprimento relativo a uma toma/dose da medicação.

Relação com o médico durante a consulta

Tendo como referente a última consulta, a esmagadora maioria dos pacientes concorda, em parte ou totalmente, que o médico os tratou atenciosamente; que fez o correcto diagnóstico da doença; que lhes inspirou confiança; que respondeu a todas as questões que os preocupavam; que explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos prescritos; que os motivou a seguir o tratamento e que lhes deu todo o tempo de que necessitaram para a consulta (89,1%, 86,8%, 86,0%, 84,4%, 82,5%, 80,8% e 80,6%, contra 4,8%, 3,3%, 5,4%, 7,4%, 8,9%, 7,7% e 11,8% que discordam em parte ou totalmente, respectivamente). Mais de metade dos doentes avalia ainda positivamente o conhecimento que o médico demonstrou ter do que se passou em consultas anteriores e de este ter levado em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento (69,2% e 57,3%, enquanto 15,6% e 11,0% têm uma opinião negativa).

Em compensação, pouco mais de um terço concorda, em parte ou totalmente, que o médico ouviu as suas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado (36,1%, contra 23,4%, embora seja de assinalar uma percentagem considerável de inquiridos que não responde a esta questão, indiciando que pode não ter existido a necessidade de falar sobre este assunto). Por fim, cerca de metade dos doentes considera, em parte ou totalmente, que o médico não ofereceu opções de tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adequasse à sua situação e perto de 50% consideram que o médico não compreendeu as dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita (50,1% e 42,9%, somando 25,7% e 13,0% aqueles que concordam em parte ou totalmente, existindo uma percentagem também algo elevada de não-respostas nesta última questão).

Quadro 7.4— Relação com o médico

Conjunto	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O médico deu-lhe todo o tempo de que necessitou para a consulta	22	2,3	92	9,5	64	6,6	508	52,2	277	28,4	11	1,1	975	100,0
O médico respondeu a todas as questões que o preocupavam	10	1,0	62	6,4	77	7,9	557	57,2	265	27,2	3	0,3	975	100,0
O médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos prescritos	14	1,4	73	7,5	76	7,8	560	57,4	245	25,1	7	0,8	975	100,0
O médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores	23	2,4	129	13,2	65	6,6	474	48,6	201	20,6	84	8,6	975	100,0
O médico colocou diversas opções de tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adaptasse a si	69	7,0	420	43,1	158	16,2	202	20,7	49	5,0	77	7,9	975	100,0
O médico ouviu as suas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado	18	1,9	209	21,5	252	25,8	303	31,1	49	5,0	143	14,7	975	100,0
O médico não compreendeu as dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita	35	3,6	383	39,3	239	24,5	117	12,0	9	1,0	191	19,6	975	100,0
O médico motivou-o para seguir o tratamento	12	1,2	64	6,5	89	9,1	579	59,4	209	21,4	23	2,3	975	100,0
O médico tratou-o atenciosamente	10	1,0	37	3,8	56	5,8	542	55,6	327	33,5	4	0,4	975	100,0
O médico fez o correcto diagnóstico da sua doença	9	0,9	23	2,4	51	5,2	552	56,6	294	30,2	46	4,7	975	100,0
O médico teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento	16	1,6	92	9,4	201	20,6	424	43,5	134	13,8	108	11,0	975	100,0
O médico inspirou total confiança	16	1,6	37	3,8	79	8,1	510	52,4	328	33,6	5	0,5	975	100,0

Doentes crónicos	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O médico deu-lhe todo o tempo de que necessitou para a consulta	11	2,0	55	9,8	33	5,9	282	50,2	177	31,5	4	0,7	562	100,0
O médico respondeu a todas as questões que o preocupavam	7	1,2	35	6,2	43	7,7	310	55,2	165	29,4	2	0,4	562	100,0
O médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos recebidos	10	1,8	45	8,0	36	6,4	324	57,8	145	25,8	1	0,2	561	100,0
O médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores	11	2,0	64	11,4	33	5,9	301	53,7	123	21,9	29	5,2	561	100,0
O médico colocou diversas opções de tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adaptasse a si	33	5,9	240	42,8	100	17,8	124	22,1	25	4,5	39	7,0	561	100,0
O médico ouviu as suas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado	8	1,4	114	20,3	141	25,1	191	34,0	26	4,6	81	14,4	561	100,0
O médico não compreendeu as dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita	17	3,0	207	37,0	146	26,1	73	13,0	7	1,3	110	19,6	560	100,0
O médico motivou-o para seguir o tratamento	3	0,5	26	4,6	39	7,0	343	61,3	138	24,6	11	2,0	560	100,0
O médico tratou-o atenciosamente	5	0,9	18	3,2	36	6,4	295	52,6	205	36,5	2	0,4	561	100,0
O médico fez o correcto diagnóstico da sua doença	3	0,5	16	2,9	28	5,0	311	55,6	180	32,2	21	3,8	559	100,0
O médico teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento	10	1,8	47	8,4	109	19,4	251	44,7	88	15,7	56	10,0	561	100,0
O médico inspirou total confiança	9	1,6	22	3,9	42	7,5	282	50,2	205	36,5	2	0,4	562	100,0

Doentes agudos graves	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O médico deu-lhe todo o tempo de que necessitou para a consulta	1	1,1	9	10,0	8	8,9	52	57,8	19	21,1	1	1,1	90	100,0
O médico respondeu a todas as questões que o preocupavam	1	1,1	3	3,4	9	10,1	56	62,9	20	22,5	0	0,0	89	100,0
O médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos prescritos	0	0,0	8	8,9	8	8,9	52	57,8	22	24,4	0	0,0	90	100,0
O médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores	1	1,1	17	18,9	11	12,2	33	36,7	14	15,6	14	15,6	90	100,0
O médico colocou diversas opções de tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adaptasse a si	4	4,4	45	50,0	17	18,9	13	14,4	5	5,6	6	6,7	90	100,0
O médico ouviu as suas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado	1	1,1	20	22,2	28	31,1	26	28,9	5	5,6	10	11,1	90	100,0
O médico não compreendeu as dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita	1	1,1	44	49,4	20	22,5	7	7,9	1	1,1	16	18,0	89	100,0
O médico motivou-o para seguir o tratamento	1	1,1	8	9,0	8	9,0	58	65,2	11	12,4	3	3,4	89	100,0
O médico tratou-o atenciosamente	1	1,1	5	5,6	3	3,4	57	64,0	23	25,8	0	0,0	89	100,0
O médico fez o correcto diagnóstico da sua doença	1	1,1	2	2,2	3	3,3	59	65,6	19	21,1	6	6,7	90	100,0
O médico teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento	1	1,1	10	11,2	22	24,7	38	42,7	8	9,0	10	11,2	89	100,0
O médico inspirou total confiança	4	4,5	2	2,2	8	9,0	49	55,1	26	29,2	0	0,0	89	100,0

Doentes agudos ligeiros	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
O médico deu-lhe todo o tempo de que necessitou para a consulta	10	3,1	29	8,9	23	7,1	175	53,8	82	25,2	6	1,8	325	100,0
O médico respondeu a todas as questões que o preocupavam	2	0,6	24	7,4	25	7,7	192	59,3	80	24,7	1	0,3	324	100,0
O médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos recebidos	4	1,2	20	6,2	31	9,6	184	56,8	78	24,1	7	2,2	324	100,0
O médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores	11	3,4	48	14,9	20	6,2	140	43,3	64	19,8	40	12,4	323	100,0
O médico colocou diversas opções de tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adaptasse a si	31	9,6	135	41,8	41	12,7	65	20,1	18	5,6	33	10,2	323	100,0
O médico ouviu as suas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado	9	2,8	76	23,5	82	25,4	86	26,6	18	5,6	52	16,1	323	100,0
O médico não compreendeu as dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita	17	5,2	132	40,7	73	22,5	37	11,4	1	0,3	64	19,8	324	100,0
O médico motivou-o para seguir o tratamento	7	2,2	29	9,0	42	13,0	178	54,9	60	18,5	8	2,5	324	100,0
O médico tratou-o atenciosamente	3	0,9	13	4,0	17	5,3	189	58,5	99	30,7	2	0,6	323	100,0
O médico fez o correcto diagnóstico da sua doença	4	1,2	4	1,2	19	5,9	182	56,3	95	29,4	19	5,9	323	100,0
O médico teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento	5	1,5	35	10,8	69	21,4	134	41,5	38	11,8	42	13,0	323	100,0
O médico inspirou total confiança	3	0,9	12	3,7	29	9,0	179	55,4	97	30,0	3	0,9	323	100,0

Os níveis de concordância com os diferentes aspectos são comuns a doentes crónicos e a doentes agudos graves e ligeiros, com excepção para a avaliação do conhecimento que o médico tinha em relação ao que se passou em consultas anteriores, em que os doentes crónicos concordam que esse conhecimento estava presente, ao contrário dos doentes agudos graves, que tendem a ser mais críticos, afirmando mais vezes que discordam de que tal tenha ocorrido. Para a motivação recebida da parte do médico para seguir o tratamento, existindo maior concordância entre os doentes crónicos, o que é explicado, uma vez mais, pelo carácter crónico da doença e pela duração prolongada dos tratamentos, ao contrário dos doentes agudos ligeiros, a quem isso menos aconteceu.³

Poucas diferenças podem ser encontradas quanto à avaliação dos vários aspectos da actuação do médico durante a consulta pelos diferentes grupos demográficos e socioeconómicos. Não existindo qualquer diferença entre homens e mulheres nem por ocupação socioprofissional, em média, os doentes entre os 30 e os 39 anos são os que menos consideram que o médico lhes ofereceu opções de tratamento de forma a poderem escolher o que melhor se adaptasse às suas vidas e que deu atenção às dificuldades que estes demonstraram ter em seguir o tratamento tal como planeado, ao contrário, respectivamente, dos pacientes que têm entre 40 e 49 anos e dos que têm menos de 29 anos, que são os que mais concordam que isso lhes aconteceu. Por outro lado, os mais jovens são quem menos concorda que o médico os motivou a seguir o tratamento (menos de 29 anos) e que o médico os tenha tratado atenciosamente (menos de 39 anos), inversamente aos doentes com mais de 50 anos, que são os que mais concordam que sentiram essa motivação e essa atenção por parte do médico. Por fim, os pacientes que têm o nível de ensino secundário são os que menos concordam que o médico lhes inspirou total confiança, enquanto os mais e os menos escolarizados, isto é, os que não ultrapas-

³ O médico deu-lhe todo o tempo de que necessitou para a consulta: $p = 0,340 > 0,05$; o médico respondeu a todas as questões que o preocupavam: $p = 0,555 > 0,05$; o médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos receitados: $p = 0,634 > 0,05$; o médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores: $p = 0,011 \leq 0,05$; o médico colocou diversas opções de tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adaptasse a si: $p = 0,128 > 0,05$; o médico ouviu as suas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado: $p = 0,392 > 0,05$; o médico não compreendeu as dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita: $p = 0,123 > 0,05$; o médico motivou-o para seguir o tratamento: $p = 0,000 \leq 0,05$; o médico tratou-o atenciosamente: $p = 0,323 > 0,05$; o médico fez o correcto diagnóstico da sua doença: $p = 0,323 > 0,05$; o médico teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento: $p = 0,505 > 0,05$; o médico inspirou total confiança: $p = 0,204 > 0,05$.

Quadro 7.5 – Relação com o médico durante a consulta
(*análise factorial em componentes principais*)

	Factor 1	Factor 2
O médico inspirou total confiança	0,834	-0,019
O médico respondeu a todas as questões que o preocupavam	0,832	-0,034
O médico deu-lhe todo o tempo de que necessitou para a consulta	0,803	-0,006
O médico tratou-o atenciosamente	0,790	-0,069
O médico explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos receitados	0,783	0,075
O médico fez o correcto diagnóstico da sua doença	0,764	0,044
O médico teve em conta a sua opinião relativamente à globalidade do tratamento	0,617	0,222
O médico motivou-o para seguir o tratamento	0,608	0,148
O médico tinha conhecimento do que se passou em consultas anteriores	0,543	0,181
O médico colocou diversas opções de tratamento de forma a poder escolher o que melhor se adaptasse a si	0,180	0,776
O médico ouviu as suas dificuldades em seguir o tratamento tal como planeado	0,236	0,719
O médico não compreendeu as dificuldades em tomar a medicação tal como foi prescrita	-0,241	0,502
Variância explicada (%)	42,0	12,4
Alfa de Cronbach	0,889	0,450
KMO		0,912

saram a instrução primária e os que frequentam ou frequentaram o ensino superior, sentiram maior confiança.

A análise factorial dos doze quesitos anteriores acaba por identificar apenas duas grandes dimensões latentes na relação com o médico durante a consulta: por um lado, uma dimensão que reúne todas as variáveis da actuação dos médicos determinadas pela confiança que a esmagadora maioria dos pacientes tem neles; por outro, uma dimensão que aponta, em contrapartida, para a falta de opções de tratamento e para dificuldades no cumprimento das prescrições às quais os médicos não teriam sido sensíveis, em suma, uma certa falta de espaço para os doentes se exprimirem com mais autonomia. Esta conclusão vem no mesmo sentido daquilo que escrevíamos acerca da qualidade das conversas com os médicos durante as consultas, bem como das conclusões do estudo andaluz citado a propósito da relação existente entre a qualidade da comunicação médico-doente e a confiança nos cuidados de saúde.

Relação com o farmacêutico

O farmacêutico assume um papel importante de aconselhamento e esclarecimento sobre as prescrições médicas, actuando muitas vezes de forma complementar, com o seu conhecimento profissional, ajudando assim os pacientes a seguir os seus tratamentos mais eficazmente, tornando-os menos vulneráveis a possíveis incumprimentos relativamente ao indicado. Isto mesmo ressaltava dos *focus groups*, bem como já fora confirmado pela função que a generalidade dos portugueses atribui ao farmacêutico.

Quadro 7.6 – Frequência com que conversa com o farmacêutico sobre os medicamentos que vai ou já está a tomar

$p = 0,046 \leq 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Frequentemente	219	22,4	138	24,6	15	16,9	65	20,1
Ocasionalmente	276	28,3	165	29,4	29	32,6	82	25,3
Raramente	275	28,2	143	25,5	24	27,0	108	33,3
Nunca	199	20,4	114	20,3	19	21,3	66	20,4
NS/NR	6	0,6	1	0,2	2	2,2	3	0,9
Total	975	100,0	561	100,0	89	100,0	324	100,0

Com efeito, cerca de metade dos doentes fala ocasionalmente ou até frequentemente com os farmacêuticos acerca dos medicamentos que vai ou está a tomar (50,7%), enquanto 28,2% apenas o fazem raramente; somente 20,4% nunca costumam conversar com estes profissionais de saúde a tal respeito. Os doentes crónicos são quem mais frequentemente conversa com os farmacêuticos sobre as prescrições médicas, ao contrário dos doentes agudos ligeiros, que o fazem mais raramente.

As mulheres são quem mais frequentemente conversa com os farmacêuticos sobre os medicamentos que lhes foram receitados, tal como os doentes com mais de 66 anos, enquanto os homens e os mais jovens com menos de 29 anos tendem a falar menos frequentemente, independentemente do nível de escolaridade e do estatuto socioeconómico.

A maioria dos doentes considera que os esclarecimentos dados pelos farmacêuticos contribuem, em parte ou muito, para o cumprimento do tratamento tal como foi prescrito pelo médico (61,0%), enquanto perto de um quarto afirma que pouco ou nada contribui (23,5%), independentemente do tipo de doença a que se refere o tratamento e dos atributos

Quadro 7.7 – Contribuição da conversa com o farmacêutico para o cumprimento do tratamento como prescrito

$p = 0,471 > 0,05$	Conjunto		Doentes crónicos		Doentes agudos graves		Doentes agudos ligeiros	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Contribuiu muito	215	22,1	132	23,5	24	27,0	60	18,5
Contribuiu	379	38,9	209	37,3	33	37,1	137	42,3
Não contribuiu nem muito nem pouco	126	13,0	76	13,5	9	10,1	41	12,7
Contribuiu pouco	66	6,8	36	6,4	4	4,5	26	8,0
Não contribuiu nada	163	16,7	97	17,3	17	19,1	49	15,1
NS/NR	25	2,5	11	2,0	2	2,2	11	3,4
Total	975	100,0	561	100,0	89	100,0	324	100,0

sociodemográficos dos inquiridos. A articulação funcional entre todos os profissionais de saúde, nomeadamente entre médicos e farmacêuticos, revela-se pois extremamente importante para uma boa adesão dos doentes à terapêutica. Em contrapartida, a análise dos *focus groups* revelou uma certa tensão corporativa entre médicos e farmacêuticos, sobretudo da parte destes últimos em relação aos primeiros, ao mesmo tempo que todas as opiniões manifestadas pelos doentes mostram a vantagem de atribuir um papel maior aos profissionais de farmácia na promoção da adesão à terapêutica, devido nomeadamente às relações de proximidade e de familiaridade que a população mantém com as farmácias.

Conclusão

1. No que diz respeito aos **motivos práticos** que, segundo a generalidade da população, podem levar à **falta de adesão à terapêutica**, verificou-se que perto de metade dos portugueses acredita que o esquecimento é o principal motivo prático; segue-se a falta de recursos económicos. O terço restante refere a «preguiça» – ou melhor, a negligência – como factor para não aderir à terapêutica, bem como uma série de outros motivos: a falta de instrução; não querer ou não gostar de tomar medicamentos, e adormecer antes da hora a que devia tomar a medicação. Entre os motivos de segunda ordem, a falta de recursos económicos assume a maior importância, seguindo-se o esquecimento e a falta de instrução. Como motivo de terceira ordem, a relutância em tomar medicamentos e as dificuldades económicas são os mais apontados.

Com base na análise de agrupamentos estatísticos (MDSs), construiu-se uma tipologia de quatro grandes grupos de motivos práticos invocados pelos inquiridos para a falta de adesão à terapêutica, segundo duas dimensões: na primeira destas surge um primeiro grupo dos inquiridos que atribui maior importância ao esquecimento, ao adormecer antes da hora, às mudanças de rotina e à falta de planeamento, o qual se diferencia de um segundo grupo que valoriza os factores sociais, como os baixos recursos económicos e a falta de instrução; na segunda dimensão, um terceiro grupo privilegia factores como a «preguiça», não querer tomar a medicação, falta de planeamento e de tempo, em suma, algo que aponta para uma espécie de resistência passiva à terapêutica, grupo este que se diferencia de um quarto grupo que atribui mais importância à falta de instrução, ao esquecimento, ao adormecer e à mudança de rotina como causas para a falta de cumprimento efectivo das indicações médicas.

Este primeiro contraste entre, por um lado, a negligência ou a falta de planeamento e, por outro, os baixos recursos económicos e a falta de ins-

trução configura os perfis atitudinais da população em geral perante a adesão à terapêutica que fomos reencontrando e aperfeiçoando ao longo do presente estudo.

2. As **características dos medicamentos e a evolução dos tratamentos** condicionam também a adesão à terapêutica. Para cerca de metade dos portugueses, a falta de adesão dever-se-ia, neste plano, a dois factores principais: os doentes sentirem-se melhor ou queixarem-se dos efeitos secundários dos medicamentos. Ainda com alguma expressão, surge o facto de não quererem misturar medicamentos com álcool ou outras substâncias; sentirem-se pior quando tomam os medicamentos; não sentirem melhoras ou considerarem que o tratamento não está a fazer efeito; duvidarem da eficácia do tratamento; a duração demasiado longa do tratamento; terem de tomar demasiados medicamentos; dificuldade em tomar os medicamentos de acordo com a prescrição. Como motivos de segunda ordem, os mais importantes são o facto de os doentes se sentirem melhor e a duração do tratamento. Por fim, como terceiro motivo mais importante, está o número elevado de medicamentos a tomar. Recorrendo à mesma técnica estatística (MDS), obtivemos quatro grupos de inquiridos organizados em função da valorização que atribuem a determinadas características das terapêuticas que podem originar algum incumprimento.

Assim, com base em duas dimensões analíticas há, por um lado, um primeiro conjunto de inquiridos que dá maior importância aos efeitos secundários, ao facto de os doentes se sentirem pior, ao duvidar da eficácia do tratamento, ao não melhorar e ao não querer misturar os medicamentos com outras substâncias, que se opõe a um segundo conjunto, segundo o qual os doentes não cumprem as prescrições por se sentirem melhor, porque os tratamentos demoram demasiado tempo, por tomarem muitos medicamentos e por terem dificuldade em tomá-los de acordo com as regras prescritas; portanto, é lícito concluir que, para a generalidade das pessoas, tanto o sentir-se melhor como o sentir-se pior podem contribuir para a falta de adesão à terapêutica, restando apurar as circunstâncias concretas que explicam o aparente paradoxo. Na segunda dimensão há um terceiro grupo de inquiridos que valoriza os efeitos secundários, a dificuldade das tomas e a demora do tratamento, e que se opõe a um quarto grupo que considera mais importante o facto de os doentes pensarem que não estão a melhorar ou, pelo contrário, já se sentirem melhor, apontando para o mesmo paradoxo aparente identificado acima. Em suma, um contraste de opiniões que põe em destaque agora a importância de duvidar da eficácia do tratamento ou de o doente se sentir melhor para a adesão à terapêutica.

3. A relação de **confiança entre o médico e o paciente** é um dos pilares fundamentais para o êxito da terapêutica. Na opinião dos inquiridos, o receio dos pacientes de fazer perguntas e de pedir esclarecimentos aos médicos, bem como o facto de não prestarem atenção quando os médicos estão a explicar o tratamento, são as principais razões, no que diz respeito à relação médico-paciente, que contribuem para as pessoas não aderirem à terapêutica. A falta de compreensão das vantagens do tratamento, por parte do paciente, é a razão mais referida a seguir, surgindo por último a falta de confiança no médico. Para a generalidade da população, a relação com o médico é um factor determinante para levar os pacientes a cumprir as indicações terapêuticas. Sendo assim, os médicos deveriam, segundo os doentes, dedicar mais tempo a cada paciente a fim de explicarem os tratamentos que prescrevem e fornecerem um plano detalhado do tratamento; por seu turno, os pacientes deviam poder telefonar ao médico para tirar dúvidas.

3. Depois da secção opinativa do inquérito, onde se estudaram as normas descritivas às quais obedece, segundo a generalidade dos portugueses, a adesão à terapêutica, iniciou-se o processo de caracterização do **estado de saúde** da população. Este constituiu a base para a recolha de dados sobre o comportamento efectivo dos mesmos inquiridos ante as prescrições médicas. Perto de metade dos portugueses considera o seu estado de saúde bom ou mesmo excelente (48,3%), enquanto 40,7% sentem que é razoável. Uma minoria significativa declara que o seu estado de saúde é mau ou péssimo (11,0%). Tal como em anteriores estudos, o estado de saúde subjectivo corresponde a um perfil sociodemográfico segundo o qual as pessoas mais velhas, as mulheres e os inquiridos com estatuto socioprofissional e escolaridade mais baixos revelam pior estado de saúde. Este padrão encontra-se, *mutatis mutandis*, associado à maioria das condições de doença analisadas, nomeadamente as doenças crónicas.

4. Assim, cerca de 40% dos inquiridos declararam ser portadores de uma **doença crónica** diagnosticada pelo médico. Independentemente disso, cerca de 15% declararam ter tido no último ano uma **doença aguda grave** ou um **acidente**, e 42% declararam ter tido uma **doença aguda ligeira (doença comum)**, requerendo sempre assistência médica. A partir daqui, as conclusões estão ancoradas na situação que cada inquirido elegeu como referente para responder ao resto do inquérito, obedecendo ao seguinte critério: (1) as doenças crónicas prevalecem sobre as agudas e os acidentes e, no caso de o inquirido sofrer de mais do que uma doença crónica, prevalece aquela que ele próprio considerou mais grave; (2) não sofrendo de doença crónica, o inquirido elegeu então uma

doença aguda grave, de entre várias, se for o caso; (3) por fim, se o inquirido não se enquadrasse em nenhuma das duas situações anteriores, elegeu a doença aguda ligeira que lhe causou maior preocupação. Assim, excluindo aqueles que não declararam qualquer doença crónica nem estiveram doentes nos últimos dois anos (30,4%), os três grupos de inquiridos foram distribuídos em 57,6% de doentes crónicos, 33,2% de doentes agudos ligeiros e 9,2% de doentes agudos graves.

Cada um dos grupos apresentou, como seria de esperar, uma tipologia específica de doenças associada. Assim, o grupo dos doentes crónicos é constituído por um terço com doenças do aparelho circulatório (33,3%), seguindo-se os que têm doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (18,1%) e doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas e imunitárias (12,9%); os outros tipos de doenças têm todos expressão estatística inferior a 10%. Quanto ao conjunto dos doentes agudos graves, os seus problemas de saúde referem-se sobretudo a lesões traumáticas, envenenamentos e causas externas (37,8%), seguindo-se as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14,4%), os transtornos mentais e comportamentais (10,0%), etc. Por último, os doentes agudos ligeiros foram afectados em particular por doenças do aparelho respiratório (46,2%), surgindo depois as doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (12,3%), bem como as doenças do aparelho digestivo (12,0%); as outras têm pouca ou nenhuma expressão nesta amostra.

5. O padrão de **consumo de medicamentos**, tal como esperado, revelou que os doentes crónicos estavam, à data, submetidos a um regime terapêutico (80,6%), enquanto os inquiridos que tinham sofrido uma doença aguda grave haviam consumido medicamentos sobretudo no ano anterior, mas entretanto já haviam terminado o tratamento quando responderam ao questionário (72,5%), tal como aqueles que tiveram uma doença aguda ligeira (58,2%). Em média, os doentes crónicos tomavam uma variedade maior de medicamentos diferentes durante o dia (2,40), significativamente mais do que os inquiridos que padecem ou padeceram de doença aguda ligeira (1,76); os que estão ou estiveram em tratamento por uma doença aguda grave tomavam, em média, cerca de dois medicamentos diferentes diariamente (2,01). Quanto à forma de apresentação dos medicamentos, constatou-se uma predominância esmagadora dos comprimidos, conquista da indústria farmacêutica que muito contribuiu seguramente para melhorar os cuidados de saúde, mas que pode, no entanto, transformar-se numa dificuldade paradoxal para a *compliance*, pois, se os comprimidos são geralmente mais fáceis de tomar, também são mais fáceis de esquecer. Em todo o caso, segundo o nosso estudo, não

são as eventuais dificuldades de tomar os medicamentos prescritos pelos médicos que contribuem significativamente para a falta de adesão à terapêutica.

6. A **automedicação** constitui um «teste» interessante às atitudes e comportamentos relativamente à adesão à terapêutica, pois, se é difícil aos inquiridos, em particular aqueles que estão a ser ou foram recentemente medicamentados, assumir abertamente a falta de cumprimento das prescrições médicas obtidas em situação de consulta, já é mais fácil admitir o recurso a medicamentos prescritos a outras pessoas, por exemplo, familiares. Ora, perto de 20% dos inquiridos admitem ter recorrido, nos últimos cinco anos, a medicamentos receitados a outras pessoas, a maioria deles mais de uma vez. Os doentes agudos, ao contrário dos crónicos, são os que mais recorrem à automedicação, chegando este comportamento a atingir 28% entre os ligeiros.

7. Outros indicadores extremamente relevantes para aferir a plena adesão à terapêutica situam-se fora da relação médico-paciente e mesmo fora da condição de saúde do doente. São as **restrições de ordem económica** que fazem com que numerosos pacientes, nomeadamente os crónicos, até porque esta condição está fortemente associada à velhice e à falta de recursos financeiros, abdicuem de determinados cuidados médicos, como os medicamentos, as consultas, as idas ao dentista, os óculos e os meios complementares de diagnóstico. A seguir às consultas dentárias, a **compra de medicamentos** é particularmente afectada pela falta de recursos financeiros, atingindo um terço dos doentes crónicos. Conforme acontece com a automedicação, estes constrangimentos de natureza económica não são explicitamente assumidos pelos inquiridos como incumprimento das prescrições médicas nem estão, de acordo com as análises estatísticas realizadas, associados cognitivamente ao incumprimento.

8. No que diz respeito à **adesão à terapêutica** propriamente dita, o cumprimento declarado eleva-se a 8,78 numa escala de 10, ou seja, perto de 88% dos inquiridos declararam aderir plenamente à terapêutica, quando se sabe que 20% a 25% da população reconhecem, por exemplo, usar medicamentos receitados a outras pessoas, enquanto por motivos muito diferentes, mas porventura mais gravosos do ponto de vista do estado de saúde, 33% dos doentes crónicos reconhecem abdicar com maior ou menor frequência de adquirir os medicamentos prescritos por motivos económicos.

9. Apesar daquela elevadíssima taxa de cumprimento, o seguimento estrito das instruções médicas revelou-se, na prática, ser bastante menor quando os inquiridos foram instados a dizer com que frequência deixam

de tomar os diferentes medicamentos prescritos. Quanto aos motivos desta falta parcial de adesão à terapêutica, reencontrámos sensivelmente os mesmos que a generalidade da população havia mencionado como sendo aqueles que poderiam levar ao incumprimento. Em termos teóricos, isto sugere que as pessoas se orientam mais, em privado, pelas normas descritivas prevaletentes quanto à *compliance* do que pelas normas prescritivas partilhadas, nomeadamente, pelos profissionais de saúde.

Com efeito, apenas um terço dos doentes, actuais ou recentes, afirma que nunca lhes aconteceu não tomar algum medicamento exactamente como lhe foi prescrito pelo médico por **esquecimento**; 28,4% admitem que isso lhes acontece com alguma ou muita frequência. O facto de se **sentir melhor** é a segunda razão mais apontada para que o tratamento não seja cumprido na íntegra: embora mais de metade dos inquiridos declare que tal nunca lhes aconteceu (58,0%), perto de 25% admitem que isso lhes acontece algumas ou muitas vezes. Enquanto o esquecimento denota incumprimento por negligência ou aquilo a que chamámos «resistência passiva», o facto de abandonar o tratamento quando a pessoa se sente melhor pode denotar um comportamento autónomo. Os motivos mais invocados a seguir – **adormecer** antes de tomar a medicação e **horários das tomas** menos convenientes – pertencem também à esfera da negligência. Finalmente, os **efeitos secundários** e o **preço dos medicamentos** são dois motivos de natureza diferente mencionados com alguma expressão.

Os motivos invocados pelos inquiridos para justificar o incumprimento parcial das prescrições médicas revelam uma tripla estrutura motivacional das diferentes formas de falta de adesão. A primeira dimensão remete para o sentimento de desconforto e para a dúvida acerca da eficácia dos medicamentos, em suma, para um relativo fracasso subjectivo da terapêutica associado a algumas situações crónicas. A segunda dimensão traduz, de alguma forma, autonomia por parte do doente, associada ao facto de se sentir melhor. Por último, a terceira reúne uma curta série de aparentes pretextos que denotam alguma resistência à terapêutica, associada, por seu turno, à pouca importância atribuída à doença ou à falta de sintomas, em particular a ausência de dor.

10. Contudo, os médicos não prescrevem apenas medicamentos. Com efeito, as terapêuticas podem incluir outro tipo de recomendações, seja por motivo de doença ou como medida preventiva, tais como a realização de exames complementares de diagnóstico ou regressar para outras consultas de acompanhamento, mas também medidas para alterar os hábitos e estilos de vida dos seus pacientes. O problema da adesão à tera-

pêutica também se coloca, portanto, ao nível deste tipo de prescrição. Ora, se em relação aos medicamentos a adesão declarada era muito elevada, já quanto a estes outros tipos de recomendações médicas o grau de adesão é menor, nomeadamente no que diz respeito à mudança de hábitos. Neste último domínio, a percentagem dos que admitem não seguir as recomendações varia entre 23% no caso da dieta alimentar e mais de 40% no caso do tabaco e da bebida. E até no caso de o médico ter recomendado uma nova consulta perto de 30% dos inquiridos admitem que nunca ou raramente voltam, o que poderá estar associado, como vimos acima, ao facto de se terem «sentido melhor». Dito isto, ao contrário do que alega alguma literatura, os doentes crónicos são, de longe, os que mais seguem qualquer das indicações dadas pelos médicos, destacando-se sobretudo entre aqueles que mais aderem aos comportamentos saudáveis. Sabendo que as pessoas de mais idade e com menores recursos estão entre os portugueses que menos adoptaram hábitos saudáveis (Cabral e Silva 2009), isto significa que os profissionais de saúde podem desempenhar um papel muito mais importante do que têm desempenhado na mudança de hábitos de saúde dos idosos em geral.

Na realidade, nem todas estas recomendações médicas são adoptadas de igual modo pelos doentes, verificando-se que há claramente dois padrões, um dos quais aponta no sentido da necessidade de uma intervenção médica e, possivelmente, institucional de natureza específica. Com efeito, o cumprimento é muito menor no caso das recomendações a respeito dos hábitos e estilos de vida do que as indicações de carácter clínico, o que remete para a distinção básica, que assinalámos de início, entre a psicossociologia da doença, que se aplica às situações clínicas propriamente ditas, e a psicossociologia da saúde, a cujo domínio pertencem os hábitos e estilos de vida, como aliás se verifica, reconhecidamente, com o fraco êxito das campanhas de prevenção neste campo (Atkin e Wallack 1990; Hornik 1997).

11. Quando existem **dificuldades em seguir integralmente as indicações médicas** no decorrer de um tratamento, mais de três quartos dos doentes declaram conversar o máximo possível com o médico a fim de tornar o tratamento mais fácil, em particular os doentes crónicos. Seguem-se, em importância, outras iniciativas que devolvem igualmente a responsabilidade ao médico ou, frequentemente, ao farmacêutico. Inversamente, iniciativas próprias dos inquiridos, tais como ajustar os tratamentos às suas actividades diárias ou simplificá-los, se é verdade que revelam autonomia da sua parte, podem no entanto constituir, na prática, mais uma forma de desvio em relação à *compliance*, o que se verificou ocorrer em mais de 50% das situações identificadas.

12. A **comunicação com o médico** e a qualidade da informação que este transmite ao doente acerca dos tratamentos prescritos no que diz respeito às regras de aplicação, bem como a possíveis efeitos indesejados e às consequências de eventuais incumprimentos, são factores determinantes para a adesão à terapêutica, em virtude da compreensão que os pacientes podem assim adquirir ou não sobre o tratamento. Neste sentido, os próprios pacientes são susceptíveis de assumir atitudes mais ou menos activas no modo como se relacionam com os médicos. Ora, quando questionados a este respeito, a grande maioria afirma que o médico lhes deu indicações suficientes acerca da forma como os medicamentos deviam ser tomados (71,5%), bem como acerca da importância de os tomar desse modo (68,1%). Em contrapartida, mais de metade considerou que o médico não deu qualquer esclarecimento sobre o que deveriam fazer se falhassem uma toma/dose da medicação (51%) nem explicou a forma como lidar com eventuais efeitos secundários da medicação (57%).

Estes resultados apontam inequivocamente no sentido de uma clara diferenciação cognitiva entre a dimensão do «planeamento» e a do «imprevisto» na terapêutica, revelando os doentes grande satisfação com a forma como o planeamento lhes foi explicado, mas, em contrapartida, bastante insatisfação quanto à informação recebida acerca daquilo que pode acontecer de imprevisto durante o tratamento. Ora, se analisarmos as respostas fornecidas pelos inquiridos acerca da forma como decorreu a conversa com o médico durante a consulta de referência, verificamos que a iniciativa pertenceu, invariavelmente, aos médicos. Isto remete, obviamente, para um elevado grau de falta de autonomia por parte dos doentes, comprometendo, no limite, o diálogo com os médicos, diálogo este que parece só se ter verificado em torno de 15% a 20% dos casos. Atendendo às próprias características da população em causa, afectada como tende a estar pela vulnerabilidade da doença, caberá portanto aos médicos e aos outros profissionais de saúde um esforço suplementar de encorajamento ao diálogo. É isso que parece acontecer, de resto, com os doentes crónicos, que foram aqueles que obtiveram mais esclarecimentos da parte dos médicos, comprovando que a frequência dos serviços de saúde contribui de forma difusa para uma adesão maior ao conjunto das recomendações médicas. A qualidade da comunicação entre médicos e pacientes é reconhecida pela literatura mais recente como absolutamente crítica para a melhoria das práticas de adesão à terapêutica (Lorient-Arín e Serrano-del-Rosal 2009).

A fim de aprofundar o conhecimento deste padrão comunicativo entre médicos e pacientes, medimos o grau de satisfação dos inquiridos em re-

lação à última consulta médica que tiveram. Como já verificámos noutros estudos que temos publicado, a esmagadora maioria dos pacientes concorda, em parte ou totalmente, que o médico os tratou atenciosamente; fez o diagnóstico correcto; inspirou confiança; respondeu às questões que os preocupavam; explicou de forma clara os objectivos dos exames e tratamentos prescritos; motivou-os a seguir o tratamento, e deu-lhes todo o tempo de que necessitavam. A satisfação revelou, contudo, ser mais baixa quanto ao conhecimento que o médico teria daquilo que se passara em consultas anteriores e quanto ao facto de ter ou não levado em conta a opinião dos doentes em relação ao tratamento em curso, variando as opiniões menos positivas entre 23% e 30%. Finalmente, as opiniões negativas prevalecem no que diz respeito ao facto de, segundo os inquiridos, os médicos não terem tido em conta as suas dificuldades em seguir o tratamento prescrito (variando as avaliações negativas entre 25% e 43%); por último, a maioria queixa-se de que os médicos não lhes apresentaram opções terapêuticas. Este padrão de resultados confere com os da literatura relevante na matéria.

Duas grandes dimensões latentes subjazem, pois, à relação com o médico durante a consulta: por um lado, uma dimensão que aponta para uma confiança genérica dos pacientes nos médicos e que está na base do que os psicólogos da doença designam por «relação mítica» (Joyce-Moniz e Barros 2005); por outro lado, uma dimensão que aponta, em contrapartida, para dificuldades e falta de opções às quais os médicos não se mostram sensíveis, em suma, a prevalência de um modelo comunicacional médico-doente de tipo tradicional, entre o «mítico» e o «paternalista», que não oferece espaço para os doentes se exprimirem com mais autonomia e não contribui, por conseguinte, para uma adesão à terapêutica mais efectiva.

A concluir, apresentamos uma síntese brevíssima acerca da adesão à terapêutica em Portugal, tal como nos foi possível caracterizá-la, de forma a proporcionar algumas indicações susceptíveis de contribuir, segundo os diferentes actores envolvidos no processo de saúde e doença, para a melhoria da adesão. Assim, do lado dos pacientes, o factor económico surgiu como uma variável independente sobre a qual as políticas de saúde podem e devem actuar, como aliás já apontáramos no nosso recente trabalho sobre *O Estado da Saúde em Portugal* (Cabral e Silva 2009); outro importante factor adverso à *compliance* associado à condição social e cultural dos utentes dos serviços de saúde é a assimetria de recursos que a grande maioria deles revela ante os médicos, propiciando uma comuni-

cação deficiente entre estes e os doentes. Já no âmbito da psicossociologia da doença, apesar de o instrumento do inquérito fechado não ser porventura o mais adequado, foi possível detectar os efeitos da cronicidade, aliás frequentemente associada à idade e, por conseguinte, à prevalência de baixos recursos socioeconómicos, na desmotivação relativamente à terapêutica exibida por uma parte significativa dos inquiridos. Em contrapartida, a negligência e a autonomia denotam duas modalidades alternativas de resistência à terapêutica, diferenciadas, em parte, pela gravidade das doenças e, em parte, pelo estatuto social dos doentes.

Diante destes problemas, os serviços e os profissionais prestadores de cuidados de saúde deverão, naturalmente, generalizar as soluções práticas já conhecidas e outras a desenvolver (Bugalho e Carneiro 2004), de forma a superar os motivos de incumprimento negligente por parte dos pacientes. No que diz respeito ao incremento do diálogo e à melhoria da qualidade da comunicação com os doentes, assim como da própria informação médica, as respostas indicadas pela literatura vão todas no sentido da incorporação e valorização destas qualificações nos currículos dos profissionais de saúde.

Finalmente, a caracterização sintética que acabámos de fazer da adesão à terapêutica em Portugal aponta, do lado da «sociedade civil», para a grande vantagem que haverá, no sentido de melhorar a adesão por parte das pessoas mais vulneráveis do ponto vista social e do estado de saúde, na multiplicação de associações formais, mas também de redes informais, de doentes crónicos, seus familiares e amigos, bem como do crescente número de voluntários activos no campo dos cuidados de saúde. Por fim, ao Estado caberá fornecer a tais associações, redes e voluntários o apoio técnico específico de profissionais de saúde, segundo a natureza das doenças, com vista a garantir uma indispensável mediação permanente entre, por um lado, o doente e a sua doença e, por outro lado, o médico e os seus doentes.

Bibliografia

- Atkin, C., e L. Wallack. 1990. *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Newbury Park, CA: Sage.
- Beauvois, J.-L. 2003. «Glossary». In *A Sociocognitive Approach to Social Norms*, ed. N. Dubois. Londres: Routledge, 247-251.
- Becker, M., e L. Maiman. 1975. «Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations». *Med. Care*, 13: 10-24.
- Bishop, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston: Allyn and Bacon.
- Brannon, L., e J. Feist. 1997. *Health Psychology: An Introduction to Behaviour and Health*. Pacific Grove, CA: Brooks & Cole.
- Bugalho, A., e A. Carneiro. 2004. *Intervenções para Aumentar a Adesão Terapêutica em Patologias Crónicas*. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência, Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Burgoon, M. 1996. «(Non)compliance with disease prevention and control messages: communication correlates and psychological predictors». *Journal of Health Psychology*, 1 (3): 279-296.
- Cabral, M. V., P. A. Silva e H. Mendes. 2002. *Saúde e Doença em Portugal. Inquérito aos Comportamentos e Atitudes da População Portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cabral, M. V., e P. A. Silva. 2009. *O Estado da Saúde em Portugal*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Cluss, P., e L. Epstein. 1985. «The measurement of medical compliance in the treatment of disease». In *Measurement Strategies in Health Psychology*, ed. P. Karoly. Nova Iorque: John Wiley and Sons, 403-433.
- Conrad, P. 1985. «The meaning of medications: another look at compliance». *Social Science and Medicine*, 20 (1): 29-37.
- Diefenbach, M., e H. Leventhal. 1996. «The common sense model of illness representations: theoretical and practical considerations». *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5 (1): 11-38.
- DiMatteo, M. 1994. «Enhancing patient adherence to medical recommendations». *Journal of the American Medical Association*, 271: 79-83.
- DiMatteo, M. 2004. «Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research». *Med. Care*, 42 (3): 200-209.

- Donovan, J., e D. Blake. 1992. «Patient noncompliance: deviance or reasoned decision-making?». *Social Science and Medicine*, 5 (34): 507-513.
- Dubois, N. 2003. «Introduction: the concept of norm». In *A Sociocognitive Approach to Social Norms*, ed. N. Dubois. Londres: Routledge, 1-16.
- Dunbar-Jacob, J., e M. Mortimer-Stephens. 2001. «Treatment adherence in chronic disease». *J. Clin. Epidemiol.*, 54: 857-860.
- Gil, F., et al. 1999. «Incumplimiento dei tratamiento con antibióticos en infecciones agudas no graves». *Med. Clin.*, 112 (19): 731-733.
- Goldberg, A., G. Cohen e A. Rubin. 1998. «Physician assessments of patient compliance whith medical treatment». *Social Science & Medicine*, 47 (11): 1873-1876.
- Gordis, L. 1981. «Conceptual and methodologic problems in measuring patient compliance». In *Compliance in Health Care*, eds. R. Haynes, D. Taylor e D. Sackett. 2.ª ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1-7.
- Griffith, S. 1990. «A review of the factors associated with patient compliance and the taking of prescribed medicines». *British Journal of General Practice*, 40: 114-116.
- Haynes, R. 1981. «Introduction». In *Compliance in Health Care*, eds. R. Haynes, D. Taylor e D. Sackett. 2.ª ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1-7.
- Haynes, R., K. McKibbon e R. Kanani. 1996. «Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications». *Lancet*, 6: 348-383.
- Horne. 1997. «Representations of medication and treatment: advances in theory and treatment». In *Perceptions of Health and Illness. Current Research and Applications*, eds. K. Petrie e J. Weinman. Londres: Harwood Academic Publishers, 155-189.
- Horne. 2001. «Compliance, adhrence and concordance». In *Pharmacy Practice*, eds. K. Taylor e G. Harding. Londres: Taylor & Francis, 168-184.
- Hornik, R. C. 1997. «Public health education and communication as policy instruments for bringing about changes in behaviour». In *Social Marketing: Theoretical and Practical Perspectives*, eds. M. E. Goldberg, M. Fishbein e S. E. Middlestadt. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 45-48.
- Hughes, C. 2004. «Medication non-adherence in the elderly: how big is the problem?». *Drugs Aging*, 21 (12): 793-811.
- Joyce-Moniz, L., e Luísa Barros. 2005. *Psicologia da Doença para Cuidados de Saúde. Desenvolvimento e Intervenção*. Porto: Edições ASA.
- Kelly, G., J. Mamon e J. Scott. 1987. «Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients». *Social Science and Medicine*, 25 (11): 1205-1211.
- Klein, J., e A. Gonçalves. 2005. «A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários». *Psico-USF*, 10 (2): 113-120.
- Levy, R., e A. Feld. 1999. «Increasing patient adherence to gastroenterology treatment and prevention regimens». *Am. J. Gastroenterol.*, 94 (7): 1733-1742.
- Loriente-Arín, N., e R. Serrano-del-Rosal. 2009. «Hable con los pacientes, no para ellos. Análisis de las fuentes e confianza del médico». *Revista Internacional de Sociología*, 67 (2): 309-328.
- Marinker, M., e J. Shaw. 2003. «Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice». *British Medical Journal*, 326: 348-349.
- Osterberg, L., e T. Blaschke. 2005. «Adherence to medication». *New England Journal of Medicine*, 353: 487-497.

- Sackett, D., e J. Snow. 1981. «The magnitude of compliance and noncompliance». In *Compliance in Health Care*, eds. R. Haynes, D. Taylor e D. Sackett. 2.^a ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 11-22.
- Salzman, C. 1995. «Medication compliance in the elderly». *J. Clin. Psychiatry*, 56 (1): 18-23.
- Sarafino, E. 1990. *Health Psychology: Bio Psychosocial Interactions*. Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Sheridan, C., e S. Radmacher. 1992. *Health Psychology. Challenging the Biomedical Model*. Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- Sokol, M., *et al.* 2005. «Impact of medication adherence on hospitalization risk and healthcare cost». *Med. Care*, 43 (6): 521-530.
- Vermeire, E., *et al.* 2001. «Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review». *J. Clin. Pharm. Ther*, 26 (5): 331-342.
- Vik, S., C. Maxwell e D. Hogan. 2004. «Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors». *Ann. Pharmacother*, 38 (2): 303-312.
- WHO. 2003. *Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action*. Genebra: World Health Organization.
- WHO. 2007. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – ICD-10*. 2.^a ed. Genebra: World Health Organization.

A adesão à terapêutica é uma questão vital para garantir a plena eficácia dos medicamentos em benefício dos doentes. É também importante para o desempenho dos profissionais de saúde e do próprio sistema de saúde, no sentido de melhorar simultaneamente a eficácia das terapêuticas e a eficiência dos investimentos, proporcionando melhores ganhos de saúde e mais qualidade de vida.

Assim, entendeu oportunamente a APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica promover este estudo – inédito em Portugal –, a fim de conhecermos melhor as atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e a utilização de medicamentos, segundo os seus atributos sociodemográficos bem como os diferentes tipos e gravidade das doenças.

Apesar do carácter técnico da temática, procurámos torná-la acessível a todo o público interessado, em particular aos profissionais de saúde e da comunicação social, bem como aos cientistas sociais em geral.

