

**A adesão aos medicamentos em pessoas idosas na
transição hospital-casa: desenvolvimento de uma
intervenção de enfermagem**

Isa Raquel Brito Santos Pereira Félix

Orientador: Prof. Doutora Maria Adriana Pereira Henriques

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

com a colaboração da



A adesão aos medicamentos em pessoas idosas na transição hospital-casa: desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem

Isa Raquel Brito Santos Pereira Félix

Orientador: Prof. Doutora Maria Adriana Pereira Henriques

Tese especialmente elaborada para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem

Júri:

Presidente: Professor Doutor Óscar Proença Dias, Professor Catedrático da Faculdade de Medicina

Vogais:

- Professora Doutora Marta Moreira Marques, Investigadora Auxiliar Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa
- Professora Doutora Fernanda dos Santos Bastos, Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem do Porto
- Professora Doutora Ana Isabel Fernandes Querido, Professora Adjunta Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria
- Professor Doutor Afonso Miguel das Neves Cavaco, Professor Associado com Agregação Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa
- Professora Doutora Andreia Silva da Costa, Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
- Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques, Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Adriana Pereira Henriques, pela orientação e por tudo o que me ensinou.

Ao Centro Hospitalar de Lisboa, por acreditarem e acolherem este projeto.

Às enfermeiras Armandina Antunes e Paula Santos, pelo apoio e disponibilidade.

A todos os colegas da Unidade onde decorreu o estudo, que me receberam sempre com um sorriso e me fizeram sentir em casa.

Às pessoas que participaram nesta investigação e que a tornaram possível.

À Professora Maria Cecília Silva, pela assessoria na análise estatística.

À Maria, pelo apoio e colaboração porque também queria aprender mais.

À Mara, pelas oportunidades de aprendizagens que transpuseram fronteiras.

Ao Zé, por tantos zeros e uns, que pareciam intermináveis.

Ao Rui, por me ouvir e partilhar a sua visão do mundo, sem nunca cobrar.

Ao Joaquim, pelas nossas conversas que me ajudaram a manter o foco.

Aos amigos que acompanharam este percurso, por compreenderem as ausências e pelas palavras de incentivo.

Aos meus pais e irmão, por estarem em qualquer circunstância incondicionalmente e pelo amparo inestimável.

Resumo

As intervenções de adesão aos medicamentos em pessoas idosas com multimorbilidade e polimedicadas na transição hospital-casa mostram efetividade limitada. O objetivo geral desta investigação é desenvolver uma intervenção de enfermagem de adesão aos medicamentos nesta população.

A investigação suporta-se no enquadramento publicado pelo *Medical Research Council* e no *Behaviour Change Wheel* (BCW). Utilizaram-se métodos mistos para avaliar a adesão e identificar os determinantes do comportamento. Seguidamente, as barreiras à adesão foram selecionadas e mapeadas em funções de intervenção (FI) e técnicas de mudança comportamental normalizadas (BCTs), de acordo com o modelo COM-B (Capacidade, Oportunidade e Motivação), integrado no BCW.

No estudo transversal, foram considerados para análise 245 participantes; 43.7% eram aderentes aos medicamentos. O modelo de regressão linear indicou que a depressão ($\beta = -.142$, $p = .031$), as crenças sobre a necessidade da medicação ($\beta = .306$, $p = .001$) e as preocupações sobre os medicamentos ($\beta = -.204$, $p = .001$) têm valor preditivo da adesão.

As entrevistas qualitativas (n=8) identificaram determinantes da adesão em todos os componentes do COM-B, como limitações físicas, esquecimento, preocupações com os medicamentos, crenças sobre as consequências da não adesão e priorização de medicamentos considerados mais importantes.

Mapearam-se as barreiras à adesão em cinco FI (e.g. treino, capacitação, persuasão) e 25 BCTs para integrar a intervenção de adesão (e.g. adicionar objetos ao ambiente (12.5), automonitorização do comportamento (2.3), estímulos/sinais (7.1), planeamento da ação (1.4)).

Desenvolveu-se uma intervenção de enfermagem de adesão aos medicamentos em pessoas idosas com multimorbilidade e polimedicadas, de forma sistematizada, com base na teoria e na evidência. A explicitação dos componentes ativos da intervenção (i.e., BCTs) constitui um ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções similares.

Investigação futura deverá explorar a aceitabilidade das componentes de intervenção com as principais intervenientes: enfermeiros e idosos polimedicados.

Palavras-chave: adesão à medicação, intervenção de enfermagem, transição hospital-casa, pessoa idosa, mudança de comportamento

Abstract

Medication adherence interventions in older adults with multimorbidity and polypharmacy, particularly in the transition from hospital to home, show limited effectiveness. This research aims to develop an evidence and theory-based intervention to improve medication adherence in this population.

The research is underpinned by the framework published by the Medical Research Council and the Behaviour Change Wheel (BCW). Mixed methods were used to measure medication adherence and identify the behaviour determinants. Subsequently, adherence barriers were selected and mapped into intervention functions (IF) and standardized behaviour change techniques (BCTs), according to the COM-B model (Capacity, Opportunity and Motivation), subsumed in the BCW.

In the cross-sectional study, 245 participants were considered for analysis; 43.7% were considered adherent to medication. The linear regression model indicated that depression ($\beta = -.142, p = .031$), beliefs about medication need ($\beta = .306, p = .001$) and concerns about medication ($\beta = -.204, p = .001$) have predictive value for adherence.

Qualitative interviews (n = 8) identified adherence determinants across all COM-B components, such as physical limitations, forgetfulness, concerns about medication, beliefs about the consequences of non-adherence and prioritization of adherence to medication regarded as more important.

Adherence barriers were mapped into five IFs (e.g., training, enablement, persuasion) and 25 BCTs included in the adherence intervention (e.g., adding objects to the environment (12.5), self-monitoring of behaviour (2.3), prompts/cues (7.1), action planning (1.4)).

A nursing intervention for medication adherence was developed in older adults with multimorbidity and polypharmacy. The explicitly description of the active components of the intervention (i.e., BCTs) is a starting point for the development of similar interventions. Future research should explore the acceptability of the intervention components with the main stakeholders: nurses and older adults with polypharmacy.

Keywords: medication adherence, nursing intervention, transition hospital-home, older adults, behaviour change

Lista de abreviaturas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AIVD	Atividades instrumentais de vida diária
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical Code</i>
AVD	Atividades de vida diária
BCT	Behaviour Change Techniques (Técnicas de mudança de comportamento)
BCW	Behaviour Change Wheel
BMQ	<i>Beliefs about Medicines Questionnaire</i>
CHL	Centro Hospitalar de Lisboa
CNPD	Comissão Nacional de Proteção de Dados
COM-B	Capacidade, Oportunidade, Motivação, Comportamento (Behaviour)
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSS	Cuidados de Saúde Secundários
CTI	<i>Care Transitions Intervention</i>
DGS	Direção-Geral de Saúde
DP	Desvio Padrão
ECA	Enzima de conversão da angiotensina
EGA	Equipa de Gestão de Altas
FI	Funções de intervenção
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
GRAMMS	<i>Good Reporting of A Mixed Methods Study</i>
ICFT	Índice de Complexidade de Farmacoterapia
KW	Teste de Kruskal-Wallis
M	Média
MAT	Medida de Adesão ao Tratamento

MEMS	<i>Medication Event Monitoring System</i>
MNA	<i>Mini Nutritional Assessment</i>
MRC	<i>Medical Research Council</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
NUTS	Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	<i>Odds ratio</i>
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TCM	<i>Transitional Care Model</i>
TDF	<i>Theoretical Domains Framework</i>
UCC	Unidades de Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados
UE-28	28 estados membros da União Europeia
ULS	Unidades Locais de Saúde
UMI	Unidade de Medicina Interna
URAP	Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade de Saúde Familiar
USP	Unidades de Saúde Pública
WIDER	<i>Workgroup for Intervention Development and Evaluation Research</i>

Índice

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO	15
1.1 Envelhecimento demográfico	15
1.1.1 Multimorbilidade e polimedicação nas pessoas idosas	18
1.2 A transição hospital-casa	23
1.2.1 A transição como fenómeno central na enfermagem	25
1.2.2 Impacto das intervenções na transição de cuidados	27
1.2.3 A gestão da medicação na transição hospital-casa	31
1.3 A adesão aos medicamentos	35
1.3.1 A adesão aos medicamentos na pessoa idosa	39
1.3.2 Determinantes de adesão	41
1.3.3 Desafios na investigação de intervenções de adesão	43
1.4 A mudança de comportamento	47
1.4.1 Teorias e modelos de mudança comportamental	48
1.4.2 Enquadramento teórico de mudança comportamental	53
1.5 Objetivos da presente investigação	59

CAPÍTULO II

MÉTODOS	60
2.1 Desenho da investigação	60
2.1.1 Contexto	68
2.2 Estudo A: transversal	71
2.2.1 Amostragem	71
2.2.2 Procedimentos de recolha de dados	72
2.2.3 Instrumentos de recolha de dados	73
2.2.4 Tratamento e análise de dados	81
2.3 Estudo B: qualitativo	83
2.3.1 Amostragem	83
2.3.2 Procedimentos de recolha de dados	85
2.3.3 Instrumento de recolha de dados	86
2.3.4 Tratamento e análise de dados	87

2.4 Processo de definição das técnicas de mudança de comportamento	91
2.4.1 Etapa 1: Compreender o comportamento	92
2.4.2 Etapa 2: Identificação das opções da intervenção	93
2.4.3 Etapa 3: Identificação do conteúdo e opções de implementação	95

2.5 Considerações éticas	97
---------------------------------	-----------

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO	99
-------------------------------	-----------

3.1 Estudo A: transversal	99
----------------------------------	-----------

3.1.1 Caracterização da amostra	99
3.1.2 Avaliação multidimensional das pessoas idosas	103
3.1.3 A gestão do regime medicamentoso	107
3.1.5 Conhecimento, crenças e adesão à medicação na perspetiva do cuidador	123
3.1.6 Discussão	125

3.2 Estudo B: qualitativo	134
----------------------------------	------------

3.2.1 Caracterização da amostra	134
3.2.2 Identificação dos determinantes de adesão aos medicamentos	136
3.2.3 Discussão	160

3.3 Processo de definição das técnicas de mudança de comportamento	167
---	------------

3.3.1 Etapa 1: Compreender o comportamento	167
3.3.2 Etapa 2: Identificação das opções da intervenção	170
3.3.3 Etapa 3: Identificação do conteúdo e opções de implementação	175
3.3.4 Discussão	193

CAPÍTULO IV

CONCLUSÃO	200
------------------	------------

Implicações para a prática, ensino e investigação	201
--	------------

Investigação futura	204
----------------------------	------------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	206
-----------------------------------	------------

APÊNDICES	251
Apêndice A	
Instrumentos de recolha de dados	252
Apêndice B	
Informação para a obtenção de consentimento esclarecido para participação em estudos de investigação	275
Apêndice C	
Guião da entrevista semiestruturada	277
Apêndice D	
Tradução, adaptação e validação da Taxonomia de Técnicas de Mudança de Comportamento (BCTTV1)	280
Apêndice E	
Modelo de regressão logística	290
Apêndice F	
Determinantes (i.e., barreiras) incluídos para o desenvolvimento da intervenção	298
Apêndice G	
Aplicação do critério APEASE por componente da COM-B para determinar as FI	299
ANEXOS	302
Anexo A	
Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) para a realização da investigação	303
Anexo B	
Autorização dos autores para utilizar os instrumentos de recolha de dados	305

Índice de Figuras

Figura 1: Pirâmide da população, projeção 2018 e 2100	16
Figura 2: Projeção da população com 65 ou mais anos em Portugal	17
Figura 3: As cinco dimensões da adesão	42
Figura 4: Modelo COM-B adaptado	54
Figura 5: Enquadramento do MRC para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas	61
Figura 6: Panorâmica do desenho da investigação com a integração do enquadramento MRC para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas e a BCW	63
Figura 7: Tratamento e análise de dados qualitativos	89
Figura 8: Seleção das técnicas de mudança de comportamento (BCTs)	96
Figura 9: Fluxograma do processo de seleção dos participantes	100
Figura 10: Distribuição das pessoas idosas segundo a classe de idades e o sexo	101
Figura 11: Distribuição das pessoas idosas por habilitações literárias	102
Figura 12: Distribuição dos idosos segundo o nível de autonomia e classe etária	104
Figura 13: Distribuição das pessoas idosas por número de medicamentos	108
Figura 14: Distribuição dos medicamentos segundo o código ATC de primeiro nível	109
Figura 15: Dispersão das pontuações do ICF	112
Figura 16: Análise atitudinal do Questionário das Crenças sobre os Medicamentos	113
Figura 17: Distribuição dos idosos segundo o nível de adesão	120
Figura 18: Determinantes (barreiras/facilitadores) do comportamento de adesão das pessoas idosas que resultaram do estudo A e B, de acordo com a análise COM-B	168

Índice de Tabelas

Tabela 1: Métodos de mensuração da adesão aos medicamentos	37
Tabela 2: Exemplos de teorias e modelos explicativos do comportamento	50
Tabela 3: Funções das intervenções e definição	56
Tabela 4: Visão do pragmatismo	65
Tabela 5: Critérios de inclusão e exclusão dos participantes	72
Tabela 6: Variáveis referentes à caracterização sociodemográfica das pessoas idosas	75
Tabela 7: Classificação do nível de dependência nas AIVD	79
Tabela 8: Critérios de elegibilidade para o estudo qualitativo	84
Tabela 9: Relação entre os componentes do modelo COM-B e as funções de intervenção	93
Tabela 10: Critério APEASE para desenhar e avaliar intervenções	94
Tabela 11: Caracterização sociodemográfica dos participantes	101
Tabela 12: Distribuição das pessoas idosas de acordo com o estado cognitivo	103
Tabela 13: Distribuição dos idosos por nível de dependência nas AVD	103
Tabela 14: Distribuição dos participantes por nível de autonomia nas AIVD e sexo	105
Tabela 15: Distribuição dos idosos segundo o estado nutricional	105
Tabela 16: Prevalência de doenças crónicas diagnosticadas	106
Tabela 17: Valores da média de depressão em mulheres e homens	107
Tabela 18: Distribuição dos medicamentos no grupo sistema cardiovascular	109
Tabela 19: Distribuição dos medicamentos por classificação ATC de terceiro nível	110
Tabela 20: Índice de complexidade da farmacoterapia por secções	111
Tabela 21: Resultados das subescalas do BMQ-Específico	113
Tabela 22: Distribuição dos participantes pelos domínios da subescala <i>necessidade</i>	114
Tabela 23: Distribuição dos participantes pelos domínios da subescala <i>preocupações</i>	115

Tabela 24: Distribuição dos participantes pelo tipo de apoio necessário na gestão da medicação	116
Tabela 25: Determinantes da adesão	118
Tabela 26: Distribuição dos idosos por determinantes do comportamento de adesão à medicação	118
Tabela 27: Causas de não adesão	120
Tabela 28: Correlação entre adesão aos medicamentos e variáveis preditoras	121
Tabela 29: Resultados do modelo de regressão linear preditivo da adesão aos medicamentos	122
Tabela 30: Resultados das subescalas do BMQ-Específico	123
Tabela 31: Correlação entre as crenças sobre os medicamentos e outras variáveis	124
Tabela 32: Comparação entre os cuidadores e os idosos	124
Tabela 33: Caracterização das pessoas idosas com cuidador	134
Tabela 34: Caracterização dos idosos entrevistados	135
Tabela 35: Determinantes (barreiras e facilitadores) do comportamento de adesão das pessoas idosas identificados em cada componente da COM-B e citações ilustrativas	137
Tabela 36: Determinantes de adesão à medicação excluídos	169
Tabela 37: Aplicação do critério APEASE para a seleção das funções de intervenção	171
Tabela 38: Funções de intervenção selecionadas e relação com os componentes COM-B resultantes da análise comportamental	174
Tabela 39: Seleção das potenciais BCTs de acordo com as barreiras de adesão no componente Capacidade	176
Tabela 40: Seleção das potenciais BCTs de acordo com as barreiras de adesão no componente Oportunidade	178

Tabela 41: Seleção das potenciais BCTs de acordo com as barreiras de adesão no componente Motivação	180
Tabela 42: Lista de BCT incluídas e excluídas de acordo com o critério APEASE	183
Tabela 43: Conteúdo recomendado das BCTs	187
Tabela 44: Conteúdo das BCTs de acordo com os respetivos determinantes no componente Capacidade	189
Tabela 45: Conteúdo das BCTs de acordo com os respetivos determinantes no componente Oportunidade	190
Tabela 46: Conteúdo das BCTs de acordo com os respetivos determinantes no componente Motivação	192

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO

1.1 Envelhecimento demográfico

De acordo com dados da *World Population Prospects*: a revisão de 2019 (United Nations, 2019), o número de pessoas idosas - com 65 ou mais anos - aumentou substancialmente nos últimos anos na maioria dos países e regiões do mundo. Em 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%) contrastando com dados que revelam que, em 2019, uma pessoa em cada onze (9%) se inclui acima deste limite de idade. A Europa é um dos continentes que tinha a população mais envelhecida em 2019, com 18% de pessoas com 65 ou mais anos.

Também se prevê que o número de pessoas com 80 ou mais anos triplique de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050. Em 1990, existiam apenas 54 milhões de pessoas com 80 ou mais anos no mundo, contrastando atualmente com 143 milhões de pessoas incluídas nesta faixa etária. Constata-se também que o número de pessoas acima dos 80 anos está a crescer ainda mais rápido que o número acima dos 65 anos (United Nations, 2019).

O envelhecimento demográfico da população é uma tendência há várias décadas na Europa. Esta tendência é visível nas transformações da estrutura etária da população, refletindo-se numa parcela crescente de idosos e no decréscimo das pessoas em idade ativa. Este fenómeno demográfico é resultado do declínio da taxa de natalidade e do aumento da esperança de vida, provocando o estreitamento da base da pirâmide de idades e um alargamento do seu topo.

As recentes projeções demográficas do Eurostat (2019), que cobrem um período entre 2018 (ano base das projeções) e 2100, mostram que a população dos 28 estados membros da União Europeia (UE-28) continuará a envelhecer e a maior taxa de crescimento é esperada no grupo populacional dos idosos. As pessoas idosas – 65 ou mais anos – representarão 31.3% da população da UE-28 em 2100, em comparação com 19.8% em 2018. Consequentemente, em

2100, a pirâmide terá uma representação diferente, estreitando-se consideravelmente no meio, como exibe a Figura 1. Os contornos sem preenchimento desta figura mostram a distribuição da população atualmente. A amarelo estão representadas as mulheres e a azul os homens.

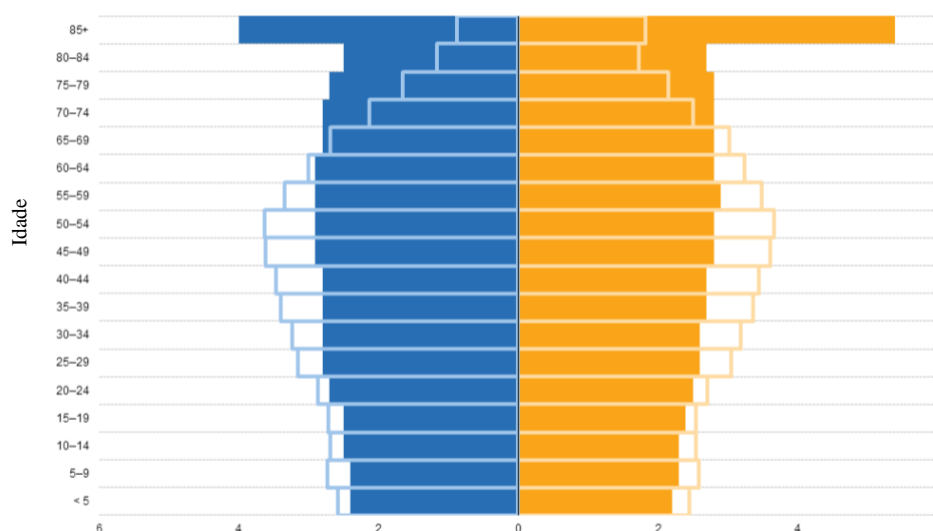


Figura 1: Pirâmide da população, projeção 2018 e 2100 (% total da população)

Adaptado: Eurostat (2019b)

Como resultado desta alteração demográfica, o índice de dependência de idosos (razão entre o número de pessoas com 65 anos ou mais e o número de pessoas com idade entre 15 e 64; expresso por 100 pessoas) é estimado em 57.3% em 2100, notando-se um aumento quando comparado com a percentagem de 30.5% assumida em 2018, nos 28 estados membros da União Europeia (Eurostat, 2019b).

Também outro aspeto relevante na Europa é o envelhecimento progressivo da própria população idosa, uma vez que a importância relativa das pessoas idosas está a crescer a um ritmo mais rápido do que qualquer outro segmento etário da população da União Europeia. Prevê-se que a percentagem de pessoas com 80 anos ou mais na população da UE-28 aumente duas vezes e meia entre 2018 e 2100, de 5.6% para 14.6% (Eurostat, 2019b).

Em Portugal, a estrutura etária da população é sobreponível à realidade europeia. Os dados mais recentes referem-se a 2018; verificou-se que a proporção de idosos era de 21.8%. Esta distribuição concorreu para um índice de envelhecimento de 159.4 pessoas idosas por cada

100 jovens, o que significa um acréscimo de 4.0 pontos percentuais relativamente a 2017 (INE, 2019). Também o índice de dependência de idosos tem vindo a aumentar nos últimos anos e é semelhante à tendência reportada no contexto europeu com um valor de 33.3% em 2018.

A Figura 2 representa a projeção probabilística fornecida pela *World Population Prospects: 2019* (United Nations, 2019) da percentagem de pessoas com 65 ou mais anos nas próximas décadas (2020-2100) em Portugal, demonstrando um crescimento linear deste grupo populacional até 2050. Assim, a população mais idosa, com 65 ou mais anos de idade, poderá ser de 2.8 milhões de pessoas em 2080 em Portugal (Instituto Nacional de Estatística, 2018).

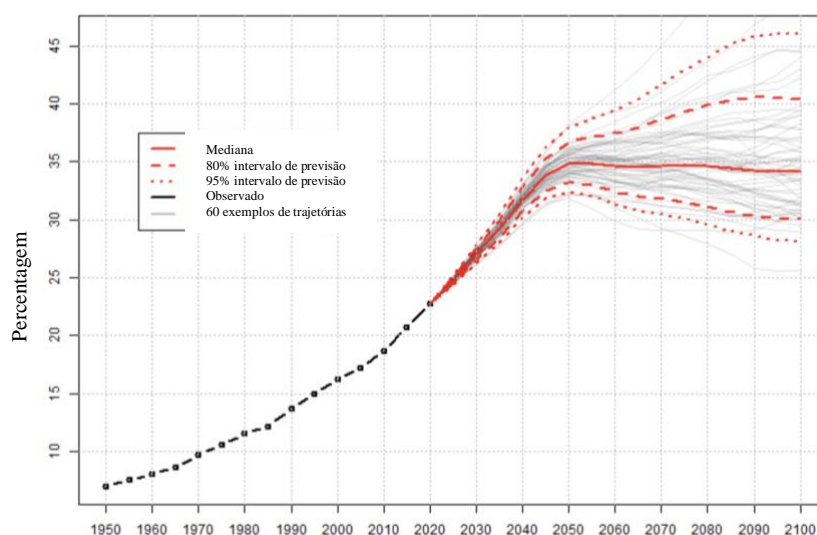


Figura 2: Projeção da população com 65 ou mais anos em Portugal (%)

Adaptado: United Nations (2019)

Outro aspeto relevante é a proporção de pessoas com 80 ou mais anos de idade. Portugal era o terceiro país do conjunto dos 28 países da União Europeia com o maior número de pessoas (6.3%) incluídas neste grupo populacional em 2018, apenas ultrapassado pela Itália e Grécia (Eurostat, 2019a).

Entre os fatores referidos para explicar este fenómeno está a longevidade da população. A esperança de vida ao nascimento tem vindo a aumentar progressivamente. Em Portugal, esta era de 81.6 anos em 2017 comparativamente com 80.9 anos no mesmo período, na EU-28. A tendência é a subida deste indicador; estima-se que em 2030 a esperança de vida ao

nascimento seja de 86.2 e 80.4 anos para as mulheres e homens, respetivamente (Eurostat, 2019a).

Também a esperança de vida aos 65 anos atingiu os 20.4 anos em 2017, na análise conjunta para o sexo feminino e masculino. Um homem de 65 anos poderia esperar viver outros 18.58 anos e no caso de uma mulher com 65 anos, mais 22.1 anos, o que representa um ganho de 1.5 e 1.7 anos, respetivamente, nos últimos dez anos (Eurostat, 2019a). De acordo com as projeções do Eurostat, é mantida a tendência crescente da esperança de vida aos 65 anos em (Eurostat, 2019a), o que significa que as pessoas idosas potencialmente irão viver mais tempo. Em Portugal, estima-se que a esperança de vida aos 65 anos aumente, somando mais 6 anos para os homens e 5.4 anos para as mulheres no ano de 2080, num período de projeções entre 2018-2100 (Eurostat, 2019a).

1.1.1 Multimorbilidade e polimedicação nas pessoas idosas

Com a pressão económica crescente, os serviços de saúde terão que se adaptar para atender às complexas necessidades de cuidados da população envelhecida. O processo de envelhecimento é naturalmente uma realidade biológica, psicológica e social, com composições específicas em cada sociedade. Progressivamente, são despoletadas inúmeras alterações fisiológicas com comprometimento de funções corporais, resultando no aumento da vulnerabilidade a desafios ambientais e no crescente risco de doenças e morte. Tal ainda é acompanhado por mudanças psicossociais como perda de funcionalidade cognitiva e alterações do papel na sociedade (World Health Organization, 2015). Estas alterações estão ligadas ao aparecimento de condições de saúde crónicas e potencialmente à redução do bem-estar (Suzman, Beard, Boerma, & Chatterji, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza 60 anos para descrever as pessoas mais velhas com o propósito de comparabilidade entre os países desenvolvidos e em desenvolvimentos (World Health Organization, 2017). Na presente investigação, a pessoa idosa é considerada com idade igual ou superior a 65 anos, sendo a definição adotada pela Direção Geral da Saúde, em Portugal (Direção-Geral da Saúde, 2006; Direção-Geral de Saúde, 2017). Porém, os investigadores têm identificado subgrupos de pessoas idosas, face às variações no estado de saúde, participação e níveis de independência. É assim proposta a definição de grande idoso para a faixa etária a partir de 80 anos, carateristicamente mais

vulnerável e com necessidades complexas de cuidados (World Health Organization, 2002, 2015).

Segundo dados da OMS referentes a 2000-2016 (2018), as principais causas de incapacidade e morte nas pessoas com mais de 60 anos são imputadas às doenças crónicas, incluindo patologia cardiovascular, acidente vascular cerebral, distúrbios respiratórios, neoplasias e demência; este cenário é transversal a Portugal (World Health Organization, 2018a). Fruto da longevidade, estas condições são responsáveis pelas pessoas (com mais de 60 anos) viverem mais anos com incapacidade, acarretando um fardo substancial para os sistemas de saúde. Estes dados identificam ainda outras causas com impacto semelhante neste grupo populacional como deficiências sensoriais, doença pulmonar obstrutiva crónica, distúrbios depressivos, quedas, diabetes e osteoartrite (World Health Organization, 2018a).

A maioria das condições de saúde descritas são definidas como doenças crónicas porque se caracterizam por terem causalidade complexa, duração prolongada e têm geralmente progressão lenta, podendo acarretar outras complicações de saúde; podem ser controladas com medicamentos como parte de um plano mais abrangente de gestão da doença. Resultam da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (World Health Organization, 2018b). Estas são responsáveis por cerca de 41 milhões de mortes por ano, equivalente a 71% de todas as mortes no mundo (World Health Organization, 2018a). Atualmente, a OMS também utiliza o termo doenças não transmissíveis (World Health Organization, 2018b).

Com a progressão da idade, é comum e mais provável que as pessoas desenvolvam várias doenças crónicas e estas se manifestem em simultâneo. Multimorbilidade é o termo que descreve as pessoas que apresentam duas ou mais doenças crónicas, não se atribuindo ênfase a nenhuma condição (Barnett et al., 2012; National Guideline Centre, 2016). Esta atinge aproximadamente 37% dos indivíduos com 65 ou mais anos e a prevalência é ainda maior com o aumento da idade (OECD/European Union, 2020). Outros estudos apontam para uma prevalência de multimorbilidade ainda mais acentuada, atingido 65% e 81.5% na faixa etária entre os 65-84 anos e a partir dos 85 anos, respetivamente (Barnett et al., 2012; Nunes, Flores, Mielke, Thumé, & Facchini, 2016). Assim, a prevalência de multimorbilidade aumenta acentuadamente com a idade; a maioria das pessoas com mais de 65 anos manifesta duas ou mais condições e a maioria das pessoas com mais de 75 anos possuem três ou mais (Barnett et al., 2012). Em Portugal, o relatório *Health at a Glance* aponta para uma

prevalência de 27% de multimorbilidade nas pessoas com 65 ou mais anos (OECD/European Union, 2020).

Consequentemente, o impacto da multimorbilidade no funcionamento, qualidade de vida e risco de mortalidade pode ser significativamente maior que a soma dos efeitos individuais que podem ser esperados dessas condições (Barnett et al., 2012; Gallacher et al., 2014; Makovski, Schmitz, Zeegers, Stranges, & van den Akker, 2019; Nunes et al., 2016). Previsivelmente, a multimorbilidade também está associada a taxas mais altas de utilização de serviços de saúde e custos mais elevados (Barnett et al., 2012; Wang, Si, Cocker, Palmer, & Sanderson, 2018).

Outra consequência comum é a polimedicação nas pessoas idosas, que pode ser apropriada em termos das condições individuais a serem tratadas, mas potencia o risco de interações medicamentosas e eventos adversos (Guthrie, Payne, Alderson, McMurdo, & Mercer, 2012; Kim & Parish, 2017). A revisão de Masnoon, Shakib, Kalisch-Ellett e Caughey (2017) mostra que ainda não existe uma definição consensual de polimedicação. As definições comuns incluem limites numéricos como o consumo de pelo menos quatro ou cinco medicamentos regulares ou mais (Duerden, Avery, & Payne, 2013; Kim & Parish, 2017; Rankin et al., 2018).

Dois estudos retrospectivos destacam a importância da polimedicação no tratamento de pessoas idosas com multimorbilidade, desde que a prescrição se baseie na evidência e considere a condição clínica e interações medicamentosas (Appleton, Abel, & Payne, 2014; Payne, Abel, Avery, Mercer, & Roland, 2014). Num estudo retrospectivo com 180 815 adultos, Payne e colaboradores (2014) concluíram que as hospitalizações eram mais comuns em pessoas com múltiplos medicamentos, porém este risco variava de acordo com o número de condições de saúde crônicas; o risco de hospitalização diminuía em indivíduos com multimorbilidade e apenas níveis mais extremos de polimedicação (≥ 10) aumentavam esse risco.

Nesta perspectiva, a polimedicação ultrapassa a simples contagem de medicamentos prescritos e introduz a possibilidade de ser apropriada ou inapropriada (Hughes, Cadogan, Patton, & Ryan, 2016). No entanto, ainda não está consensualizada esta definição, utilizando-se a mais comum de quatro ou mais medicamentos prescritos, quando se refere polimedicação ao longo do presente trabalho (Masnoon et al., 2017; Rankin et al., 2018).

Vários estudos neste âmbito têm reportado um aumento da prevalência da polimedicação, incluindo resultados dos Estado Unidos da América (Kantor, Rehm, Haas, Chan, & Giovannucci, 2015) e Europa (Khezrian, McNeil, Murray, & Myint, 2020; Wastesson, Fastbom, & Johnell, 2016). Por exemplo, um estudo sueco com 4304 idosos (≥ 75 anos) descreve que a prevalência de polimedicação aumentou de 27% para 54% entre 1988 e 2001, registando 65% em 2006 (Craftman, Johnell, Fastbom, Westerbotn, & von Strauss, 2016). No trabalho *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (SHARE), a prevalência de polimedicação em 34 232 idosos foi avaliada num estudo transversal, usando uma estratégia harmonizada em 18 países e variou entre 26% e 40% (Midão, Giardini, Menditto, Kardas, & Costa, 2018). Portugal, Israel e República Checa foram os países com maior prevalência de polimedicação entre os idosos; Portugal apresentou uma prevalência de 36.9% (Midão et al., 2018).

O aumento mundial do fenómeno de polimedicação reflete que as pessoas mais velhas vivem mais tempo com condições de saúde crónicas, em parte devido aos tratamentos medicamentosos disponíveis e à melhor avaliação diagnóstica. Contudo, também conduzem a inúmeros problemas que requerem a ação de equipas multidisciplinares, incluindo enfermagem, para apoiar os idosos na gestão desta tipologia de regimes.

O aumento da polimedicação é impulsionado pelo uso de *guidelines* para o tratamento das doenças crónicas isoladamente e que não são adaptadas aos idosos com multimorbilidades (Muth & Glasziou, 2015). São necessárias orientações mais focadas nos desafios específicos do tratamento deste grupo populacional com várias doenças crónicas coexistentes (Farmer, Fenu, O'Flynn, & Guthrie, 2016; Tan et al., 2018; Wallace et al., 2015).

Portanto, as pessoas idosas com multimorbilidades e polimedizadas são especialmente vulneráveis e requerem cuidados de saúde complexos. Existem muitos desafios na gestão dos cuidados deste grupo populacional, exigindo uma abordagem holística, a fim de equilibrar as prioridades muitas vezes concorrentes de uma única doença crónica, a gestão de múltiplas condições de longo prazo e o bem-estar do idoso. Os sistemas de saúde precisam mudar radicalmente as estratégias e intervenções para enfrentar os desafios e a complexidade que a multimorbilidade apresenta, visando o aumento da adesão aos planos de cuidados, a redução da morbilidade e o aumento da qualidade de vida das pessoas idosas.

Atualmente, começam a emergir orientações que se focam nas necessidades das pessoas com multimorbilidades (Guthrie et al., 2017; National Guideline Centre, 2016). O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda que os profissionais de saúde

adotem os princípios dos cuidados centrados na pessoa com multimorbilidade, considerando os seus valores e prioridades na definição e continuidade do tratamento. É exigida uma abordagem multidimensional e multidisciplinar nos cuidados a esta população, evitando regimes de tratamentos onerosos e cuidados descoordenados e fragmentados. Os riscos e benefícios do tratamento, bem como as preferências das pessoas, devem ser cuidadosamente considerados ao tomar decisões sobre os regimes medicamentosos (National Guideline Centre, 2016).

Os resultados de saúde nas pessoas idosas com multimorbilidades e polimedicadas dependem também da forma como estas gerem a sua condição de saúde, incluindo o uso adequado dos medicamentos neste processo de autogestão.

Neste sentido, o suporte no autocuidado em pessoas com doenças crónicas tem sido apontado como uma estratégia crucial, em detrimento da abordagem paternalista dos profissionais de saúde (Muth et al., 2019; Poitras, Maltais, Bestard-Denommé, Stewart, & Fortin, 2018; Riegel et al., 2020). Esta é uma abordagem amplamente aceite para melhorar os resultados relacionados com a saúde, atender às necessidades das pessoas e diminuir os custos com a saúde (Zwerink et al., 2014). Refere-se à capacidade individual de gerir os sintomas, tratamento, consequências físicas e psicossociais e mudanças no estilo de vida inerentes à vida com uma condição de saúde crónica (Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002; Jaarsma et al., 2020; Riegel et al., 2020). Assim, o apoio dos profissionais de saúde no autocuidado visa equipar as pessoas com habilidades e competências essenciais para gerir a sua doença e adotar comportamentos saudáveis (Newman, Steed, & Mulligan, 2004; Riegel et al., 2020). Este inclui o suporte na autogestão do regime medicamentoso (Muth et al., 2019).

Para um suporte adequado no autocuidado, os enfermeiros devem atender às necessidades individuais dos idosos e apoiar a mudança de comportamento necessária. Requer que os enfermeiros se distanciem do paradigma tradicional de educação das pessoas sobre a sua condição de saúde e adaptem as suas habilidades de comunicação e técnicas de mudança comportamental (Elissen et al., 2013). O apoio no autocuidado das pessoas idosas com doenças crónicas é assim um foco de intervenção dos enfermeiros (International Council of Nurses, 2002; Royal College of Nursing, 2003).

1.2 A transição hospital-casa

Uma consequência do envelhecimento populacional é o crescente número de pessoas idosas com condições de saúde crônicas com impacto negativo nas atividades de vida diárias (AVDs) e que, previsivelmente, exigirão cuidados de saúde complexos prestados por múltiplos profissionais e em variados contextos.

Atualmente, os idosos com doenças crônicas precisam com frequência de cuidados que implicam a prestação em diferentes serviços de saúde. As necessidades desta população são muitas vezes complexas, exigindo a combinação de cuidados primários, de emergência e especializados (Abdi, Spann, Borilovic, de Witte, & Hawley, 2019; World Health Organization, 2015).

Num estudo de coorte retrospectivo com uma amostra de 1038 idosos, aproximadamente 20% das pessoas experienciaram transições complicadas e reinternamentos até um período de 30 dias após o regresso a casa (Bogaisky & Dezieck, 2015). Outro estudo com a mesma metodologia ($n = 11\ 855\ 702$) relatou um aumento de 34% dos reinternamentos após 90 dias (Jencks, Williams, & Coleman, 2009). A evidência científica indica ainda que as pessoas mais velhas têm maior probabilidade de serem readmitidas que indivíduos com idades inferiores a 65 anos, potenciando o risco de vulnerabilidade associado à transição de cuidados (Khera et al., 2017). Outros problemas na transição entre o hospital-casa e o seu impacto são o aumento da mortalidade, morbidade e eventos adversos, resposta inadequada e insuficiente das unidades de saúde de apoio e a insatisfação das pessoas idosas (World Health Organization, 2016).

No período de transição entre o hospital e casa, as pessoas idosas sentem-se vulneráveis, inseguras e sem suporte (Allen, Hutchinson, Brown, & Livingston, 2017; Hestevik, Molin, Debesay, Bergland, & Bye, 2019; Neiterman, Wodchis, & Bourgeault, 2015).

Em particular, a meta-síntese de Hestevik e colaboradores (2019), que inclui 13 estudos qualitativos de oito países numa amostra de 195 pessoas idosas, identifica a multiplicidade de fatores que contribuem para os problemas experienciados por estas quando regressam a casa após o internamento. Os autores destacam o sentimento de insegurança associado à transição e que está relacionado com a insuficiente informação sobre a situação de saúde, o tratamento e cuidados necessários, a incompreensão da informação transmitida, limitada comunicação entre os diferentes prestadores de cuidados, erros no tratamento e a

inexistência de reconciliação terapêutica. Estes fatores são também imputados ao modelo paternalista adotado pelos profissionais de saúde, que condiciona a relação com as pessoas idosas. Adicionalmente, são reportados problemas como a adaptação a uma nova realidade em casa, atribuídos à perda de independência, aos desafios inerentes à realização das atividades de vida diária e também ao insuficiente suporte nos cuidados face às necessidades (Hestevik et al., 2019).

A maioria dos incidentes e resultados adversos podem ser explicados pela insuficiente coordenação e continuidade de cuidados associados à transição entre o hospital e casa. São causados por informação documentada de forma incorreta ou incompleta, deficiente comunicação e processos de cuidados ineficientes (Caleres, Bondesson, Midlöv, & Modig, 2018; Coleman & Berenson, 2004; Kattel et al., 2020; Kripalani, LeFevre, et al., 2007; Van Walraven et al., 2010; Williams et al., 2015).

Assim, as pessoas idosas tornam-se particularmente vulneráveis a problemas e desafios na transição entre o hospital e casa (cuidados de saúde primários) e também a resultados adversos para a sua saúde, sendo os mais comuns os relacionados com a medicação (Coleman, Min, Chomiak, & Kramer, 2004; Forster, Murff, Peterson, Gandhi, & Bates, 2003; Meyer-Masseti, Meier, & Guglielmo, 2018; Neumiller et al., 2019; Schoonover, Corbett, Weeks, Willson, & Setter, 2014).

Para suplantar estes desafios, a investigação e a prática clínica têm direcionado o foco para os cuidados de transição. Não existe uma definição globalmente aceite para o conceito. A Organização Mundial de Saúde adotou a definição da Sociedade Americana de Geriatria (Dawda & Russel, 2016, p. 4) que explica os cuidados de transição como “um conjunto de ações desenhadas para garantir a coordenação e continuidade dos cuidados de saúde das pessoas que são transferidas entre diferentes contextos ou níveis de cuidados”. Estes têm como propósito central a otimização das práticas e a segurança das pessoas. Os contextos representativos são variados, podendo ser o hospital ou a casa dos indivíduos, entre outros. O presente trabalho foca-se na transição entre os cuidados de saúde secundários e os primários.

Os cuidados de transição podem ser considerados como parte dos cuidados integrados, que ocorrem durante uma maior duração (Briggs, Valentijn, Thiyagarajan, & Araujo De Carvalho, 2018) e também como parte dos programas de prevenção da rehospitalização em iniciativas de gestão da doença crónica a longo prazo. Embora exista uma relação entre estes

modelos, os cuidados de transição são considerados conceitualmente uma categoria distinta em termos de intervenções (Naylor, Aiken, Kurtzman, Olds, & Hirschman, 2011).

1.2.1 A transição como fenómeno central na enfermagem

De acordo com autores relevantes na área, existem elementos essenciais nos cuidados de transição de qualidade: educação na autogestão, planeamento da alta hospitalar, *follow-up* estruturado e coordenação entre diferentes profissionais de saúde (Coleman & Boulton, 2003; Naylor et al., 2011; Naylor & Keating, 2008). Caracterizam-se ainda pela sua importância para as pessoas com necessidades complexas, em particular os idosos.

Assim, para ajudar as pessoas idosas e famílias a lidar com a transição hospital-casa é fulcral compreender a definição, significado, condições e os resultados associados a este processo, contribuindo para o desenvolvimento de intervenções em saúde coerentes e potencialmente efetivas.

O conceito de transição é retratado por Schumacher e Meleis (1994) e é assumido como um fenómeno central da disciplina de enfermagem. De acordo com Chick e Meleis (1986), as transições entram no domínio da enfermagem quando se relacionam com a saúde ou doença ou quando a resposta a períodos de instabilidade se manifesta na saúde.

Assim, a transição é definida como uma passagem de uma fase de vida, condição ou *status* para outra e é um processo desencadeado por uma mudança nos indivíduos ou no ambiente em que estão inseridos. Caracteristicamente envolve elementos como o tempo e a perceção (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Schumacher, 2000), tal como o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades no sentido de encontrar um novo ponto de equilíbrio (Schumacher & Meleis, 1994).

As transições são dinâmicas e caracterizam-se por fases, marcos e pontos de viragem e podem ser definidas através de processos e/ou de resultados (Meleis, 2010). Estes marcadores de viragem requerem diferenças na gestão familiar, económica, de manutenção da saúde ou de gestão das atividades diárias (Meleis, 2010). Contudo, podem concorrer para estados de vulnerabilidade, descritos como situações em que fatores internos e externos podem conjugar-se de forma a dificultar a opção por estratégias de *coping* que facilitem o processo de transição, expondo o indivíduo a situações de risco, recuperação prolongada ou adaptação ineficaz (Meleis et al., 2000).

Portanto, diferentes eventos ou circunstâncias podem ser precursores destes processos: a hospitalização, a reforma, a institucionalização ou a manifestação de uma doença crónica. A transição hospital-casa pode ser assim entendida como um acontecimento da vida que provoca um estado de desequilíbrio, e que pode ser integrado no conceito definido por Meleis (2010). Sendo que a percepção de estado de desequilíbrio difere entre as pessoas pela consciência e características singulares de cada indivíduo. Tal, leva a que a percepção de transição e os resultados desta possam ser diferentes perante o mesmo acontecimento.

A experiência de hospitalização e, conseqüente regresso a casa, poderá ser entendido como uma transição na medida em que as transições podem ser consideradas, simultaneamente, um resultado de saúde e também o que resulta em mudanças de vida e/ou de saúde. Entende-se assim que as transições podem consistir no resultado de alterações e podem igualmente resultar em alterações como consequência do processo de adaptação (Meleis et al., 2000).

O conhecimento da experiência de mudança, que poderá estar associado à transição hospital-casa, sugere a importância da identificação deste processo e da intervenção da enfermagem na perspectiva de uma transição saudável.

Destaca-se também que os indivíduos podem experimentar múltiplas transições, surgindo estas de forma sequencial ou em simultâneo e ser apenas possível isolá-las conceitualmente. Deste modo, na Teoria de Transição (Im, 2014; Meleis, 2010) são identificadas propriedades comuns em diferentes experiências de transição e que devem ser consideradas perante o fenómeno em estudo. Estas incluem: a consciencialização do processo, podendo ser um fator determinante para o autocontrolo da situação e adesão ao tratamento no regresso a casa depois do internamento; o envolvimento, que se pode manifestar pela procura de apoio profissional, social ou económico e particularmente, pela disponibilidade para o autocuidado; a mudança e diferença, que se refere à modificação do comportamento face às exigências motivadas por este processo; o tempo de vida, que considera o fluxo e movimento através do tempo; e por fim, os pontos e acontecimentos críticos, que ocorrem ao longo do processo (Im, 2014; Meleis, 2010).

Naturalmente que nos processos de transição existem condições facilitadoras e inibidoras como fatores pessoais, incluindo as crenças e atitudes, e sociais. É fundamental a compreensão destes para adequar as estratégias de intervenção, de modo a superar os fatores que condicionam negativamente as transições e potenciar os favoráveis. Ilustrando, é amplamente conhecido que as crenças podem determinar o comportamento de adesão à medicação, podendo ser um fator facilitador ou inibidor. Pode ser importante a identificação

destas, em particular na transição entre o hospital-casa, que é reconhecida como um período em que é comum a adoção de um regime medicamentoso diferente (Harris, Sridharan, Landis, Howell, & Wright, 2013; Krause et al., 2019; Mansur, Weiss, Hoffman, Gruenewald, & Beloosesky, 2008; Weir et al., 2019). A natureza do contexto ou ambiente, que pode despoletar a transição, medeia ainda o próprio processo, constituindo-se também como um fator facilitador ou inibidor. Na transição hospital-casa um exemplo de um ambiente facilitador será um que dê prioridade à comunicação com os profissionais dos cuidados de saúde primários.

Concluindo, a Teoria de Transição permite o entendimento da complexidade da experiência de transição entre o hospital e casa, em pessoas mais velhas e também das suas famílias e sistemas de apoio (Im, 2011). Faculta uma abordagem teórica para o desenvolvimento de terapêuticas de enfermagem que atendam às necessidades individuais dos idosos e facilitem a processo de transição, procurando a manutenção ou promoção da saúde (Meleis, 2010).

Como o envelhecimento é caracterizado por uma panóplia de mudanças na condição física e cognitiva e nos papéis dos idosos e das suas redes sociais, a Teoria de Transição é particularmente aplicável ao cuidado destes indivíduos. Por isso, as transições relacionadas com a idade precipitam, geralmente, a necessidade de cuidados de enfermagem às pessoas mais velhas (Schumacher, Jones, & Meleis, 1999).

As terapêuticas de enfermagem (ações ou intervenções de enfermagem) emergem assim como um caminho para a transição saudável, podendo ir desde o papel de suplementação, que consiste em fornecer informação para o desenvolvimento de novas competências até à construção de ambientes saudáveis facilitadores do processo. Consequentemente, é fundamental a identificação de indicadores de processo e de resultados das transições como o bem-estar subjetivo, a mestria e o bem-estar nas relações familiares e sociais (Im, 2014).

1.2.2 Impacto das intervenções na transição de cuidados

A literatura científica oferece relatos de evidência experimental sobre o impacto de intervenções na transição. Primeiro, o *Transitional Care Model* (TCM) foi projetado para melhorar os resultados em saúde dos idosos com multimorbilidades durante as transições de cuidados (Naylor & Keaying, 2008). Este modelo inclui uma avaliação compreensiva da pessoa idosa durante a hospitalização, o envolvimento ativo desta e da família e a

continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade (Enderlin et al., 2013; Rochester-Eyeguokan, Pincus, Patel, & Reitz, 2016). Pressupõe a liderança dos cuidados por enfermeiros de prática avançada, sendo o seu papel o seguinte: estabelecer e manter relações de confiança com as pessoas idosas e os seus cuidadores ou familiares durante os episódios de cuidados agudos; envolvê-los na conceção e implementação de planos de cuidados; avaliar e gerir os sintomas e riscos associados à condição de saúde crónica e à transição; prepará-los para o autocuidado; promover a comunicação e a colaboração com todos os profissionais envolvidos nos cuidados; e garantir a coordenação dos serviços de saúde e comunitários, visando a continuidade de cuidados (Hirschman, Shaid, McCauley, Pauly, & Naylor, 2015).

Um segundo modelo é designado de *Care Transitions Intervention* (CTI) (Coleman, Parry, Chalmers, & Min, 2006; Coleman, Smith, et al., 2004). Também tem o enfermeiro como figura central na promoção de um papel mais ativo das pessoas idosas e família na transição de cuidados (Coleman, Smith, et al., 2004). Está assente em quatro domínios teóricos derivados da perspetiva dos idosos e família sobre os fatores determinantes durante a transição de cuidados (Coleman et al., 2002): apoio na autogestão do regime medicamentoso; documentação centrada na pessoa e mantido pela própria para facilitar a transferência de informação entre os diferentes contextos; adequação do *follow-up* nos cuidados primários ou especializados; e por último, a listagem dos sinais de alerta indicativos de agravamento da condição de saúde e indicações sobre como atuar perante estes (Coleman et al., 2006; Rochester-Eyeguokan et al., 2016).

Ambos têm componentes de intervenção comuns como visitas domiciliárias, acompanhamento telefónico e ainda a definição de um plano de cuidados desde o início da hospitalização. No geral, as intervenções descritas na literatura têm apontado componentes semelhantes dos cuidados de transição (Coffey et al., 2017).

A literatura ilustra a efetividade das intervenções desenvolvidas no âmbito da transição do hospital para casa, nomeadamente destes modelos. Por exemplo, num estudo controlado aleatorizados com acompanhamento até 52 semanas após a alta hospitalar, o TCM reduziu de forma significativa as readmissões ($p = .047$) e aumentou o tempo da primeira readmissão ($p = .026$), além de reduzir o custo médio dos cuidados por indivíduo, numa população idosa com insuficiência cardíaca (Naylor et al., 2004). Em pessoas idosas com défice cognitivo, o TCM demonstrou menor taxa média de reinternamento por indivíduo quando comparado aos cuidados usuais ($p = .06$) (Naylor et al., 2014). Recentemente, quando comparado a

outras intervenções neste âmbito, o TCM mostrou reduzir tanto a quantidade de outros cuidados como o custo total dos cuidados aos idosos com problemas cognitivos (Pauly et al., 2018).

Em relação ao CTI, foi realizado um ensaio controlado aleatorizado com 750 pessoas idosas admitidas no hospital. Este revelou uma taxa de readmissão hospitalar no período de 30 dias inferior aquela que foi identificada em pessoas mais velhas que receberam os cuidados habituais (8.3% vs. 11.9%, $p = .048$; $OR\ 0.59$ [95% CI; 0.35-1.00]). Este decréscimo da taxa de readmissão após a alta hospitalar foi ainda observável aos 90 e 180 dias. Adicionalmente, os custos por indivíduo associados ao CTI foram menores que aqueles das pessoas do grupo de controlo (Coleman et al., 2006). Gardner e colegas (2014), num estudo *quasi*-experimental de coorte com idosos em seis hospitais nos Estados Unidos da América, avaliaram se o CTI estava associado à redução dos custos após a alta. Nos seis meses após a alta, as pessoas pertencentes ao grupo de intervenção ($n = 321$; $n_{controlo} = 919$) tiveram menor utilização dos serviços de saúde e menores custos médios totais de saúde.

Recentemente, Blum e colaboradores (2020) também avaliaram o custo-efetividade dos cuidados de transição em pessoas idosas com insuficiência cardíaca, a partir de intervenções descritas na literatura e utilizando um modelo de microssimulação analítica. Concluíram que estes são economicamente atrativos e que as visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros são a estratégia mais custo-efetiva, quando comparada com cuidados usais e outras. Os autores estimam que as visitas domiciliárias após a hospitalização aumentam em 0.24 anos de vida ajustados pela qualidade (QALYS), aumentam a sobrevida em aproximadamente quatro meses e diminuem o número de rehospitalizações na vida do idoso. Facchinetti e colaboradores (2020) também concluíram, numa meta-análise que incluiu 30 ensaios controlados aleatorizados, que a continuidade de cuidados, uma das dimensões das intervenções de transição, diminui a taxa de readmissão a curto prazo (um e três meses) nas pessoas idosas com doenças crónicas, que tiveram alta hospitalar.

A maioria dos estudos que avaliam a efetividade das intervenções no âmbito da transição de cuidados reportam como resultado os reinternamentos hospitalares. Uma revisão sistemática que procurou identificar a qualidade das intervenções de transição, aponta como limitação a utilização predominante dos reinternamentos como medida de resultado (Allen, Hutchinson, Brown, & Livingston, 2014). Outra limitação é que as revisões sistemáticas e meta-análises publicadas sobre as intervenções de cuidados de transição em população idosa focam-se numa condição crónica específica como a insuficiência cardíaca (Feltner et al., 2014;

Kitsiou, Paré, & Jaana, 2015) enquanto as pessoas mais velhas apresentam geralmente multimorbilidades.

Uma meta-análise recente procurou minimizar este hiato, determinando o impacto das intervenções na transição entre o hospital e casa em pessoas idosas com doenças crónicas (Le Berre, Maimon, Sourial, Guériton, & Vedel, 2017). Esta incluiu 92 estudos realizados predominantemente na Europa ($n = 38$) e América do Norte ($n = 32$), em que os participantes tinham idade média de 73.8 anos. Os autores concluíram que os cuidados de transição tinham impacto na redução da mortalidade, readmissões e número médio de dias passados em internamento no contexto de uma ou mais readmissões quando comparados com os cuidados usuais aos três, seis, 12 e 18 meses após a alta.

Também constataram que o risco de visitas à urgência hospitalar era menor no grupo de intervenção nos três meses após o regresso a casa. Para todas as medidas de resultado reportadas não foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de intervenção e de controlo a um mês (Le Berre et al., 2017).

É assim reconhecido o impacto dos cuidados de transição na redução do uso dos recursos de saúde, nomeadamente comunitários e de urgência, no decréscimo da mortalidade, no aumento da satisfação do doente e na melhoria dos resultados relacionados com a saúde (Coffey et al., 2017; Le Berre et al., 2017).

Como reportado, as intervenções têm componentes variados que podem incluir o domínio educacional, *follow-up* num período curto (uma semana) depois do regresso a casa, coordenação multidisciplinar, continuidade de cuidados com seguimento pelo mesmo profissional de saúde e maior acessibilidade aos profissionais através de linhas telefónicas, por exemplo. As intervenções também devem incluir um acompanhamento por seis meses, pelo menos (Le Berre et al., 2017). Portanto, a combinação de todos estes componentes caracteriza a natureza complexa das transições nas pessoas idosas com doenças crónicas. Um detalhe relevante é que estes componentes e, em particular, a sua combinação potenciam o desenvolvimento de competências de autogestão da doença crónica pelos indivíduos, uma vez que a educação e a monitorização pelos profissionais de saúde através de contactos telefónicos ou visitas domiciliárias estão presentes na maioria das intervenções com resultados positivos (Coffey et al., 2017; Le Berre et al., 2017). Sendo conhecido que a adequada autogestão da doença crónica pode resultar em maior adesão ao tratamento, incluindo à terapêutica medicamentosa.

Estes resultados suportam o importante papel da enfermagem nas intervenções de transição entre o hospital-casa. As intervenções que fortaleçam os mecanismos para transições efetivas de cuidados precisam ser desenvolvidas e implementadas. Porém, a readaptação ou redefinição das intervenções às características dos contextos de cuidados e às necessidades e preferências das pessoas idosas deve ser uma condição.

1.2.3 A gestão da medicação na transição hospital-casa

A investigação mostra que a transição entre o hospital e casa é um período crítico para a segurança das pessoas, podendo resultar em problemas relacionados com a medicação depois da alta (Colavecchia, Putney, Johnson, & Aparasu, 2017; Schoonover et al., 2014; Viktil et al., 2012). Os problemas relacionados com a medicação são eventos ou circunstância relacionados com a terapêutica medicamentosa que efetiva ou potencialmente interferem com os resultados de saúde desejáveis. Estes incluem prescrição inadequada, interações medicamentosas, reações adversas, administração incorreta e não adesão ao regime medicamentoso (Meyer-Masseti et al., 2018; Pharmaceutical Care Network Europe, 2006).

Estes ocorrem frequentemente entre pessoas idosas polimedicadas, residentes em casa e estão associados ao aumento do risco de hospitalização, morbidade e mortalidade (Ensing, Koster, Dubero, van Dooren, & Bouvy, 2018). A prevalência dos problemas relacionados com a medicação após a alta hospitalar variam entre 14 a 49%, segundo uma revisão sistemática da literatura (Garcia-Caballo, Ramos-Diaz, Jimenez-Moleon, & Bueno-Cavanillas, 2010). Outra revisão sistemática que procurou a prevalência das readmissões hospitalares e daquelas que eram preveníveis, relatou que uma média de 20% das readmissões hospitalares foram justificadas com problemas relacionados com a medicação, das quais 69% eram possíveis de prevenir (El Morabet et al., 2018).

Reconhecendo a escala deste problema, a OMS lançou o *Global Patient Safety Challenge: Medication Without Harm* em 2017, com o objetivo de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados com medicamentos nos cinco anos seguintes (World Health Organization, 2019). De acordo com esta diretiva, são priorizadas três áreas de ação para maximizar os benefícios da medicação e que se relacionam estreitamente com o sistema e organizações de saúde: segurança dos medicamentos em situações de elevado risco, na polimedicação e na transição de cuidados. Muitos dos problemas identificados no relatório

técnico da OMS estão associados a processos de cuidados disfuncionais ou inexistentes nas organizações (World Health Organization, 2019). Assim, é necessário redesenhar ações e intervenções que permitam garantir a segurança dos indivíduos durante o período de transição.

Acrescentando aos processos de cuidados ineficazes, existem outras razões que potenciam os problemas relacionados com a medicação na transição hospital-casa. Geralmente, este período está associado a alterações do regime medicamentoso (Harris et al., 2013; Mansur, Weiss, & Beloosesky, 2008; Weir et al., 2019). Um estudo prospetivo numa coorte de 2655 idosos admitidos nos hospitais de Montreal destacou que os indivíduos usavam em média 5.8 medicamentos na admissão e foram prescritos 7.9 medicamentos na alta; 4.4 foi a média de alterações realizadas aos medicamentos prescritos entre a admissão e a alta (Weir et al., 2019).

Comummente, as pessoas idosas sofrem alterações na dosagem e medicamentos prescritos durante o internamento (Harris et al., 2013; Weir et al., 2019) e durante os primeiros meses após a alta hospitalar devido a multimorbilidades e necessidade de estabilização da doença crónica (Krause et al., 2019; Mansur, Weiss, Hoffman, et al., 2008). Tais alterações podem diminuir a capacidade de gestão e a adesão aos medicamentos (Chan, Wong, So, Kung, & Wong, 2013).

Durante a hospitalização, os profissionais de saúde são responsáveis pela gestão diária da medicação, enquanto se espera que os indivíduos consigam fazê-lo autonomamente após a alta, sendo que muitas vezes as orientações são limitadas (Knight, Thompson, Mathie, & Dickinson, 2011; Pileggi, Caligiuri, Nobile, & Pavia, 2018). Num estudo qualitativo com 530 adultos, cerca de um terço dos indivíduos não receberam informações sobre os medicamentos prescritos aquando da alta hospitalar (Pileggi et al., 2018).

Por outro lado, as pessoas também podem voltar a tomar medicamentos que foram descontinuados durante a hospitalização, falham o início do tratamento prescrito ou tomam doses incorretas (Fallis, Dhalla, Klemensberg, & Bell, 2013; Mitchell, Chong, & Lim, 2016). Num estudo retrospectivo ($n = 232$), Fallis e colaboradores (2013) concluíram que 28% dos idosos com alta hospitalar eram não aderentes aos medicamentos na fase de iniciação.

Outro exemplo, se as instruções sobre a alteração da prescrição forem fornecidas, habitualmente estas são transmitidas no momento da alta hospitalar. Porém, é um período em que várias atividades concorrentes acontecem e a pessoa idosa está sobrecarregada com

informação e ansiosa, o que pode reduzir a qualidade da experiência e a que preste menos atenção às indicações (Daliri et al., 2019; Manias & Hughes, 2015).

Por vezes, a informação oral e escrita não é ajustada à literacia dos indivíduos ou às suas necessidades (Eibergen, Janssen, Blom, & Karapinar-Çarkit, 2018). Consequentemente, a maioria dos idosos tem dificuldade em implementar as alterações do regime medicamentoso nas suas vidas diárias (Foulon et al., 2018). Finalmente, os profissionais dos cuidados de saúde primários têm informação insuficiente sobre os motivos das alterações do regime medicamentoso e, portanto, têm dificuldade em monitorizá-lo. Este facto é apontado numa revisão sistemática da literatura que avaliou a qualidade da informação transferida entre os cuidados de saúde secundários e primários, incluindo estudos observacionais ($n = 7$) e estudos controlados ($n = 12$). Os autores concluíram que a informação sobre a medicação prescrita era limitada na maioria dos estudos (Kattel et al., 2020).

Face ao exposto, as pessoas idosas estão particularmente em risco de não adesão e a problemas relacionados com a medicação na transição hospital-casa, podendo contribuir para processos ineficientes de autogestão do regime medicamentoso.

Esta panóplia de fatores cria novas exigências de autocuidado, onde se inclui o domínio da gestão dos medicamentos pelo idoso. Apesar da capacidade adaptativa do ser humano às mudanças que se desenvolvem dentro de si e no ambiente, surgem situações que excedem a capacidade da pessoa se autocuidar e torna-se necessário apoio familiar, social ou profissional (Orem, 2001). Este suporte pode ser sugerido ou antecipados pelos enfermeiros. Orem (2001) define o autocuidado como uma função reguladora que os indivíduos desempenham para manter a vida, o funcionamento saudável e o bem-estar, atendendo aos seus requisitos de saúde.

As práticas de autocuidado são aprendidas, deliberadas e desenvolvidas ao longo do tempo, à medida que os indivíduos se desenvolvem física e psicologicamente e interagem com o ambiente. Práticas específicas de autocuidado são direcionadas para manter a integridade estrutural e funcional, promover o autodesenvolvimento, superar as situações de desenvolvimento da vida e envolver-se em cuidados relacionados com a doença (Orem, 2001). Na transição hospital-casa e na presença de condições de saúde crónicas, as práticas de autocuidado dos idosos incluem ações específicas necessárias à autogestão do regime medicamentoso prescrito.

Contudo, este é um período que pode conduzir ao déficit de autocuidado, designadamente na autogestão dos medicamentos pela pessoa idosa, porque existem mudanças no estado de saúde e provocadas pelo ambiente que acrescem a necessidade de ação para evitar problemas adicionais ou para controlar ou superar os efeitos dos desvios de saúde existentes (Orem, 2001).

Segundo a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado (Orem, 2001), o conceito de déficit de autocuidado refere-se à relação entre a ação deliberada (*self-care agency*), definida como a capacidade do indivíduo se envolver em práticas de autocuidado para atender aos requisitos de saúde, e as exigências de autocuidado, determinadas como as ações necessárias para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. As exigências do autocuidado devem estar equilibradas com as capacidades dos indivíduos (i.e., motivação, conhecimento e habilidades), havendo necessidade de intervenção do enfermeiro ou outro profissional de saúde quando tal não acontece.

Nesta perspetiva, o enfermeiro é responsável por avaliar a capacidade do idoso para responder às ações necessárias inerentes aos desvios de saúde; na presença de um déficit de autocuidado, o enfermeiro direciona a sua intervenção para compensar, superar ou apoiar as limitações de saúde conhecidas ou emergentes das pessoas (Orem, 2001).

Orem propõe três tipos de prática de enfermagem que são: sistema totalmente compensatório quando o enfermeiro substitui o indivíduo no autocuidado; sistema parcialmente compensatório, quando a pessoa apenas precisa de ajuda naquilo que não é capaz de realizar por si só; e apoio-educativo, quando a pessoa é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite do enfermeiro para o ensinar e supervisionar a realização das ações (Orem, 2001).

Deste modo, o desenvolvimento das intervenções de enfermagem na autogestão dos medicamentos na transição hospital-casa deve considerar as premissas da Teoria proposta por Orem (2001). Esta teoria oferece uma linha orientadora na presente investigação.

1.3 A adesão aos medicamentos

A adesão aos medicamentos tem sido uma área de grande interesse para profissionais de saúde, acadêmicos e decisores políticos. São várias as disciplinas que têm contribuído para o desenvolvimento da pesquisa neste âmbito. Uma das consequências são as definições conceituais dos termos utilizados no estudo deste fenômeno, tornando desafiante este campo de investigação e gerando limitações metodológicas e operacionais (Vrijens et al., 2012).

O espectro dos termos empregues varia entre *compliance*, *adherence* e *concordance*, sendo utilizados de forma intercambiável. Contudo, existem diferenças notáveis entre os diferentes termos e estes impõem visões distintas sobre a relação entre a pessoa e o profissional de saúde (De las Cuevas, 2011; Horne, Weinman, Barber, Elliott, & Morgan, 2005). Os conceitos *compliance* e *concordance* estão em declínio porque o primeiro espelha obediência e o papel passivo da pessoa, a quem é imputada a responsabilidade do incumprimento da prescrição (Segal, 2007; Horne et al., 2005). O segundo não descreve o comportamento da pessoa, concentrando-se na resolução de problemas (De las Cuevas, 2011; Snowden, Martin, Mathers, & Donnell, 2013).

Atualmente, adesão é o termo preferencial e será usado no presente trabalho para descrever o processo de tomar (ou usar) medicamentos (Nieuwlaat et al., 2014). A adesão é um comportamento complexo definido pela OMS como o “grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, em relação à toma de medicamentos, ao cumprimento da dieta e alterações de hábitos ou estilos de vida, corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde” (Sabaté, 2003, p.4).

Vrijens e colaboradores (2012) realizaram um exercício de consenso com 40 participantes, incluindo investigadores e profissionais de saúde de 13 países diferentes que procuraram clarificar o conceito de adesão. Culminou na definição da taxonomia ABC que sugere que existem três fases inter-relacionadas: iniciação, implementação e descontinuação. Cada fase tem as suas características e considerações específicas, visando a definição operacional e mensuração, avaliação de correlação ou determinantes e implementação de intervenções. A fase de iniciação refere-se ao momento em que a pessoa toma a primeira dose do novo medicamento. A implementação corresponde à extensão em que a dose corresponde ao regime medicamentoso prescrito, desde o início até à última dose tomada (Vrijens et al., 2012, p.696). A descontinuação é marcada pela omissão da dose a ser tomada ou quando não são necessárias mais tomas do medicamento posteriormente. Por fim, persistência é

usada para descrever o tempo entre os estágios de iniciação do regime medicamentoso até à descontinuação (Vrijens et al., 2012). O foco desta investigação centra-se nas três fases de adesão.

Outras conceções de adesão aos medicamentos também são úteis para compreender e estudar este comportamento que é complexo e que, conseqüentemente, tem impacto na tipologia das intervenções desenhadas para o promover. A complexidade do comportamento é espelhada na classificação de não adesão como intencional e não intencional (Lehane & McCarthy, 2007). A não adesão pode ser intencional, em que as pessoas tomam uma decisão deliberada de não seguir o regime medicamentoso prescrito como suspender, alterar a dose, o momento ou a frequência; as crenças individuais são um fator importante neste âmbito (Horne et al., 2013; Leventhal, Phillips, & Burns, 2016). Em oposição, a não adesão pode ser não intencional; envolve um ato inconsciente que pode ser afetado, por exemplo, pela memória ou instruções mal compreendidas (Lehane & McCarthy, 2007). No entanto, a não adesão intencional e não intencional não são totalmente independentes, podendo potenciar-se uma à outra.

Existem várias formas para medir a adesão, embora não exista atualmente um método padrão consensual (Anghel, Farcas, & Oprean, 2019; Forbes et al., 2018). Os principais métodos para medir a adesão estão devidamente catalogados e são apresentados na Tabela 1 (Buono et al., 2017; Stirratt et al., 2018). Estes abrangem principalmente o autorrelato de adesão da pessoa, taxa de recarga da prescrição, contagem de comprimidos e monitorização eletrónica com *Medication Event Monitoring System* (MEMS), podendo classificar-se em diretos e indiretos. Os métodos indiretos podem ainda ser distinguidos entre aqueles que são utilizados em investigação e que caracteristicamente são difíceis de implementar na prática de cuidados, e aqueles que podem ser aplicados a ambas as situações.

Contudo, nenhuma abordagem de medição é perfeita. Todas têm vantagens e desvantagens, dependendo do contexto e finalidade de uso. Os questionários que envolvem o autorrelato são comumente usados devido ao custo reduzido de aplicação, mas podem ser afetados pela subnotificação de não adesão para evitar a desaprovação dos profissionais de saúde (Lam & Fresco, 2015). Todavia, esta pode ser minimizada pela relação de confiança entre o profissional de saúde e a pessoa (Iuga & McGuire, 2014).

Tabela 1: Métodos de mensuração da adesão aos medicamentos

Método	Fonte de dados	Definição
<i>Métodos indiretos usados em investigação e contexto administrativo</i>		
Relação de posse de medicamentos	Registo de fármacos dispensados na farmácia	= (total de dias fornecidos) / (número de dias entre a primeira e a última recarga)
Proporção de dias cobertos	Registo de fármacos dispensados na farmácia	= (total de dias fornecidos) / (número de dias no intervalo de recarga)
<i>Métodos indiretos usados na prática de cuidados e investigação</i>		
Autorrelato	Pessoa	Pessoa recorda medicamentos tomados em resposta à consulta dos profissionais de saúde
Questionários	Pessoa	Uso de ferramentas validadas
Contagem de comprimidos	Profissional de saúde	Análise dos comprimidos remanescentes para determinação dos que foram tomados
Dispositivo de contagem de doses	Dispositivo	O dispositivo inclui um contador manual ou eletrónico que regista as doses disponibilizadas
Prescrição eletrónica	Interface informática	Relatório entre os serviços farmacêuticos e outros profissionais de saúde através registos clínicos eletrónicos
<i>Métodos diretos</i>		
Observação direta	Profissional de saúde	Pessoa recebe e toma o medicamento na instituição de saúde
Níveis do princípio ativo ou metabolitos e marcadores	Laboratório	Testes de sangue ou urina

Adaptado: Iuga & McGuire, 2014

Acrescentam também a possibilidade de distinguir entre adesão intencional e não intencional, identificar as pessoas que precisam de ajuda para gerir o regime medicamentoso, avaliar as preocupações relacionadas com os medicamentos e podem ser preditivos do comportamento (Buono et al., 2017). Embora não se apresentem como o método mais confiável, uma meta-análise que incluiu 11 estudos, revelou que a adesão aos medicamentos medida pelo MEMS e questionários de autorrelato tende a ser moderadamente correlacionada, sugerindo que estes últimos fornecem uma boa estimativa da adesão (Shi et al., 2010). Outra revisão mais recente corroborou este achado e acrescentou ainda que existem questionários com correlações elevadas e consistência interna com o MEMS, como o *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) (Monnette, Zhang, Shao, & Shi, 2018).

A contagem de comprimidos é um método simples. Porém, as pessoas podem descartar comprimidos imediatamente antes da contagem, o que pode afetar a precisão do método. Também a utilização de MEMS não garante que a medicação foi realmente ingerida. As pessoas podem abrir deliberadamente o dispositivo eletrónico e não retirarem o comprimido

ou retirá-lo com a intenção de o tomar mais tarde, mas depois esquecerem-se. Este é um método bastante dispendioso, particularmente em circunstâncias de polimedicação, e pode interferir com outras estratégias já usadas pelas pessoas que promovem a adesão, como as caixas dispensadoras semanais que demonstram ter uma relação benéfica e robusta com o comportamento de adesão (Gonzalez & Schneider, 2011; Iuga & McGuire, 2014).

Por outro lado, os métodos diretos são extremamente dispendiosos e são limitativos porque apenas dicotomizam o comportamento da pessoa em aderente ou não aderente. No caso da determinação do fármaco e marcadores nos fluídos biológicos, estes estão sujeitos a variações de metabolismo e podem conduzir a interpretações que não correspondem à realidade (Buono et al., 2017; Stirratt et al., 2018).

Alguns autores recomendam que idealmente o método para mensurar a adesão deve ser de baixo custo, prático para poder ser utilizado em contexto de investigação e clínico, objetivo, fácil de implementar e confiável (Lam & Fresco, 2015). Como nenhum método atende os critérios pretendidos, a seleção deve basear-se nos objetivos e recursos da investigação ou da prática clínica, realçando-se o benefício da utilização em simultâneo de mais que um método (Lam & Fresco, 2015; Sabaté, 2003).

Através de métodos indiretos ou diretos, podem ser determinadas as taxas de adesão ao regime medicamentoso. A adesão é geralmente relatada como a percentagem do medicamento tomado num período definido de tempo (i.e. taxa de adesão) e varia entre 0% a 100% na literatura (Huurne, Movig, Van Der Valk, Van Der Palen, & Brusse-Keizer, 2015; Nieuwlaat et al., 2014). Haynes e colegas (1980) propuseram uma definição empírica de 80% de adesão a medicamentos anti-hipertensivos, considerando este limite suficiente. O uso do limiar de 80% foi baseado numa análise de regressão que mostrou que, apenas acima desse nível de adesão, a pressão arterial diastólica reduzia sistematicamente (Haynes et al., 1980). Este ponto de corte tem sido amplamente utilizado pelos investigadores, tendo sido assumido como limiar universal para uma boa adesão (Gellad, Thorpe, Steiner, & Voils, 2017).

Alguns estudos demonstraram uma associação entre uma taxa de adesão de pelo menos 80% e os resultados de saúde, comparados com taxas de adesão inferiores a 80%. Karve e colegas (2009) examinaram a associação entre os níveis de adesão (calculados usando dados de prescrição médica) e as hospitalizações (todas as causas e doenças específicas) para uma série de condições crónicas comuns, como diabetes, hipertensão e insuficiência cardíaca e os resultados apoiam o ponto de corte de 80%.

Contudo, uma revisão sistemática recente, que incluiu seis estudos, mostrou que é questionável a dicotomização da adesão no limite de 80%. Os autores identificaram cinco estudos em que os limites de adesão se encontram entre 46% e 92% e apenas um confirmou os 80% como válido para distinguir pessoas aderentes e não aderentes. Concluem assim que não é possível confirmar ou rejeitar a validade do limite de 80% (Baumgartner, Haynes, Hersberger, & Arnet, 2018).

É improvável que o nível ideal de adesão de cada pessoa seja tão nítido quanto aquele que é amplamente descrito. Possivelmente este é variável devido à heterogeneidade das doenças crônicas e aos medicamentos prescritos, sendo difícil a determinação de níveis ótimos, em particular nas pessoas polimedicadas e com multimorbilidades.

1.3.1 A adesão aos medicamentos na pessoa idosa

A OMS estimou que 50% das pessoas que sofrem de doenças crônicas não tomam os seus medicamentos conforme indicado pelos profissionais de saúde (Sabaté, 2003); valor avaliado a partir de vários estudos que reportam taxas de adesão em diferentes populações e doenças crônicas. Na população idosa, as estimativas conhecidas de não adesão aos medicamentos variam entre 40% a 75% (Doggrell, 2010; Lee et al., 2013; Vink, Klungel, Stolk, & Denig, 2009).

Por exemplo, numa coorte de 855 pessoas com 70 ou mais anos e multimorbilidades, 31% eram não aderentes à medicação. Porém, os autores concluíram que os níveis de adesão variavam entre as doenças crônicas e as classes de medicamentos; a taxa de adesão era menor em pessoas com depressão e osteoporose (Kim, Bennett, Wallace, Fahey, & Cahir, 2018).

Devido às dificuldades metodológicas associadas à medição da adesão, é provável que a verdadeira extensão do problema esteja subestimada. Conhecido o impacto que a não adesão tem na eficácia do tratamento e, conseqüentemente, em resultados de saúde subótimos em pessoas com condições de saúde crônicas, melhorar a adesão aos medicamentos continua a ser uma prioridade fundamental para investigadores, clínicos e decisores de políticas de saúde em todo o mundo (Bosworth et al., 2011).

Relativamente aos idosos, a idade não se constitui *per si* como um forte preditor da adesão ao regime medicamentoso. Esta afirmação emerge porque a literatura científica não é consensual neste âmbito. Uma revisão sistemática identificou o aumento da idade como um

fator positivamente associado à adesão aos medicamentos para a diabetes (Krass, Schieback, & Dhippayom, 2015). Da mesma forma, uma meta-análise de Choi e Smaldone (2018) indica que os idosos são mais propensos a tomar os medicamentos para a diabetes como prescritos, quando comparados com adultos mais jovens. Também outros estudos em patologias diferentes como a hipertensão, insuficiência cardíaca e outras doenças crônicas reiteram este achado (Cheen, Tan, Oh, Wee, & Thumboo, 2019; Krueger et al., 2015; Uchmanowicz, Jankowska, Uchmanowicz, & Morisky, 2019).

Porém noutros estudos, pessoas de idade média (50 a 69 anos) foram identificados como mais aderentes à medicação do que em coortes mais jovens (<50 anos) e mais velhas (≥ 70 anos) (Doggrell, 2010; Mann, Woodward, Muntner, Falzon, & Kronish, 2010).

Os resultados da investigação são contraditórios. A razão pode ser que a adesão à medicação é orientada pelo contexto, mas também porque é amplamente reconhecido que esta é multidimensional. Numa revisão sistemática sobre as potenciais barreiras à adesão na população idosa, outros fatores como multimorbilidades, complexidade do regime, declínio cognitivo, destreza e custo de medicamentos são apontados como determinantes que prejudicam o comportamento (Gellad, Grenard, & Marcum, 2011). É comum serem prescritos vários medicamentos às pessoas idosas o que está associado negativamente à adesão (Kardas, Lewek, & Matyjaszczyk, 2013; Smaje, Weston-clark, Raj, Orlu, & Davis, 2018; Yap, Thirumoorthy, & Kwan, 2016). Acresce ainda a complexidade do regime medicamentoso também frequente nesta população e que tem impacto negativo na adesão (Smaje et al., 2018; Wimmer et al., 2017; Yap et al., 2016). Durante a fase de iniciação e implementação, estes fatores contribuem para problemas relacionados com o uso diário dos medicamentos, horários específicos das doses e alteração de dose, entre outros.

As consequências da não adesão ao regime medicamentoso estão amplamente descritas na literatura. Estas incluem fraco controlo da doença e redução da qualidade de vida (Sabaté, 2003). As pessoas que não tomam os seus medicamentos como prescrito têm maior risco de complicações, conduzindo potencialmente ao aumento das hospitalizações e mortalidade (Mongkhon, Ashcroft, Scholfield, & Kongkaew, 2018; Simpson et al., 2006; Walsh et al., 2019). Constitui-se ainda como preditor de readmissão hospitalar por 30 dias (Rosen, Fridman, Rosen, Shane, & Pevnick, 2017). Uma meta-análise que incluiu 11 estudos com pessoas com idade ≥ 55 anos, mostrou associação significativa entre a não adesão e todas as causas de hospitalização (OR 1.17; 95% IC; 1.12-1.21). Reforçando ainda que adesão estava

associada a 21% de redução do risco de mortalidade em comparação com as pessoas não aderentes (Walsh et al., 2019).

Para ilustrar, as taxas de mortalidade em pessoas com diabetes e doenças cardíacas que não aderem ao regime medicamentoso são quase duas vezes maiores do que para aqueles que cumprem o tratamento (Brown & Bussell, 2011).

Consequentemente, a não adesão à medicação tem um impacto económico substancial. Nos Estados Unidos, a não adesão ao regime medicamentoso está associada a 125 000 mortes por ano, pelo menos 10% das hospitalizações e a gastos em saúde estimados em 100-290 bilhões de dólares, que são potencialmente evitáveis (Viswanathan et al., 2012).

A despesa em saúde associados à não adesão está a aumentar. Na Europa, estima-se que os custos relacionados com a não adesão à medicação são de cerca de 1.25 bilhões de euros (Cutler, Fernandez-Llimos, Frommer, Benrimoj, & Garcia-Cardenas, 2018). Um relatório do *Institute for Healthcare Informatics* estimou que os custos totais evitáveis do uso subótimo de medicamentos que incluíam não adesão, erros de medicação e polimedicação desadequada, totalizavam globalmente um custo total anual de 475 bilhões de dólares. A não adesão apresentou o maior custo evitável, com 57% do custo total, aproximadamente 270 bilhões de dólares por ano (Aitken & Gorokhovich, 2012).

Portanto, a adesão à medicação é um tema pertinente no contexto atual e em particular, nas pessoas idosas com multimorbilidades e polimedicadas. A evidência científica apoia a eficácia dos medicamentos comumente prescritos no tratamento das doenças crônicas, sendo que a adesão às orientações recomendadas é vital para o sucesso do tratamento. Deste modo, abordar o problema da não adesão poderá ter um impacto mais significativo na eficácia do tratamento do que qualquer tentativa de melhorar a eficiência dos medicamentos existentes. Este problema constitui assim uma ameaça à saúde pública e há necessidade de desenvolver soluções direcionadas e implementáveis.

1.3.2 Determinantes de adesão

A literatura identifica uma panóplia de fatores com potencial influência na adesão à medicação (Allemann, Nieuwlaat, Bart, Hersberger, & Arnet, 2016; Demonceau et al., 2013; Gast & Mathes, 2019; Kardas et al., 2013). Estudos têm dedicado a atenção aos determinantes de adesão na população idosa (Gellad et al., 2011; Smaje et al., 2018; Yap et

al., 2016) e outros direcionados apenas a uma doença crónica em específico (Choi & Smaldone, 2018; El-Saifi, Moyle, Jones, & Tuffaha, 2018; Newman-Casey et al., 2015).

Os determinantes associados à não adesão são frequentemente categorizados em cinco dimensões propostas pela OMS (Sabaté, 2003) ou em variações desses conceitos. A Figura 3 apresenta as categorias definidas pela OMS, que continuam a ser amplamente utilizadas.

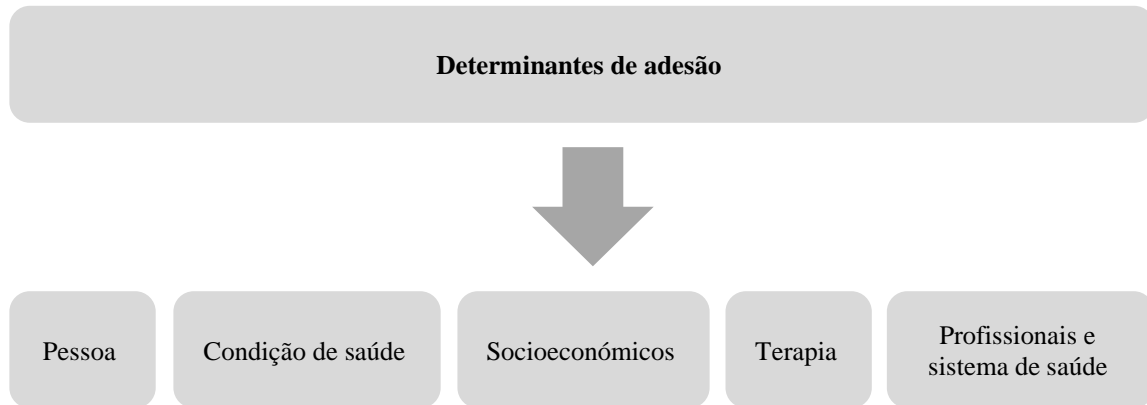


Figura 3: As cinco dimensões da adesão (Sabaté, 2003)

Os fatores relacionados com a pessoa incluem a dimensão psicológica e física. Os fatores psicológicos abarcam aspetos como o conhecimento sobre a condição de saúde e medicação, a motivação, o medo associado aos efeitos adversos e a ansiedade inerente à toma dos medicamentos. Fatores como comprometimento cognitivo e visual, destreza manual, dificuldade de deglutição são classificados como físicos.

No fenómeno de adesão concorrem também fatores relacionados com os medicamentos prescritos. Estes incluem a complexidade do regime medicamentoso prescrito, a duração do tratamento e os efeitos adversos.

Relativamente aos fatores relacionados com os profissionais e sistema de saúde, é destacada a relação e a comunicação entre os profissionais de saúde e a pessoa, a dificuldade de acesso a consultas e a curta duração destas, a reduzida capacidade do sistema em promover programas psico-educacionais e a inexistência de mecanismos de *follow-up* das pessoas em ambulatório em articulação com outros apoios na comunidade.

Os fatores socioeconómicos incluem a literacia, suporte social, condições de vida e acesso aos serviços de saúde. Por fim, a adesão está associada à severidade dos sintomas, evolução

e gravidade da doença e à disponibilidade de tratamentos eficazes; estes constituem-se como fatores relacionados com a doença (Sabaté, 2003).

Vários trabalhos com foco na população idosa têm identificado determinantes de adesão aos medicamentos e sobrepõem-se aos fatores propostos pela OMS. A revisão sistemática de Smaje e colegas (2018) que incluiu 25 estudos revelou que os fatores associados ao decréscimo da adesão são a multimorbilidade, comprometimento cognitivo, regimes complexos com vários médicos prescritores e problemas com o armazenamento ou formulação de medicamentos. Outra revisão sistemática com 65 estudos corroborou estes achados e acrescentou outros, o que permite compreender as influências potenciais no comportamento de adesão e tornar as categorias referidas anteriormente menos amplas, facilitando a investigação (Yap et al., 2016).

Kardas e colaboradores (2013) identificaram 771 fatores individuais (400 determinantes) relacionados com a adesão a tratamentos de longa duração e categorizaram-nos em 40 grupos. Embora seja importante ter conhecimento de todos os potenciais determinantes, nem todos são modificáveis. Por exemplo, o sexo não é modificável e por isso, as intervenções desenhadas devem ser adaptadas e não ser o alvo destas. Num trabalho recente foram agrupados 40 determinantes de adesão modificáveis ($n = 27$ e.g. conhecimento sobre a terapia, esquecimento) e não modificáveis ($n = 13$ e.g. cronicidade da doença, histórico prévio de não adesão à medicação) (Allemann et al., 2016). Contudo, é difícil considerar que um único determinante prevê a adesão em todas as pessoas; os fatores individuais que cada uma enfrenta presumivelmente diferem (Marengoni et al., 2016).

1.3.3 Desafios na investigação de intervenções de adesão

Estudos sobre a efetividade de diferentes intervenções destinadas a melhorar a adesão à medicação têm sido publicados (Conn, Ruppert, Enriquez, & Cooper, 2016; Costa et al., 2015; Demonceau et al., 2013; Kripalani, Yao, & Haynes, 2007; Nieuwlaat et al., 2014). Estas têm variado entre intervenções com um componente como a utilização de alarmes até àquelas que têm múltiplos componentes. As intervenções são educacionais, cognitivo-comportamentais ou envolvem as duas dimensões em simultâneo (Cross, Elliott, Petrie, Kuruvilla, & George, 2020; Nieuwlaat et al., 2014).

Face ao carácter multicomponente que podem adotar, as intervenções que promovem a adesão à medicação são consideradas intervenções complexas (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, & Petticrew, 2008). Intervenções complexas incluem múltiplos componentes que interagem entre si. Em adição ao número de componentes da intervenção, a complexidade emerge da quantidade e especificidade de comportamentos exigidos pelos destinatários ou distribuidores da intervenção e da necessidade de individualização ou adaptação do conteúdo da intervenção às circunstâncias. Assim, devido à complexidade do próprio comportamento, as intervenções de adesão raramente são verdadeiramente simples por natureza.

A evidência sobre as abordagens para promover a adesão continua frágil, ainda que existam iniciativas crescentes para desenvolver e testar intervenções neste âmbito ao longo das últimas décadas. Várias limitações contribuem para a falta de evidência neste campo.

Primeiro, a maioria das intervenções são inadequadamente direcionadas ou inespecíficas. Por exemplo, a tomada de decisão da pessoa sobre a descontinuação dos medicamentos exige intervenções diferentes quando comparada com a não adesão na fase de implementação, que geralmente é resultado do esquecimento ou interrupção de rotinas. Allemann e os colegas (2016) defendem a necessidade de avaliar os determinantes modificáveis e não modificáveis para dirigir e adaptar as intervenções de adesão, contribuindo potencialmente para o sucesso destas.

Considerando ainda que a adesão à medicação é um comportamento complexo com uma variedade de determinantes, as abordagens com um único componente são claramente insuficientes para promover a adesão de todas as pessoas não aderentes. A revisão da *Cochrane*, que avaliou a eficácia de 182 ensaios randomizados em termos da melhoria da adesão aos medicamentos e de resultados clínicos, corrobora esta visão (Nieuwlaat et al., 2014). Os autores concluíram que dos 11 estudos com o menor risco de viés, apenas cinco apresentaram melhoria da adesão e resultados clínicos. As intervenções que demonstraram efetividade, embora limitada, eram de natureza complexa; estas tinham *design* heterogéneo, variando entre suporte diário a intervenções educacionais e comportamentais.

O desenho de intervenções complexas tem desafios relacionados com a dificuldade de identificar os componentes mais eficazes e de replicar devido a descrições insuficientes. Todavia, é fundamental adotar intervenções com esta natureza complexa quando o intuito é promover a adesão aos medicamentos (Nieuwlaat et al., 2014).

Segundo, muitas intervenções comportamentais para melhorar a adesão à medicação continuam a carecer de rigor metodológico adequado. A revisão referida anteriormente reflete o problema; entre 182 ensaios randomizados, apenas 11 apresentaram baixo risco de viés (Nieuwlaat et al., 2014). Fatores como recrutamento de participantes aderentes, métodos para medir a adesão desajustados, definições das intervenções redutoras, aleatorização e definição de resultados clínicos incorreta são apontados como limitações metodológicas relevantes (Haynes et al., 2015). Assim, a reduzida qualidade da pesquisa sobre a adesão aos medicamentos e possíveis intervenções tornam difícil o progresso neste campo.

Terceiro, as intervenções desenhadas são predominantemente dirigidas a medicamentos (ou grupos de medicamentos) para uma única condição clínica e as pessoas idosas são excluídas dos estudos sobre efetividade ou, quando presentes, as suas características não espelham a condição habitual desta população (Costa et al., 2015); mais de dois terços dos idosos têm multimorbilidade e requerem o tratamento com vários medicamentos, como referido anteriormente. Nieuwlaat e colegas (2014) demonstraram também que a condição clínica não é considerada um dos principais determinantes do comportamento. Portanto, as intervenções precisam ser desenhadas contemplando as características e necessidades reais das pessoas idosas (Salisbury, 2012).

Estas razões podem explicar a limitada efetividade das intervenções de adesão ao regime medicamentoso. Por exemplo, meta-análises mostraram apenas melhorias nas medidas de adesão entre 4 a 11% (Bosworth et al., 2011; Conn, Ruppap, et al., 2016; Kripalani, Yao, et al., 2007). Este sucesso limitado também pode ser explicado pela escassa sustentação teórica das intervenções desenhadas (Michie, Atkins, & West, 2014; Nieuwlaat et al., 2014; Van Dulmen et al., 2007), condicionando o entendimento dos investigadores sobre o processo de mudança de comportamento e o desenvolvimento da intervenção. As intervenções destinadas a mudar o comportamento demonstraram ser mais eficazes se baseadas em modelos teóricos (Abraham, Kelly, West, & Michie, 2009). Uma meta-análise com 124 estudos concluiu que as intervenções ligadas a teorias ou modelos têm um efeito significativo nos resultados da adesão aos medicamentos (Conn, Enriquez, Ruppap, & Chan, 2016).

Haynes e colaboradores (2015), numa revisão sistemática que incluiu 109 ensaios clínicos, procuraram delinear princípios metodológicos para testar intervenções de adesão e compará-los com os métodos usados nos estudos recentes. Apenas 39% dos 109 estudos reportaram intervenções baseadas em teoria. Apesar de algumas intervenções sem fundamentação

teórica terem demonstrado efetividade, como abordagens técnicas (e.g., o uso de caixas de comprimidos), o suporte em modelos teóricos também é importante para identificar componentes essenciais das intervenções e entender os mecanismos de ação subjacentes aos efeitos destas, facilitando refinamentos, se necessário (Hoffmann et al., 2014).

A extensão do uso de teorias ou modelos no desenvolvimento de intervenções de adesão em idosos polimedicados varia entre os estudos publicados, condicionando as conclusões sobre a sua eficácia (Patton, Hughes, Cadogan, & Ryan, 2017). Desta forma, para melhorar a eficácia das intervenções é fundamental um trabalho estruturado para informar o desenho destas. Isto inclui a identificação de teorias apropriadas para compreender o comportamento alvo prévio ao processo sistemático de desenvolvimento e avaliação da intervenção.

1.4 A mudança de comportamento

O comportamento dos indivíduos, comunidade e população é um dos principais determinantes dos seus resultados de saúde. A mudança comportamental das pessoas ou grupos de indivíduos tem-se tornado um foco de investigação na área da saúde, revelando-se fundamental o desenvolvimento de intervenções que a promovam com vista a melhorar a saúde da população (Michie & Johnston, 2012). Por exemplo, o sedentarismo e o tabagismo ganharam atenção significativa nas últimas décadas. Porém, apesar do desenvolvimento da investigação nesta área, estes comportamentos demonstram ser difíceis de mudar (Kelly & Barker, 2016). É consensual que mudar padrões comportamentais enraizados pode ser um desafio (Michie et al., 2014).

A adesão à medicação é comumente determinada como um comportamento. O termo é definido pelo Dicionário de Língua Portuguesa como a “reação de um indivíduo ou animal perante uma situação ou conjunto de estímulos” (Infopédia, 2020). Também um estudo que envolveu um consenso multidisciplinar no âmbito das teorias de mudança comportamental, descreve o termo como: a ação de uma pessoa em resposta a eventos internos ou externos. As ações podem ser observáveis (motoras ou verbais) e diretamente mensuráveis ou ocultas (e.g. respostas fisiológicas) e indiretamente mensuráveis; o comportamento é um evento físico controlado pelo cérebro (Davis, Campbell, Hildon, Hobbs, & Michie, 2015, p. 327). Este pode ser uma ação específica e simples, como engolir um comprimido. Contudo, quando se refere a comportamentos de saúde pode constituir-se como uma sequência de ações complexas, podendo ainda a sua execução ser ao longo do tempo. Por exemplo, DiMatteo, Haskard-Zolnierrek e Martin (2012) identificaram uma sequência de comportamentos necessários para as pessoas aderirem ao aconselhamento sobre a medicação providenciado pelos profissionais de saúde.

Como defendem Michie, Atkins e West (2014), os comportamentos não surgem isolados; constituem-se como parte de um sistema dinâmico porque emergem no contexto de outros comportamentos da pessoa ou de outros indivíduos, podendo ser modificáveis ao longo do tempo. Face à complexidade dos comportamentos, é necessário compreender as motivações da pessoa, bem como quaisquer influências de outras e do ambiente. Assim, a análise destes fatores pode ajudar a identificar como mudar e manter o comportamento desejado (Kelly & Barker, 2016).

Uma forma de mudar o comportamento dos indivíduos ou grupo de indivíduos é através de uma intervenção. Esta pode ser descrita como uma ação única ou um conjunto de ações dirigidas a um ou a vários destinatários particulares, num período de tempo e contexto específico (Conn, Enriquez, et al., 2016). As intervenções que visam a mudança de comportamento são tipicamente complexas, integrando múltiplos componentes que interagem entre si (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008; Michie et al., 2014). Estas são consensualmente designadas de intervenções de mudança de comportamento. O *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2014) define-as como um conjunto de técnicas, utilizadas em simultâneo, que têm como objetivo a mudanças de comportamentos de saúde de indivíduos, comunidades ou populações. Também Michie, van Stralen e West (2011, p. 1) as definem como um conjunto coordenado de atividades desenvolvidas para a mudança de determinados padrões comportamentais, revelando conformidade entre as definições disponíveis na literatura.

1.4.1 Teorias e modelos de mudança comportamental

O termo teoria tem sido definido de diferentes formas (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015). Globalmente, teoria pode ser definida como um conjunto de proposições logicamente relacionadas que visam explicar e prever fenómenos. Glanz e colaboradores (2015) explicam que teoria é um conjunto de conceitos, definições e proposições inter-relacionados que apresentam uma visão estruturada de eventos ou situações, especificando as relações entre variáveis com o objetivo de explicar e prever fenómenos.

Um consenso entre um painel de peritos da área da psicologia, sociologia, antropologia e economia estabeleceu a definição de teoria como um conjunto de conceitos e/ou declarações (constructos) que especificam como os fenómenos se relacionam entre si, fornecendo uma descrição organizadora de um sistema que elucida sobre o que é conhecido e que explica e prediz os fenómenos (Davis et al., 2015, p. 327).

Os termos teoria e modelo são usados na literatura de forma intercambiável. Contudo, um modelo normalmente envolve uma simplificação deliberada de um fenómeno ou de um aspeto particular deste (Nilsen, 2015). Pode assumir-se que um modelo é um gráfico teórico ou outro tipo de representação de um conceito ou de processos, que pode ser utilizado para propósitos investigativos ou demonstrativos. Por exemplo, aprofundar a compreensão do conceito, delimitar hipóteses, demonstrar relacionamentos ou identificar padrões

epidemiológicos (Nilsen, 2015). Os modelos podem assim ser descritos como teorias com um escopo de explicação mais definido e tradicionalmente descritivos, enquanto uma teoria também tem esta característica, mas é ainda explicativa.

Na investigação científica, as teorias e modelos são particularmente úteis. Estes podem resumir o estado atual do conhecimento, ampliar a compreensão e estimular a criação de novos saberes. Podem ajudar a estruturar o pensamento e orientar a pesquisa. É importante ressaltar que podem ser uma base para o desenvolvimento das intervenções e, por outro lado, a avaliação de intervenções sustentadas em teoria podem contribuir para os testes empíricos desta.

As teorias e modelos podem resultar de uma variedade de disciplinas, incluindo a psicologia, sociologia e antropologia, entre outras. As teorias e modelos da área da psicologia e sociologia são comumente utilizadas no campo da mudança comportamental em saúde (Davis et al., 2015; Michie et al., 2014) e é este o foco desta investigação. Estes potenciam a compreensão dos comportamentos de saúde da seguinte forma: explicam e preveem o comportamento (quando, como e porque ocorre) e permitem identificar determinantes do comportamento e assim direcioná-los para incitar a mudança (Michie et al., 2018).

Numa revisão da literatura, Davis e colaboradores (2015) identificaram 83 teorias que servem a mudança comportamental com potencial relevância para as intervenções em saúde. A Teoria Social Cognitiva, o Modelo de Crenças em Saúde, a Teoria do Comportamento Planeado e o Modelo Transteórico são exemplos de teorias e modelos comumente usados, alicerçados na disciplina de psicologia (Davis et al., 2015) e também aplicados ao estudo da adesão à terapêutica medicamentosa (Holmes, Hughes, & Morrison, 2014). Estes são explicados sumariamente na Tabela 2.

Embora as teorias e modelos enunciados sejam os mais utilizados para documentar a mudança de comportamento e para desenvolver e avaliar intervenções neste âmbito, nomeadamente na adesão à medicação, estes têm fragilidades e limitações. A literatura revela que estes não completam toda a gama de influências possíveis do comportamento e, portanto, excluem variáveis potencialmente importantes. Holmes e colaboradores (2014) conduziram uma revisão sistemática da literatura que analisou a capacidade das teorias psicológicas em prever a adesão à medicação em adultos (>18 anos). Os autores concluíram que frequentemente apenas um único constructo da teoria ou modelo explicam a variação da adesão e ainda de forma limitada. A Teoria Social Cognitiva não considera o papel que os hábitos têm na adesão (Bandura, 2001).

Tabela 2: Exemplos de teorias e modelos explicativos do comportamento

Teoria ou Modelo	Descritivo
Teoria Social Cognitiva (Bandura, 2001, 2018)	O comportamento de saúde é resultado da interação recíproca e contínua entre fatores pessoais (e.g., conhecimento, resultados esperados), comportamentais (e.g., habilidades, autocontrolo) e ambientais (e.g., acesso aos serviços, influência social). Foca-se na forma como as pessoas aprendem através das experiências anteriores e na ação dos outros, incluindo o impacto do ambiente. A motivação, identificada como um determinante da ação, é sustentada pela convicção da importância da mudança de comportamento e a percepção de autoeficácia sobre a capacidade de execução da ação.
Modelo de Crenças em Saúde (Rosenstock, 1974, 2005)	O comportamento de saúde é predito por constructos teóricos centrais: a suscetibilidade percebida (i.e., a percepção subjetiva do risco de desenvolver um problema de saúde), a percepção da severidade (i.e., a avaliação subjetiva do problema de saúde e as potenciais consequências), os benefícios percebidos (i.e., os benefícios percebidos de agir para compensar uma ameaça percebida) e a percepção das barreiras. O comportamento também é influenciado por estímulos internos ou externos à ação e pela percepção de autoeficácia da pessoa (i.e., a crença na capacidade de realizar o comportamento desejado).
Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen, 1991, 2011)	A combinação de crenças (atitudes em relação ao comportamento, normas subjetivas, controlo comportamental percebido) prediz a intenção de uma pessoa (motivação) para realizar um comportamento de saúde. O controlo comportamental percebido reflete a percepção do grau de dificuldade de execução da ação e é concetualizado de forma similar à autoeficácia. Este constructo e a intenção são considerados os principais determinantes do comportamento.
Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska & Velicer, 1997)	Defende a mudança intencional, considerando a capacidade de tomada de decisão da pessoa. Categoriza 14 componentes individuais: (1) estádios de mudança (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção); (2) variáveis dependentes (e.g., autoeficácia, balanço decisional); e (3) variáveis independentes (processos de mudanças como a consciencialização, reavaliação do ambiente).

Também a Teoria do Comportamento Planeado e o Modelo de Crenças em Saúde não incluem influências importantes do comportamento como a impulsividade, hábitos, autocontrolo, aprendizagem associativa e processos emocionais.

Relativamente à Teoria do Comportamento Planeado, esta tem sido contestada e defendido o seu abandono (Sniehotta, Presseau, & Araújo-Soares, 2014), face à crescente evidência que a sua utilização não tende a aumentar os efeitos das intervenções de mudança de comportamento em saúde (Prestwich et al., 2014).

Outro exemplo, numa meta-análise sobre a efetividade do Modelo de Crenças em Saúde para explicar o comportamento, o autor concluiu que as barreiras e benefícios percebidos eram consistentemente preditores do comportamento, mas que a gravidade e suscetibilidade percebida eram fracamente preditivas (Carpenter, 2010). Corroborando as críticas a este modelo, Jones, Smith e Llewellyn (2014) avaliaram o sucesso das intervenções de adesão a comportamentos de saúde e, numa revisão com 18 estudos, sugerem que este não está

relacionado com os constructos abordados pelo Modelo de Crenças em Saúde. Tal sugere que existem outras variáveis que determinam o comportamento de saúde que não são contempladas neste modelo, desafiando a sua utilidade como base teórica para intervenções que melhorem a adesão.

Similarmente, é refutada a validade do Modelo Transteórico e West (2005) sugere que a evidência é limitada no que concerne aos estádios de mudança e à definição arbitrária das suas linhas temporais ou ainda à suposição de que as pessoas constroem planos coerentes que lhes permitem a passagem para o estágio seguinte. Este modelo não considera o papel de processos inconscientes, como a recompensa e a punição, associados à mudança comportamental. Empiricamente também tem sido questionado em revisões sistemáticas da literatura (Cahill, Lancaster, & Green, 2010; Mastellos, Lh, Lm, Car, & Majeed, 2014; Romain et al., 2018). Num revisão sistemática que compara os programas de intervenção baseados nos estádios de mudança com os cuidados usais para promover a cessação tabágica, Cahill, Lancaster e Green (2010) concluíram que não há diferenças na efetividade entre os mesmos. Sugere, assim, que a adaptação dos componentes das intervenções aos estádios de mudanças propostos pelo modelo ainda não é clara, questionando a sua operacionalização. Também uma meta-análise, que analisou a moderação dos efeitos dos constructos teóricos do Modelo Transteórico, revela que as intervenções baseadas neste modelo mostraram melhoria significativa do comportamento no âmbito da atividade física, porém a eficácia não é moderada pelos estádios, mas por outros constructos (Romain et al., 2018).

A mobilização de teorias e modelos conceituais podem não garantir a efetividade das intervenções de mudança comportamental (Prestwich et al., 2014). Contudo, a sua importância é documentada (Bleijenberg et al., 2018) e a sua aplicação é um aspeto fulcral e recomendado pelo *Medical Research Council* (MRC) para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas (Campbell et al., 2000; Campbell et al., 2007; Craig et al., 2013; Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008). As recentes recomendações para as intervenções complexas terem uma base teórica robusta potenciaram a seleção e utilização das teorias comumente citadas pelos investigadores e identificadas na Tabela 2.

Todavia, a associação entre usar uma teoria como base para o desenho da intervenção e a eficácia desta não é bem compreendida. Tal é corroborado pela revisão de Prestwich e colaboradores (2014) que, através de um método sistematizado (Michie & Prestwich, 2010), procuraram compreender a extensão e o tipo de teoria que foi utilizada nas intervenções para

umentar a atividade física e promover hábitos alimentares saudáveis, assim como a associação entre o uso da teoria e a efetividade da intervenção. Os autores descrevem que, entre 190 estudos de intervenção incluídos, apenas 107 (56%) foram relatados como explicitamente baseados em teoria. Destes, a teoria raramente foi usada extensivamente para desenvolver ou avaliar as intervenções; em 90% dos estudos, as técnicas de mudança de comportamento utilizadas não estavam ligadas a constructos teóricos e em 91% das intervenções, os constructos não estavam direcionados a técnicas específicas de mudança comportamental (Prestwich et al., 2014). Tal limita a possibilidade de acumulação da evidência e, por exemplo, a identificação dos mecanismos de ação através dos quais a mudança de comportamento é alcançada.

As recomendações do MRC (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008) potenciaram ainda a citação de diversas teorias aquando do desenvolvimento de intervenções, sem explorar completamente o comportamento desejado para um determinado grupo de indivíduos ou população e a sua adequação. Tal contribui para a distração sobre o reconhecimento do verdadeiro mecanismo de ação que justifica a mudança de comportamento e, conseqüentemente, a limitação dos efeitos da intervenção (Moore & Evans, 2017). Portanto, é importante explorar o comportamento em detalhe, ao estabelecer uma base teórica de uma intervenção complexa.

Como referido anteriormente, as teorias e modelos proporcionam uma lente através da qual é possível analisar o comportamento de interesse e identificar exatamente quais os fatores que precisam ser direcionados para a mudança, aquando do desenho das intervenções. Todavia, podem ainda ser usados para explorar os mecanismos de ação subjacentes das intervenções e contribuir para uma base de conhecimento sobre como estas funcionam (Michie et al., 2014). Face à complexidade das intervenções, pode ser difícil identificar os componentes ativos mais eficazes destas (Campbell et al., 2000) e a utilização de teorias e modelos podem potencialmente ser uma solução. Como resultado, garante que os investigadores adotem uma abordagem sistemática e metodológica para gerar novos conhecimentos (Michie et al., 2014).

Concluindo, embora as teorias e modelos desenvolvidos pelas diferentes áreas disciplinares, particularmente a psicologia, se revelem úteis para explicar o comportamento humano, estes são limitados no que respeita a fundamentar o processo necessário para potenciar a mudança de comportamento e suportar o desenvolvimento de intervenções neste âmbito. Existe uma insuficiência ou inadequação da aplicação das teorias e modelos de mudança

comportamental. Porém, isso pode refletir as dificuldades de operacionalização dessas teorias ou que as mesmas não contemplam a mudança comportamental na íntegra (West et al., 2019).

1.4.2 Enquadramento teórico de mudança comportamental

Procurando transpor as limitações associadas à implementação das várias teorias ao desenho e avaliação das intervenções de mudança de comportamento, foi desenvolvida a *Behaviour Change Wheel* (BCW) (Michie et al., 2011). Esta incluiu a síntese de 19 enquadramentos teóricos de mudança comportamental, identificados numa revisão sistemática da literatura.

A BCW é uma abordagem recente que permite caracterizar e desenvolver intervenções de mudança de comportamento através de um processo sistemático e estruturado, integrando explicitamente a teoria comportamental (Michie et al., 2014). Uma das características singulares da BCW é o modelo teórico utilizado para realizar a análise do comportamento em estudo. Este modelo, designado de COM-B, é baseado na hipótese de que o comportamento humano (B) resulta da interação entre a capacidade (C), oportunidade (O) e motivação (M) dos indivíduos. O acrónimo COM-B resulta dos termos utilizados na língua inglesa, optando-se por manter no presente trabalho. O comportamento é representado pela letra B que provém de *behaviour*.

Deste modo, para a realização de um determinado comportamento, o indivíduo deve: ser psicológica e fisicamente capaz de executar o comportamento desejado; ter oportunidades sociais e físicas para o fazer; e ter motivação automática e reflexiva (Michie et al., 2011). A definição proposta pelos autores identifica a divisão dos componentes do modelo COM-B. A capacidade (C) é definida como a aptidão psicológica e física do indivíduo para se envolver na atividade determinada. Inclui o conhecimento e habilidades físicas, assim como os processos mentais necessários à realização do comportamento. Relativamente à oportunidade (O), pode ser explicada como todos os fatores que são externos ao indivíduo e que influenciam o comportamento. Esta pode ser física, contemplando as oportunidades oferecidas pelo ambiente tais como recursos, locais e tempo ou podem ainda ser sociais, resultado das influências interpessoais e normas sociais e culturais. Por fim, a motivação (M) é determinada como todos os processos cerebrais que energizam e direcionam o comportamento, não apenas objetivos e tomadas de decisão consciente. Desta forma, a motivação pode ser automática, em que estão subjacentes as respostas reflexas e os impulsos,

e também reflexiva, que encerra o planejamento, consciencialização das intenções ou avaliações (Michie et al., 2014).

A Figura 4 representa este sistema explicativo do comportamento humano, em que as setas unidirecionais e bidirecionais mostram a potencial influência entre os componentes do modelo. Por exemplo, a oportunidade e a capacidade podem influenciar a motivação. Assim como a execução do comportamento pode afetar os três componentes.

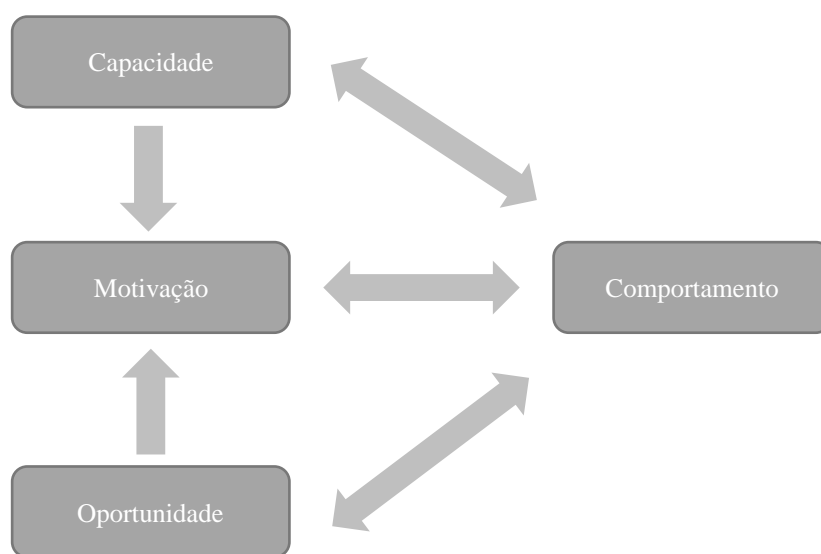


Figura 4: Modelo COM-B adaptado (Michie et al., 2014)

O modelo COM-B garante um fundamento para a realização ou não de determinado comportamento e consecutivamente, a identificação dos componentes apropriados a abordar para promover a mudança comportamental em causa. Deste modo, todos os componentes do modelo são interdependentes e são integrados conjuntamente para ajudar a mudar ou a manter o comportamento.

Jackson, Eliasson, Barber e Weinman (2014) recomendam o uso do modelo COM-B na exploração da adesão aos medicamentos, uma vez que oferece uma explicação mais complexa da adesão do que os modelos existentes. Estes autores fornecem um mapeamento generalista dos fatores que influenciam o comportamento de adesão à medicação enquadrado no modelo COM-B, consolidando a ideia de que pode ser útil a sua utilização no contexto desta investigação. Desta forma, outros estudos têm aplicado o modelo COM-B na identificação dos determinantes de adesão à medicação em diferentes

populações (Abdou, Auyeung, Patel, & Arya, 2016; Heneghan et al., 2020). Heneghan e colegas (2020) estudaram as barreiras e facilitadores de adesão à quimioterapia oral em crianças com leucemia. Outro exemplo, é o estudo de Ritschl e colaboradores (2018) que explora os fatores associados à não adesão em adultos com artrite reumatoide.

O presente trabalho será suportado no modelo COM-B face às recomendações e à possibilidade de desenvolver a partir deste um processo estruturado para o desenho de uma intervenção através da BCW, como será elucidado seguidamente.

A análise do comportamento, através do modelo COM-B, guia a escolha das funções das intervenções (FI) (ou estratégias) que potencialmente contribuem para a mudança comportamental. As FI são amplas categorias de formas pelas quais uma intervenção pode mudar o comportamento, sendo documentadas nove no trabalho desenvolvido por Michie e colaboradores (2014). Por exemplo, uma campanha publicitária para promover a vacinação pode fornecer informação sobre os benefícios desta, mas também ser apresentada de uma forma que pretende gerar preocupação sobre os malefícios que existem no comportamento de não adesão. Neste caso, a campanha publicitária encerra duas FI: educacional e persuasiva. A Tabela 3 apresenta as nove funções das intervenções e a respetiva definição (Michie et al., 2014, p. 168).

Para suportar a implementação e distribuição das intervenções, a BCW identifica ainda sete *policy categories* que são as seguintes: prestação de serviço, comunicação/marketing, medidas fiscais, regulamentação, *guidelines*, legislação e planeamento ambiental e social. As ligações explícitas estabelecidas pelos autores permitem determinar os canais através dos quais as FI devem ser distribuídas (Michie et al., 2014). Retomando o exemplo anterior, se a FI selecionada é a persuasão com vista à mudança da motivação reflexiva da população alvo e assim, promover a vacinação, as *policy categories* que podem potencialmente distribuir a FI são comunicação/marketing, *guidelines*, regulamentação, legislação e prestação de serviço.

Tabela 3: Funções das intervenções e definição

Função de intervenção (FI)	Definição
Educação	Aumentando o conhecimento ou a compreensão
Persuasão	Usando a comunicação para induzir sentimentos positivos ou negativos ou estimular ações
Incentivo	Criando uma expectativa de recompensa
Coerção	Criando uma expectativa de punição ou custo
Treino	Transmitindo habilidades
Restrição	Usando regras para reduzir a oportunidade de se envolver no comportamento desejado (ou para aumentar o comportamento alvo reduzindo a oportunidade de se envolver em comportamentos concorrentes)
Reestruturação do ambiente	Mudando o contexto físico ou social
Modelação	Fornecendo um exemplo para as pessoas aspirarem ou imitarem
Capacitação	Aumentando os meios/reduzindo as barreiras para aumentar a capacidade (para além da educação e treino) ou a oportunidade (para além da reestruturação do ambiente)

As técnicas de mudanças de comportamento são ingredientes ativos das intervenções e são definidas como os menores componentes identificáveis e replicáveis que por si só têm potencial para mudar o comportamento (Cane, Richardson, Johnston, Ladha, & Michie, 2015; Michie et al., 2014; Michie & Johnston, 2012). Estas são compatíveis com os mecanismos de ação e podem ser usadas isoladamente ou em combinação com outras BCTs nas intervenções de mudança de comportamento.

O trabalho de peritos na área permitiu a identificação das BCTs mais adequadas a cada FI e aos componentes teóricos subjacentes (Cane et al., 2015; Michie et al., 2014). De acordo com os autores, uma BCT pode servir diferentes FI e potenciar mecanismos de ação distintos, identificados como componentes teóricos que explicam o comportamento.

É importante entender a natureza do comportamento para promover a mudança ou manutenção deste. Assim, o modelo COM-B pode ser utilizado como suporte teórico para identificar os principais determinantes do comportamento, particularmente na adesão à

medicação nas pessoas idosas (Michie et al., 2014; Stewart & Klein, 2016). Os determinantes são vistos como barreiras e/ou facilitadores, em que a barreira é algo que impede ou limita o comportamento e um facilitador potencia a execução deste. A identificação dos principais determinantes pode ser alcançada empreendendo-se uma análise comportamental através de métodos qualitativos e/ou quantitativos. Por exemplo, Heneghan e colegas (2020) utilizaram uma abordagem quantitativa; enquanto Sinnott e colaboradores (2015) para compreenderem o comportamento subjacente à prescrição de medicamentos pelos médicos generalistas em doentes com multimorbilidade, usaram métodos qualitativos. Seguidamente, os principais componentes teóricos podem ser selecionados e identificados os ingredientes da intervenção mais apropriados para gerar mudança de comportamento (Cane et al., 2015; Michie, Johnston, Francis, Hardeman, & Eccles, 2008; Michie et al., 2013). Usando a abordagem estruturada da BCW, é garantida a transparência e sistematização no processo de desenvolvimento da intervenção e facilita a sua implementação e avaliação subsequentes. Assim, uma mudança nos principais determinantes (barreiras e/ou facilitadores) através da implementação de BCT apropriadas conduzirá, em teoria, à mudança comportamental (Michie et al., 2014).

Portanto, a BCW pode ser usada para selecionar sistematicamente funções da intervenção adequadas, com base no que é entendido sobre o comportamento. Seguidamente e de acordo com a taxonomia de técnicas de mudança de comportamento (BCTTv1) podem ser especificados os ingredientes ativos para implementar mudanças efetivas. A especificação detalhada do conteúdo das intervenções, nomeadamente as BCTs, possibilita identificar componentes potencialmente efetivos nas intervenções complexas.

Atualmente, a BCW tem sido amplamente utilizada em diferentes comportamentos, contextos e problemas. Os estudos de desenvolvimento de intervenções suportados pela BCW têm-se focado nos comportamentos dos profissionais de saúde associados à prática clínica. São exemplos a gestão de medicamentos na multimorbilidade pelos médicos de saúde geral e familiar (Sinnott et al., 2015) e a prescrição adequada de medicação nas pessoas com diabetes tipo 2 (Murphy et al., 2017).

Todavia, também têm sido documentadas intervenções dirigidas a outros grupos populacionais específicos. Os exemplos incluem intervenções de promoção de alimentação saudável em pessoas obesas (Robinson et al., 2013), redução do risco cardiovascular em pessoas com doença mental grave nos cuidados de saúde primários (Osborn et al., 2019), promoção da cessação tabágica (Fulton, Brown, Kwah, & Wild, 2016; Tombor et al., 2016)

e para incentivar a adoção de uma dieta mediterrânea em adultos com risco cardiovascular aumentado (McEvoy et al., 2018).

Concretamente no âmbito da melhoria da adesão à medicação, Crayton, Wright e Ashworth (2018) apresentam o processo desenvolvimento de uma intervenção em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral, suportado pela BCW. Outro exemplo, é o desenvolvimento de uma ajuda tecnológica para pessoas idosas com diabetes tipo 2 (Félix et al., 2019). Ambos os estudos são dirigidos a grupos populacionais com duas condições de saúde específicas. Contudo, a evidência é limitada no que respeita a estudos que explorem a adesão à medicação em pessoas idosas com múltiplos medicamentos (i.e., polimedicação), usando o modelo COM-B e a BCW para suportar o desenvolvimento da intervenção.

1.5 Objetivos da presente investigação

O objetivo geral da presente investigação é desenvolver uma intervenção de enfermagem baseada na teoria e evidência para promover a adesão à medicação nas pessoas idosas na transição hospital-casa.

O enquadramento do MRC para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas recomenda que estas sejam suportadas em teorias relevantes (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008). Como foi discutido anteriormente, as intervenções que procuram promover a adesão à medicação nas pessoas idosas carecem de suporte teórico robusto (Nieuwlaat et al., 2014; Patton et al., 2017).

Considerando o propósito da presente investigação são elencados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar os determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) de adesão aos medicamentos nas pessoas idosas na transição hospital-casa;
- Mapear os domínios da COM-B e barreiras de adesão com as funções de intervenção e técnicas de mudança de comportamento;
- Determinar as técnicas de mudança de comportamento apropriadas a incluir numa intervenção que será implementada por enfermeiros dos cuidados de saúde primários e secundários;
- Propor o conteúdo das técnicas de mudança de comportamento que constituem a intervenção.

CAPÍTULO II

MÉTODOS

2.1 Desenho da investigação

A presente investigação é sustentada no enquadramento do *Medical Research Council* (MRC) para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas, recomendado internacionalmente (Craig et al., 2013; Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008). Através de orientações específicas, este permite desenhar uma intervenção de enfermagem, com base na compreensão estruturada do fenómeno de adesão aos medicamentos nas pessoas idosas na transição hospital-casa.

O MRC apresenta diretrizes que guiam o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas, possibilitando transpor as dificuldades associadas a este processo (Craig et al., 2013; Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008). A estrutura mais recente foi publicada em 2008 e recomenda que o desenvolvimento das intervenções deve consistir em várias fases não lineares e cíclicas, incluindo: desenvolvimento; viabilidade e pilotagem; avaliação e implementação. Deste modo, impõe a resposta a uma série de questões sequenciais sobre o enquadramento teórico que sustenta a intervenção complexa, viabilidade e aceitabilidade, efetividade, custo-efetividade e sustentabilidade (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, & Petticrew, 2008). As quatro fases do enquadramento proposto pelo MRC são apresentadas na Figura 5.

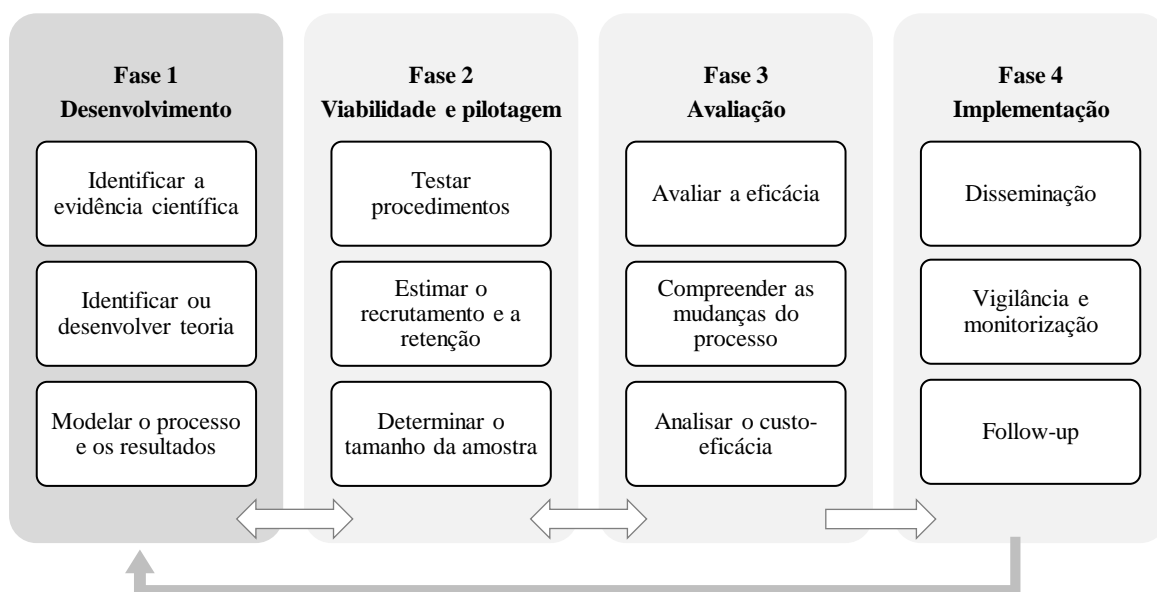


Figura 5: Enquadramento do MRC para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas
Adaptado de Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, et al. (2008)

A presente investigação estrutura-se com base na fase de desenvolvimento deste enquadramento. O MRC recomenda que a fase inicial de desenvolvimento inclua o estabelecimento da evidência científica e a base teórica da intervenção, contribuindo a triangulação destas descobertas para o desenho de uma intervenção (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008).

Conceitualmente, a primeira fase encerra o desenvolvimento teórico que suporta a intervenção, descrevendo os pressupostos que esta envolve, os processos e os mecanismos que concorrem para o potencial sucesso da intervenção. Esta fase permite identificar os ingredientes ativos subjacentes à intervenção e as interações entre eles, bem como com o contexto, ou seja, o recetor (destinatário) e o prestador (profissional) (Bleijenberg et al., 2018).

Considerando que as intervenções devem ser desenvolvidas com base num enquadramento teórico relevante, este trabalho incorpora a compreensão do comportamento que se pretende modificar, através do referencial designado de COM-B (Michie et al., 2011). Suporta-se ainda no enquadramento BCW que, através de um processo estruturado, permite identificar os componentes adequados à intervenção (i.e., BCTs) que promovem a mudança de comportamento (Michie et al., 2014; Michie & Prestwich, 2010).

Deste modo, o enquadramento MRC é usado como um guia mais amplo desta investigação. Enquanto a BCW, que integra o modelo COM-B, é aplicada para explicar o comportamento, seleccionar os componentes de intervenção mais adequados e definir a sua implementação, baseada na literatura e trabalho empírico.

Tal como o enquadramento do MRC, a BCW também possui três etapas amplas: (1) compreender o comportamento, (2) identificar as opções da intervenção, (3) identificar o conteúdo e opções de implementação. Estas etapas são ainda divididas em diferentes passos (Michie et al., 2014). O processo de desenvolvimento da intervenção de adesão à medicação nas pessoas idosas na transição hospital-casa é apresentado na Figura 6; estão mapeadas as diferentes etapas, incluindo os sete passos da BCW, com a primeira fase do enquadramento do MRC. São descritas sucintamente em seguida as diferentes etapas para derivar as técnicas de mudança de comportamento com base na BCW.

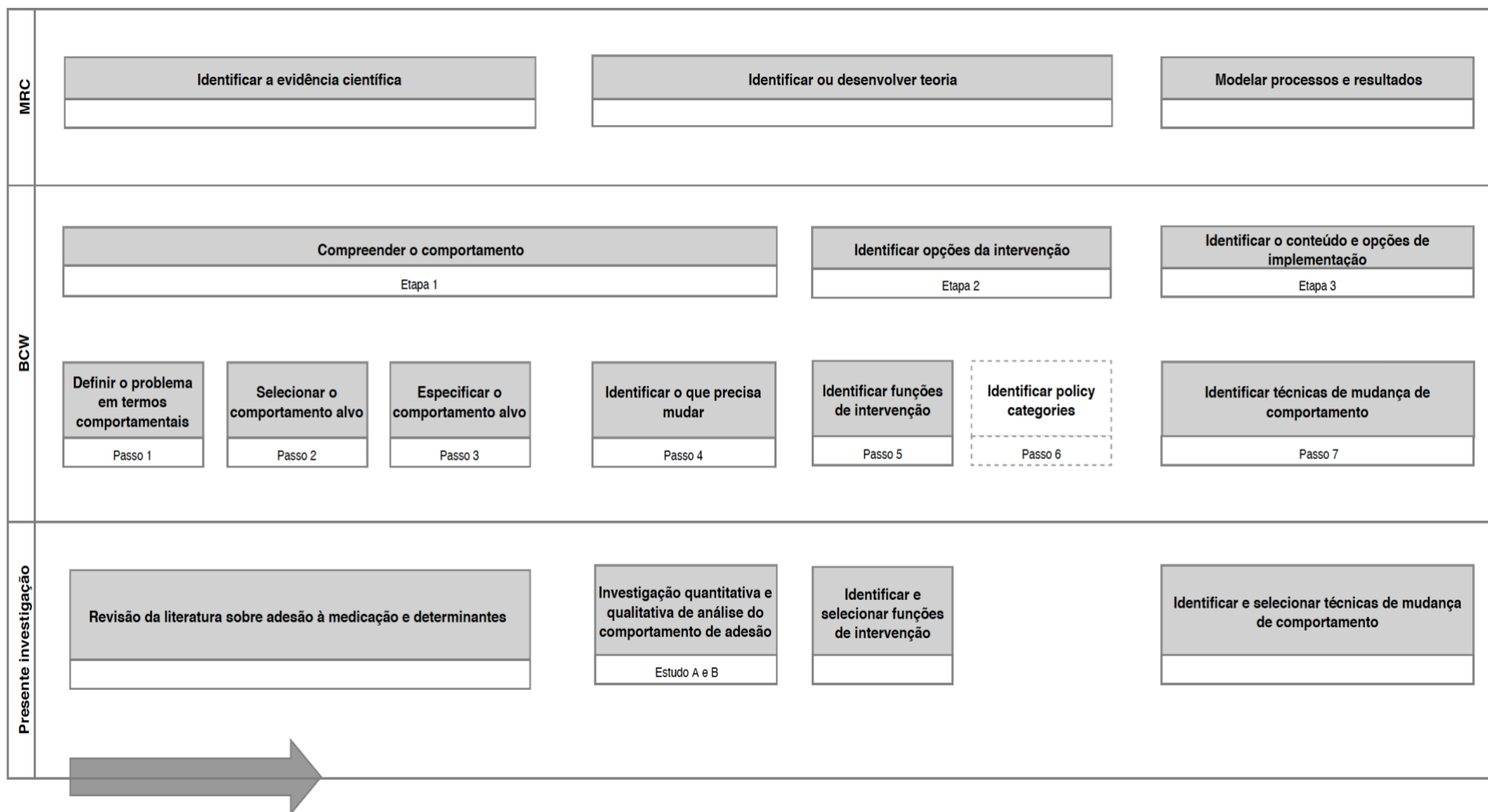


Figura 6: Panorâmica do desenho da investigação com a integração do enquadramento MRC para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas e a BCW

Etapa 1: Compreender o comportamento

Para promover a mudança do comportamento de adesão à medicação em pessoas idosas na transição hospital-casa, é importante compreender o comportamento e os fatores que inibem ou facilitam a mudança (Michie et al., 2014). Neste sentido, foi realizada uma análise comportamental, suportada pelo modelo COM-B. Esta procura identificar e explorar os determinantes do comportamento de adesão aos medicamentos na população idosa em estudo, através de uma abordagem quantitativa e qualitativa.

Procurando transpor as limitações associadas à utilização exclusiva da abordagem quantitativa e qualitativa e dar resposta aos objetivos da investigação, impôs-se a opção por um desenho com métodos mistos para aumentar a amplitude e profundidade do fenómeno em estudo. Creswell (2014) refere que uma premissa central da pesquisa com métodos mistos é que o uso de abordagens quantitativas e qualitativas, em combinação, fornecem uma melhor compreensão do problema de investigação do que qualquer uma das abordagens isoladamente.

Os artigos e livros publicados introduzem diferentes definições sobre métodos mistos que tendem a contrastar entre si, incluindo apenas o carácter metodológico (Teddlie & Tashakkori, 2009) ou métodos e/ou filosofia (Creswell & Clark, 2011). A perspetiva adotada no presente trabalho é a apresentada por Creswell e Clark (2011, p. 5):

“Um desenho de pesquisa com premissas filosóficas bem como métodos de investigação. Como metodologia, envolve premissas filosóficas que orientam a direção da colheita e análise de dados e a combinação de abordagens quantitativa e qualitativa em muitas fases do processo de pesquisa. Como método, centra-se na colheita, análise e integração de dados quantitativos e qualitativos num único ou numa série de estudos”.

Como revelam os autores, os métodos mistos são caracterizados pela integração de uma abordagem quantitativa e qualitativa, que pode ser em várias fases do processo de investigação, i.e., durante a recolha de dados, análise ou interpretação dos mesmos. O objetivo dos métodos mistos é alcançar uma resposta otimizada à(s) questão(s) de investigação.

A crescente atenção sobre os métodos mistos pode ser explicada pelo entendimento dos cuidados de saúde como atividades ou intervenções complexas (Richards & Borglin, 2011). A investigação que não reconhece esta complexidade tem sido apontada como tendo uma valia limitada (Griffiths & Norman, 2013). Adicionalmente, investigadores nesta área têm

ressaltado a importância da mudança do campo de pesquisa exclusivamente descritiva e transversal para um paradigma que sustenta a implementação do conhecimento adequado à complexa realidade dos cuidados de saúde (Chalmers et al., 2014; Chalmers & Glasziou, 2009; Mantzoukas, 2009; Richards, Coulthard, & Borglin, 2014).

Com a introdução do enquadramento do MRC (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, & Petticrew, 2008; Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008) para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas, a ênfase foi colocada nos métodos mistos como desenho de investigação. Face à complexidade das intervenções na área da saúde, é natural que as questões de investigação que emergem exijam a utilização de métodos capazes de lidar com a realidade clínica.

Sustentados pelo pragmatismo, os métodos mistos são caracterizados pela importância atribuída ao objetivo da investigação na condução da pesquisa. Assim, o objetivo do estudo sobrepõe-se aos métodos que são necessários para o atingir. Outro pressuposto relevante é que o objetivo é abordado através de múltiplas perspetivas. Consequentemente, são rejeitados o dualismo objetivo-subjetivo e a escolha entre uma visão pós-positivista ou naturalista (Bishop, 2015).

O pragmatismo tem ainda a particularidade que é o seu carácter pragmático, o que significa que, independentemente da filosofia subjacente, a abordagem ou método que conduz à melhor evidência, é aquele que deve ser usado. Uma interpretação do pragmatismo associada à investigação de métodos mistos é exposta por Cornish e Gillespie (2009) e Bishop (2015). Os autores determinam que o conhecimento gerado pela investigação representa com precisão a realidade e ainda tem consequências externas importantes no contexto da pesquisa, advogando a produção de mudanças positivas no mundo. Portanto, a estratégia de pesquisa para a recolha, análise e interpretação de dados, a natureza da realidade e como é adquirido o conhecimento a partir do sabido têm o seu próprio posicionamento, como demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4: Visão do pragmatismo

Pragmatismo	
Metodologia	Métodos mistos.
Ontologia	Múltiplas perspetivas da compreensão da realidade.
Epistemologia	O conhecimento não é neutro, pois é influenciado pelo interesse humano. Logo, o conhecimento é formado por valores objetivos e subjetivos.

Adaptado de Borglin (2015)

É com base nesta premissa que se justifica a utilização de métodos mistos na presente etapa da investigação. A complexidade do comportamento de adesão aos medicamentos exige uma abordagem quantitativa e qualitativa para a compreensão integrada do fenómeno e, posterior, desenho da intervenção.

Metodologicamente, a atual investigação utiliza métodos mistos num desenho convergente paralelo que visa obter dados que complementem a compreensão do comportamento de adesão aos medicamentos. Desta forma, os dados quantitativos e qualitativos são recolhidos em simultâneo (concorrente) e com igual prioridade (Creswell & Clark, 2011). Contudo, a análise de dados é mantida separada e os dados são integrados quando aplicadas as orientações preconizadas pelo enquadramento BCW.

O desenho dos métodos mistos apresentado permite obter dados diferentes, porém que complementam o conhecimento sobre o fenómeno em estudo, através da integração das duas tipologias de dados recolhidos. Possibilita assim minimizar as limitações associadas à utilização dos métodos quantitativo ou qualitativo isoladamente e ainda beneficiar das características robustas que os definem individualmente. Consequentemente, garante a credibilidade e confiabilidade dos resultados da investigação.

Especificamente, o estudo A é um estudo observacional e transversal. Este permite identificar os determinantes do comportamento de adesão numa população num determinado momento (Kesmodel, 2018; Newman-Casey et al., 2015; Pagès-Puigdemont et al., 2018). A temporalidade na recolha dos dados é uma característica básica deste tipo de estudos e foram utilizados questionários, que se apresentam como instrumentos clássicos face à abordagem definida. Detalhes sobre os métodos do estudo A são apresentados na secção 2.2.

Simultaneamente e com vista à compreensão complementar do comportamento de adesão aos medicamentos e para aprofundar os determinantes associados a este, foi realizado o estudo B de carácter qualitativo, que utilizou a técnica de entrevista semiestruturada. A descrição dos métodos do estudo B é apresentada na secção 2.3.

Deste modo, os achados do estudo A e B permitem identificar os determinantes de adesão aos medicamentos nos idosos, os componentes teóricos que lhes estão subjacentes, através da análise COM-B, e aqueles que são necessários mudar para a adoção do comportamento alvo na população idosa em estudo.

A recolha de dados do estudo A e B decorreu entre novembro de 2017 e julho de 2018. A presente investigação foi aprovada pelo Conselho de Administração de um Centro

Hospitalar de Lisboa (nº 425/2017) e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) (Anexo A).

Etapa 2: Identificar as opções da intervenção

As funções de intervenção e a sua relação com os componentes COM-B estão mapeadas numa matriz desenvolvida por Michie e os seus colegas (2014). Nesta etapa, a análise COM-B descrita anteriormente foi ligada a funções da intervenção específicas, de acordo com as orientações dos autores, permitindo identificar as estratégias com maior probabilidade de serem eficazes na mudança de comportamento e que foram integradas na intervenção. A seleção das funções de intervenção foi informada pela sua relevância e pela aplicação de critérios definidos pela abordagem da BCW (Michie et al., 2014), que serão detalhados na secção 2.4.2. A BCW também inclui uma matriz que indica as sete *policy categories* que suportam a distribuição da função de intervenção. Porém, o objetivo da presente investigação não se prende com a implementação ou reestruturação de políticas, pelo que foram excluídas do processo nesta fase.

Etapa 3: Identificar o conteúdo e opções de implementação

As funções de intervenção selecionadas representam a abordagem mais ampla para alcançar a mudança do comportamento de adesão aos medicamentos. Esta etapa tem como objetivo identificar as técnicas de mudança de comportamento necessárias para operacionalizar as funções de intervenção, que constituirão a intervenção e terão potencialmente maior sucesso. Foi utilizada a matriz que espelha a relação entre as funções de intervenção e as técnicas de mudança de comportamento, incluídas na taxonomia BCTTv1 (Cane et al., 2015; Michie et al., 2013).

A seleção das técnicas de mudança de comportamento foi informada pela sua relevância e pela aplicação de critérios definidos pela abordagem da BCW (Michie et al., 2014). Detalhes sobre os procedimentos adotados nesta etapa são expostos na secção 2.4.3.

2.1.1 Contexto

Para o desenvolvimento de uma intervenção é recomendada a descrição do contexto onde esta será implementada (Bleijenberg et al., 2018).

A reforma da saúde culminou com o estabelecimento do Sistema Nacional de Saúde Português (SNS), um sistema com base em princípios de cobertura universal, acesso equitativo e serviços praticamente gratuitos. Atualmente, o sistema de saúde português é caracterizado por três coexistências e sistemas sobrepostos: o SNS, os regimes especiais de seguros de saúde para profissões ou setores específicos (i.e., subsistemas de saúde) e os seguros de saúde voluntários privados. Porém, o SNS continua a ser o principal sistema de saúde em Portugal (Simões, Augusto, & Hernández-Quevedo, 2017).

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) garantem, simultaneamente, a promoção da saúde e prevenção de doenças, incluindo a gestão de problemas de saúde, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade (Simões et al., 2017).

Genericamente, os cuidados de saúde primários são geridos pelos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), que têm organização independente (não financeira) e são compostos por várias unidades. Os ACES incluem Unidades de Saúde Familiar (USF), Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidades de Saúde Pública (USP), Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), tendo sempre na sua base a tríade clássica de profissionais dos CSP que são médicos, enfermeiros e pessoal administrativo (Entidade Reguladora da Saúde, 2014).

A missão do ACES é garantir a prestação de cuidados primários à população de uma determinada área geográfica. Cada ACES tem uma área geográfica sob jurisdição, correspondente ao NUTS III (Nomenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos) ou um município ou conjunto de municípios, e é constituído considerando os recursos disponíveis e condições sociodemográficas, incluindo: (1) número de residentes na área; (2) organização da população na área; (3) estrutura etária da população; e (4) o acesso da população ao hospital na rede de referência.

Geograficamente, a presente investigação foi realizada no território de um ACES de Lisboa em que área de influência inclui o Centro Hospital. Em 2018, este ACES de Lisboa incluía 17 unidades de saúde, das quais seis eram UCSP e 11 eram USF. Esta área apresenta cerca

de 27.8% de pessoas com mais de 65 ou mais anos, acompanhando o aumento de esperança média de vida à nascença reportado a nível nacional (Quitério et al., 2018).

Os cuidados secundários e terciários são prestados principalmente em hospitais, que são agrupados em Centros Hospitalares e cobrem uma determinada área geográfica. Os hospitais são classificados de acordo com os serviços que dispõem. Os cuidados de saúde secundários (CSS) podem ser definidos pela representação do conjunto de ações de prevenção, diagnóstico e tratamento realizadas a doentes na fase aguda de doença, cujos episódios se caracterizam pela necessidade de intervenções especializadas, exigindo o recurso a meios/tecnologia diferenciados. Habitualmente resultam em episódios de curta duração (Simões et al., 2017).

Relativamente à circulação das pessoas no SNS, o primeiro contato é realizado através dos cuidados de saúde primários, idealmente. Todavia e à semelhança de outros países europeus, as pessoas acedem aos departamentos de emergência hospitalar, independentemente de terem sintomas agudos.

Perante os recursos no SNS, as pessoas internadas aquando da preparação da alta hospitalar podem ser referenciadas para os CSP ou para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de acordo com a sua condição de saúde e social e as suas necessidades de cuidados.

Na última década, a continuidade e coordenação de cuidados têm sido uma prioridade global, visando a reorientação dos serviços de saúde para as necessidades das pessoas. Algumas reformas no SNS têm procurado responder a esta exigência, nomeadamente com a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), RNCCI e com esta última, a instituição nos estabelecimentos de saúde das Equipa de Gestão de Altas (EGA).

A orientação 002/2013 da Direção Geral de Saúde (DGS) refere “a continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados como elementos essenciais para garantir que o doente recebe os melhores cuidados de saúde, atempados, efetivos e com base na evidência e no consenso científico” (Direcção-Geral da Saúde, 2013).

De acordo com a extensão do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Direção-Geral da Saúde, 2015), deve existir uma coordenação efetiva entre os diferentes níveis de cuidados, visando a qualidade dos cuidados e maximizar os ganhos em saúde. As orientações e estratégias propostas são elucidativas sobre a importância da integração e continuidade de cuidados,

procurando garantir que as pessoas, dependendo da sua situação concreta, possam aceder ao tipo e intensidade de cuidados que de fato necessitem, no tempo e lugar adequados.

Concomitantemente, o Plano de Saúde Local de Lisboa Central destaca que uma das prioridades são as intervenções dirigidas aos problemas de saúde crónicos, nomeadamente (1) otimizar a articulação e referenciação entre os CSP e os CSS e (2) analisar a exequibilidade e continuidade dos projetos de Plano Integrado de Alta Hospitalar e a articulação entre CSP e CSS (Quitério et al., 2018). Desta forma, denota-se uma preocupação marcada sobre a otimização de estratégias de coordenação, integração e continuidade de cuidados no panorama nacional.

2.2 Estudo A: transversal

O estudo transversal descrito na presente secção permite a recolha de dados sobre características, atitudes e comportamentos das pessoas idosas, podendo ser estabelecidas associações entre as diferentes variáveis.

Os objetivos deste estudo são:

- Identificar características sociodemográficas das pessoas idosas;
- Conhecer a avaliação multidimensional dos idosos;
- Caracterizar a natureza do regime medicamentoso;
- Avaliar a adesão à terapêutica medicamentosa;
- Identificar determinantes de adesão aos medicamentos nas pessoas idosas.

O carácter quantitativo desta investigação é relatado de acordo com a lista de verificação STROBE, que visa garantir a divulgação abrangente de métodos quantitativos, incluindo estudos transversais (von Elm et al., 2007).

2.2.1 Amostragem

A população deste estudo foi constituída pelas pessoas internadas numa Unidade de Medicina Interna (UMI) de um Centro Hospitalar de Lisboa (CHL). No ano 2016, a estatística do movimento assistencial indica um total de 1032 pessoas (≥ 18 anos) admitidas no internamento e 516 indivíduos no primeiro semestre de 2017 (dados fornecidos pela instituição). Considerando a prevalência do fenómeno de adesão à medicação de cerca de 50% e de acordo com o erro de amostragem de 0.05, a dimensão da amostra calculada foi de 280 pessoas idosas (IC = 95%). O cálculo da dimensão da amostra foi obtido com recurso ao *software* Epi Info TM, uma ferramenta disponibilizada pelos Centros para Controlo e Prevenção de Doenças (<https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>).

Foi constituída uma amostra não probabilística de acordo com os critérios de inclusão e exclusão dos participantes, apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Critérios de inclusão e exclusão dos participantes

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Pessoas com 65 ou mais anos	Residir em lar ou outras instituições
Falar e compreender a língua portuguesa	Défice da acuidade auditiva não compensado
Residir em casa	
Deter 2 ou mais doenças crónicas	
Ter ≥ 4 ou mais medicamentos prescritos	
Sem défice cognitivo OU com défice cognitivo e cuidador	

O cuidador foi definido como o indivíduo (i.e., pessoa significativa) que se identifica como responsável por proporcionar e coordenar os cuidados ao idoso, em particular a gestão do regime medicamentoso (OECD, 2017).

2.2.2 Procedimentos de recolha de dados

Os dados do estudo foram obtidos por aplicação do caderno de instrumentos às pessoas idosas internadas numa UMI do CHL.

A seleção do contexto de estudo é justificada pela apresentação da investigação à direção de enfermagem do CHL, que reconheceu a não adesão à medicação como um problema da população idosa abrangida pela instituição. Assim, foram contactadas as várias unidades de medicina interna do CHL e apresentado o projeto de investigação, tendo sido eleita uma delas.

Obtida a aprovação pela Comissão de Ética do CHL (n.º 425/2017), o projeto de investigação foi apresentado à equipa multidisciplinar e selecionados quatro enfermeiros que manifestaram interesse em participar na identificação dos indivíduos de acordo com os critérios de elegibilidade.

Os instrumentos de recolha de dados foram sujeitos a pré-teste para adequação à população em estudo. Com a realização do pré-teste do questionário pretendeu-se averiguar:

- A compreensão de todas as questões da forma prevista pelo investigador;
- A adequação das questões e a sua ordem;
- A aceitabilidade do tempo de preenchimento dos instrumentos de recolha de dados;
- O tempo mínimo e máximo de preenchimento.

O pré-teste foi realizado entre setembro e outubro de 2017 e os participantes foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, avaliando-se também a operacionalização destes. Trinta pessoas concluíram o pré-teste (Perneger, Courvoisier, Hudelson, & Gayet-Ageron, 2015).

A versão inicial sujeita a pré-teste revelou a adequação dos instrumentos para avaliar as características sociais e de saúde das pessoas idosas e potenciais determinantes de adesão aos medicamentos, tendo sido bem aceite pelos participantes. Deste modo, o caderno de colheita de dados permaneceu inalterada na sua composição global, foram apenas corrigidos os erros dactilográficos identificados, eliminados termos que tornaram as questões mais diretas e realizadas alterações linguísticas mínimas de forma a tornar mais clara a intenção da questão como a substituição de algumas palavras por sinónimos, nos formulários produzidos pelo investigador.

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi realizada pelo investigador. De acordo com as instruções dos instrumentos, estes foram aplicados por entrevista ou por autopreenchimento. A recolha de dados por indivíduo teve a duração entre 30 a 45 minutos.

As pessoas idosas foram abordadas até 48 horas após a admissão na UMI e a aplicação dos instrumentos de colheita de dados foi feita à cabeceira do indivíduo. O investigador, no contacto estabelecido com as pessoas selecionadas para integrar a amostra, primeiramente apresentou-se (nome, enfermeira), seguindo-se a explicação dos objetivos, finalidade do estudo, importância da colaboração solicitada e auscultação da disponibilidade em responder ao questionário. Perante uma receção positiva, foram efetuadas as questões que confirmavam se reunia os critérios de inclusão e foi obtido o consentimento informado escrito (Apêndice B).

2.2.3 Instrumentos de recolha de dados

Considerando os objetivos da investigação, assim como as características da população que se pretende estudar, identificaram-se os instrumentos de recolha de dados que permitissem obter a informação necessária para responder à finalidade do estudo.

Assim, foram utilizados os seguintes instrumentos de medida (Apêndice A):

- Formulário com a seleção das características sociodemográficas que permita conhecer a população em estudo.

- Avaliação do estado cognitivo através do *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; Guerreiro et al., 1994).
- Formulário para avaliação do conhecimento sobre os medicamentos.
- Autorrelato das doenças crônicas.
- Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (Delgado & Lima, 2001).
- Causas do comportamento de não adesão.
- Tipologia da ajuda para gerir o regime medicamentoso.
- Avaliação do estado de dependência nas atividades de vida diária através do Índice de Barthel (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007; Mahoney & Barthel, 1965).
- Avaliação do estado de dependência nas atividades instrumentais de vida diária através da Escala de Lawton e Brody (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2007; Lawton & Brody, 1969).
- Escala de depressão geriátrica - versão 15 itens (Apóstolo, Bobrowicz-Campos, Carvalho Dos Reis, Henriques, & Correia, 2018; Apóstolo et al., 2014; Jongenelis et al., 2005; Sheikh & Yesavage, 1986; Yesavage et al., 1983).
- Avaliação do estado nutricional com o instrumento *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (Guigoz, 2006; Vellas et al., 1999).
- Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) (George, Phun, Bailey, Kong, & Stewart, 2004; Melchior, Correr, & Fernández-Llimos, 2007).
- Crenças acerca dos medicamentos com a aplicação do *Beliefs about Medicines Questionnaire Specific* (BMQ-Specific) (Horne, Weinman, & Hankins, 1999; Salgado et al., 2013).

A opção pela construção de determinados formulários prendeu-se, essencialmente, com dois argumentos: o primeiro diz respeito à inexistência de instrumentos que permitam avaliar todas as dimensões em estudo e o segundo relaciona-se com os constrangimentos inerentes à utilização de instrumentos, como a transversalidade da sua propriedade a diferentes disciplinas. Assim, tendo por base a matriz teórica do modelo COM-B (Michie et al., 2014, 2011) e a identificação dos determinantes do comportamento de adesão à medicação com relevância para a enfermagem e população em estudo (Kardas et al., 2013; Sabaté, 2003),

foram selecionado instrumentos validados e ainda produzidos formulários para o efeito. Em seguida, são apresentados detalhadamente os instrumentos utilizados.

Para a construção do instrumento de colheita de dados, foram selecionadas características sociodemográficas que permitam conhecer a população em estudo. Estas são apresentadas na Tabela 6. Para caracterizar o nível de escolaridade, optou-se por adotar a Classificação Internacional Normalizada da Educação (ISCED) (UNESCO Institute for Statistics, 2012), que possibilita a organização em grupos reduzidos e reconhecidos internacionalmente.

Tabela 6: Variáveis referentes à caracterização sociodemográfica das pessoas idosas

Variável	Tipo	Valor
Idade	Quantitativa	Anos completos
Sexo	Qualitativa nominal dicotómica	Feminino/Masculino
Nacionalidade	Qualitativa nominal	
Estado civil	Qualitativa nominal	Solteiro
		Casado/União de Facto
		Viúvo
		Divorciado
Reside só	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Nível de escolaridade	Qualitativa ordinal	Não frequência escolar/Educação pré-escolar
		1.º e 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)
		3.º ciclo do ensino básico (até ao 9.º ano)
		Ensino secundário (até ao 12.º ano)
		Bacharelato ou licenciatura ou nível equivalente
		Mestrado ou nível equivalente
Cuidador como suporte	Qualitativa nominal dicotómica	Sim/Não
Idade do cuidador	Quantitativa	Anos completos
Tempo que o idoso permanece só	Quantitativa	Número de horas
Episódios de recurso ao serviço de urgência no último ano	Quantitativa	Número absoluto
Internamentos no último ano	Quantitativa	Número absoluto

O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) foi desenvolvido com o intuito de identificar indivíduos com deterioração cognitiva (Folstein et al., 1975; Nieuwenhuis-Mark, 2010). Os primeiros estudos de adaptação transcultural, normalização e validação foram realizados por Guerreiro e colaboradores (1994), permitindo classificar os indivíduos com ou sem défice. Posteriormente, os normativos para Portugal foram atualizados, baseando-se numa amostra de indivíduos com idade superior a 50 anos (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, & Martins, 2009). Segundo os autores, a literacia é preditiva da pontuação total do teste e sugerem os seguintes valores de corte de 22 para 0-2 anos de literacia, 24 para 3-6 anos e 27 para literacia \geq sete anos.

Foi utilizada a versão adaptada à população portuguesa, assim como as instruções de aplicação propostas por Guerreiro e colaboradores (1994). O teste é composto por 30 questões, organizadas em seis domínios cognitivos e pontuadas com valor 0 quando o indivíduo não responde ou dá uma resposta incorreta ou 1 quando este fornece uma resposta correta (Apêndice A). O teste permite obter uma pontuação máxima de 30 pontos, sendo que as pontuações mais elevadas indicam melhor desempenho cognitivo.

Relativamente ao conhecimento sobre os medicamentos, este foi definido como o conjunto de informação que a pessoa possui sobre os seus medicamentos, necessária para uma utilização correta dos mesmos. Esta informação inclui o nome do medicamento, apresentação farmacêutica, objetivo terapêutico, posologia, quantidade por dia e hora(s) da toma. Cada questão recebeu um ponto quando o conhecimento estava presente e zero se ausente. A pontuação final foi calculada somando a pontuação de cada medicamento, normalizando e convertendo em percentagem. Foi considerado que o indivíduo tem conhecimento se responder corretamente às cinco questões descritas anteriormente para cada medicamento prescrito. Foram ainda adicionadas ao formulário outras variáveis que permitem caracterizar o regime medicamento da pessoa idosa (Apêndice A).

Foi utilizado um formulário que pretendia identificar as doenças diagnosticadas, através da informação fornecida pelo entrevistado e pela consulta do processo clínico (Apêndice A). As doenças foram descritas de acordo com o sistema de classificação internacional de doenças (ICD-10 versão 2016).

A adesão à medicação foi acedida através da escala Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) (Delgado & Lima, 2001), que foi desenvolvida a partir do instrumento de Morisky e colaboradores (1986). O instrumento original consiste num questionário com quatro itens que utiliza respostas do tipo dicotómicas e Delgado e Lima (2001) acrescentaram ainda três

itens, tendo o último o objetivo de permitir à pessoa uma reflexão mais global sobre a adesão. O questionário é assim composto por sete itens, que avaliam o comportamento do indivíduo em relação à utilização diária dos medicamentos. A pontuação é obtida através de uma escala ordinal de seis pontos, em que 6 corresponde a maior nível de adesão (Apêndice A).

O índice de adesão à medicação é obtido através do somatório dos valores de cada item. Os autores sugerem que o índice de adesão seja dicotomizado pela mediana, classificando as pessoas acima da mediana como aderentes e abaixo da mediana como não aderentes.

O instrumento MAT apresenta uma boa consistência interna (α de Cronbach de 0.74), caracteriza-se pela sensibilidade e especificidade na captação de diversos comportamentos de adesão através da escala de Likert. Apresentou ainda correlações elevadas no que concerne à validade concorrente (Delgado & Lima, 2001) (Apêndice A).

Também foram colocadas cinco questões fechadas e uma aberta sobre as causas de não adesão aos medicamentos, que permitem complementar a resposta ao sétimo item do questionário MAT (alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?) (Apêndice A).

Adicionalmente, foi construído um formulário com a tipologia da ajuda que a pessoa idosa requer para gerir o regime medicamentoso. Este formulário foi suportado por um estudo observacional que identificou as limitações físicas e psicológicas que as pessoas idosas têm na gestão da medicação (Notenboom et al., 2014) e nos determinantes de adesão ao regime medicamentoso (Kardas et al., 2013; Sabaté, 2003) (Apêndice A).

No que concerne à avaliação da capacidade funcional para realizar as atividades de vida diária (AVD), esta foi acedida através do Índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965) (Apêndice A). É uma escala ordinal composta por dez itens que reportam AVD. Na versão original, a pontuação da escala varia de 0-100. A pontuação mínima de zero corresponde a dependência total em todas as AVD avaliadas e a máxima de 100 equivale a independência total nas AVD.

O estudo das propriedades psicométricas do instrumento para a população idosa portuguesa foi realizado por Araújo e colegas (2007) e revelou um nível de fidelidade elevado (α de Cronbach de 0.96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0.66$ e $r = 0.93$. Acrescenta-se ainda que este apresentou uma correlação forte e positiva (0.84) com a escala de Lawton e Brody. A versão portuguesa desenvolvida propõe uma pontuação dos itens em 0, 1, 2 ou 3, obtendo uma pontuação total do índice entre zero

(totalmente dependente) e 20 (totalmente independente) em oposição à versão original (0-100), proposta por Collin, Wade, Davies e Horne (1988); traduções noutras línguas também variam a sua pontuações entre 0-20 e foram aplicadas em idosos (Bouwstra et al., 2019; Toots et al., 2016). De acordo com a pontuação total, o nível de dependência avaliado pelo Índice de Barthel é classificado da seguinte forma:

- Total dependência = 0 - 8 pontos
- Dependência grave = 9 – 12 pontos
- Dependência moderada = 13 – 19 pontos
- Independência total = 20 pontos

Existe vários questionários para avaliar as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) (Gold, 2012). A escala de Lawton e Brody é a mais utilizada e consensualmente aceite na comunidade científica e clínica (Graf, 2008; Koyfman & Finnell, 2019; Lawton & Brody, 1969). O instrumento foi validado numa amostra de idosos não institucionalizados em Portugal e foram analisadas as qualidades psicométricas da escala, obtendo um α de Cronbach de 0.91 (Araújo et al., 2007). O instrumento integra oito AIVD como a capacidade de usar o telefone e fazer compras (Apêndice A). Cada atividade possui um número variável de opções de resposta, indicando o grau de habilidade da pessoa em executar cada atividade, começando num estado completamente independente a totalmente dependente. A pontuação total da escala varia de zero (dependente) e oito (independente) para as mulheres e zero (dependente) e cinco (independente) para os homens.

Historicamente, as mulheres são pontuadas em todas as AIVD e os homens foram apenas avaliados em cinco AIVD, excluindo a preparação de alimentos, atividades de limpeza e lavagem de roupa (Lawton, Moss, Fulcomer, & Kleban, 1982). Apesar das recomendações atuais serem a avaliação de todas as atividades igualmente em ambos os sexos, optou-se por manter a diferença na execução das AIVD proposta inicialmente, considerando as características da população em estudo e o seu contexto cultural. A Tabela 7 apresenta a classificação do nível de dependência nas AIVD, de acordo com a pontuação total e o sexo.

Tabela 7: Classificação do nível de dependência nas AIVD de acordo com a escala de Lawton e Brody

Mulher		Homem
0-1	Dependência Total	0
2-3	Dependência Grave	1
4-5	Dependência Moderada	2-3
6-7	Dependência Ligeira	4
8	Independente	5

Entre os instrumentos indicados para a avaliação dos sintomas depressivos característicos da população idosa encontra-se a Geriatric Depression Scale (GDS) (Yesavage et al., 1983), tendo sido utilizada a versão de 15 itens (Apêndice A). A versão original desta escala é composta por 30 itens e posteriormente, foi derivada uma versão abreviada constituída por 15 itens para minimizar a fadiga associada à avaliação (Jongenelis et al., 2005; Sheikh & Yesavage, 1986). Dependendo dos pontos de corte e da população, a GDS-15 tem sensibilidade e especificidade aceitáveis que variam de 79% a 100% e 67% a 80%, respetivamente, e foi demonstrado ter validade na população idosa (Brown & Schinka, 2005).

O processo de adaptação e validação da GDS-15 para português europeu foi realizado por Apóstolo e colaboradores (2014) e demonstrou boa consistência interna com um valor de α de Cronbach de 0.83 (Apêndice A). Cada resposta afirmativa é classificada com um ponto e cada resposta negativa com zero pontos, exceto os itens 1, 5, 7, 11 e 13 que foram codificados de forma reversa. Uma pontuação alta na GDS sugere a presença de sintomas depressivos de significado clínico (≥ 4.5 pontos), enquanto pontuações baixas indicam a ausência de sintomas clinicamente relevantes (Apóstolo et al., 2018).

Para avaliar o estado nutricional dos indivíduos foi utilizado o instrumento Mini Nutritional Assessment (MNA), que é utilizado na prática clínica e investigação (Cereda et al., 2016; Guigoz, 2006; Poulia et al., 2012; Vellas et al., 1999) (Apêndice A). Este foi desenvolvido em 1994 e é uma ferramenta validada com elevada sensibilidade, especificidade e confiabilidade (Bauer, Kaiser, Anthony, Guigoz, & Sieber, 2008; Vellas et al., 1999). A obtenção da pontuação total a partir do somatório de cada item permite identificar os indivíduos em risco de desnutrição (17 a 23.5 pontos) e desnutridos (< 17 pontos). Uma pontuação entre 24 a 30 indica um estado nutricional normal. A estrutura do MNA é composta por 18 questões agrupadas em quatro categorias (antropometria, estado geral, hábitos alimentares, estado de saúde e nutrição percecionados) (Cereda, 2012).

Relativamente à complexidade do regime medicamentoso, foi aplicado o Índice de Complexidade de Farmacoterapia (ICFT), originalmente desenvolvido por George e colaboradores (2004) e posteriormente, traduzido e validado para o português do Brasil (Melchioris et al., 2007). A avaliação suportada no ICFT tem demonstrado associação significativa entre a complexidade do regime medicamentoso e a adesão (Pantuzza, Ceccato, Silveira, Junqueira, & Reis, 2017).

O ICFT é um instrumento com 65 itens, divididos em três secções: a secção A corresponde à informação sobre as formas de dosagem (32 itens), a secção B é sobre a frequência de dosagem (23 itens) e a secção C diz respeito às instruções adicionais, como horários específicos e uso com alimentos, entre outras. O ICFT é obtido através do somatório das pontuações de cada secção; uma pontuação mais elevada no ICFT reflete maior complexidade do regime medicamentoso (Apêndice A).

O questionário de crenças sobre os medicamentos – *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) – é uma ferramenta amplamente utilizada para avaliar as crenças das pessoas acerca dos medicamentos e a sua relação com o comportamento de adesão (Horne, Weinman e Hankins, 1999). Este apresenta duas secções: uma que avalia crenças gerais sobre os fármacos (BMQ-Geral) e outra que explora as crenças específicas da pessoa face aos medicamentos prescritos (BMQ-Específico). As duas secções do questionário podem ser utilizadas conjunta ou separadamente, dependendo do objetivo.

Face ao objetivo da presente investigação, aplicou-se o questionário específico de crenças sobre os medicamentos (BMQ-Específico) que tem onze itens e compreende duas subescalas: uma escala que avalia a crença sobre a necessidade da medicação prescrita, constituída por cinco itens e uma escala de seis itens, que corresponde às preocupações das pessoas acerca do perigo de dependência e toxicidade a longo prazo e efeitos adversos. Cada item é cotado numa escala de Likert de cinco pontos, de acordo com o grau de concordância com as afirmações e as pontuações totais para as subescalas *necessidade* e *preocupações* variam de 5 a 25 e de 6 a 30, respetivamente. De acordo com os autores (Robert Horne & Weinman, 1999), quanto maior a pontuação, maior é a crença do indivíduo em relação ao conceito apresentado. A pontuação também pode ser interpretada através da dicotomização pelo ponto médio da escala de resposta. Este método permite categorizar os respondentes de acordo com a sua visão acerca dos medicamentos prescritos.

A versão portuguesa do questionário BMQ-Específico encontra-se validada para a população portuguesa (Salgado, Marques, et al., 2013), apresentando uma consistência

interna de 0.70 e um α de Cronbach de 0.76 e 0.67 nas subescalas *necessidade* e *preocupações*, respetivamente (Apêndice A).

Foi utilizado o BMQ-Específico porque postula relações entre duas dimensões separadas – crenças sobre a necessidade da medicação e as preocupações da pessoa sobre esta – e entre esses dois preditores e a adesão ao regime medicamentoso prescrito, integrando a teoria multidimensional Necessidades-Preocupações. Este enquadramento teórico afirma que a adesão ao regime medicamentoso prescrito é potenciada quando as crenças das pessoas sobre a necessidade da medicação excedem as suas preocupações (Horne & Weinman, 1999).

Assim, a evidência suporta que para a maioria das condições de saúde crónicas, a manutenção de crenças robustas sobre a necessidade da medicação e a fragilidade das preocupações sobre os potenciais efeitos negativos desta são preditivas da adesão à terapêutica medicamentosa (Foot, La Caze, Gujral, & Cottrell, 2016; West, Borg Theuma, & Cordina, 2018). O questionário BMQ-Específico permite ainda relacionar as crenças sobre os medicamentos e a adesão através da subtração da pontuação da subescala das preocupações à escala das crenças sobre a necessidade, gerando um diferencial (Robert Horne & Weinman, 1999; Nie, Chapman, Chen, Wang, & Wei, 2019).

As autorizações dos autores para utilizar os instrumentos que não se encontram em domínio público, estão apresentadas no Anexo B.

2.2.4 Tratamento e análise de dados

Relativamente ao tratamento dos dados, cada participante foi identificado com um código exclusivo de acordo com a ordem em que os questionários foram realizados. As respostas aos questionários foram inseridas pelo investigador no SPSS versão 25 da IBM® (IBM Corp., 2017). Quaisquer respostas omissas foram codificadas de acordo.

Para verificar imprecisões na codificação e inserção dos dados, uma amostra aleatória de 10% foi gerada no SPSS e verificada. Das 15 686 variáveis que foram verificadas, apenas três imprecisões foram identificadas e corrigidas. Um procedimento suplementar de verificação de dados para detetar valores discrepantes ou fora da escala foi executado através de medidas estatísticas descritivas geradas pelo SPSS.

A análise estatística dos dados foi realizada com recurso ao software IBM SPSS versão 25. Primeiramente, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, frequência

simples e relativa, medidas de tendência central e dispersão. Este foi o primeiro passo para analisar e apresentar os resultados do estudo. Posteriormente, os dados foram analisados através do uso de estatística inferencial, que permite identificar associações entre as variáveis e comparar grupos (Field, 2013). Salienta-se que, embora os estudos transversais possam ajudar a identificar possíveis associações, não podem ser estabelecidas conexões causais como indicar que determinada característica ou atitude causa um dado comportamento. Portanto, não se estabelece uma relação temporal porque a causa e o efeito são concomitantes (Bryman, 2012).

O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em $(\alpha) \leq .05$. Utilizou-se o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, o coeficiente de correlação de Pearson, o teste do Qui-quadrado de independência, o teste t de student para amostras independentes, o t de Student para amostras emparelhadas, a Anova One-Way, o teste de Kruskal-Wallis e a regressão linear múltipla com o método *Enter*. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. Nas situações em que este pressuposto não estava satisfeito usou-se o teste do Qui-quadrado por simulação de Monte Carlo. Aceitou-se a normalidade de distribuição dos valores das variáveis nas amostras com dimensão superior a 30, de acordo com o teorema do limite central.

A homogeneidade de variâncias foi analisada com o teste de Levene. Quando os pressupostos da Anova One-Way não se encontravam satisfeitos, usou-se o teste de Kruskal-Wallis como alternativa. Quando a homogeneidade de distribuições não se encontrava satisfeita usou-se o teste t de Student ou a Anova One-Way com a correção de Welch. Os pressupostos da regressão linear múltipla, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de Kolmogorov-Smirnov), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente satisfeitos.

A análise estatística referente às variáveis conhecimento, crenças sobre os medicamentos, depressão, ajudas necessárias para gerir o regime e adesão à medicação foi considerada separadamente, subdividindo-se a análise em dois subgrupos: idosos ($n = 245$) e cuidadores ($n = 56$).

2.3 Estudo B: qualitativo

O presente estudo tem uma abordagem qualitativa que permite a compreensão teórica e análise detalhada do comportamento de adesão à medicação das pessoas idosas. Este estudo tem como objetivo:

- Identificar determinantes de adesão aos medicamentos das pessoas idosas na transição hospital-casa.

A pesquisa qualitativa é definida como a investigação de fenómenos, tipicamente de uma forma aprofundada e holística, através da coleção de narrativas (Polit & Beck, 2018). Carateristicamente, esta foca-se no conteúdo da comunicação, o que permite que os investigadores obtenham informações detalhadas sobre o comportamento de interesse e que explorem questões de investigação como o *porquê*, o *que* e o *como* (Bryman, 2012).

Vários estudos exploraram a adesão à medicação nas pessoas idosas numa vertente qualitativa (Henriques, Costa, & Cabrita, 2012; Knight et al., 2011; Lee et al., 2013; Notenboom et al., 2014; Tordoff, Simonsen, Thomson, & Norris, 2010). Contudo, não exploram detalhadamente as barreiras e facilitadores que influenciam a adesão à medicação nas pessoas idosas na transição hospital-casa, usando o modelo COM-B.

Os domínios qualitativos do presente estudo são reportados de acordo com a lista de verificação COREQ, que visa garantir o relato explícito de pesquisas qualitativas (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).

2.3.1 Amostragem

Outra consideração importante ao realizar pesquisa qualitativa é a abordagem pela qual os indivíduos são selecionados para participar na investigação (Creswell, 2014; Elo et al., 2014; Green & Thorogood, 2014). As estratégias de amostragem devem ser escolhidas de forma a fornecer informações ricas e consistentes (Moser & Korstjens, 2018). Embora não exista uma regra para selecionar a estratégia de amostragem, as decisões em relação a esta devem ser sistematicamente determinadas e reportadas no início da investigação, garantindo rigor e fidedignidade (Polit & Beck, 2018).

Assim, foi adotada uma estratégia de amostragem intencional que permite identificar indivíduos potencialmente providos de informação relevante para o fenómeno em estudo, usando critérios de elegibilidade predefinidos.

Os indivíduos que participaram no estudo A foram elegíveis se apresentassem quatro ou mais idas ao serviço de urgência ou quatro ou mais internamentos hospitalares nos 12 meses anteriores à hospitalização atual. Este critério baseou-se numa revisão sistemática da literatura que incluiu 24 estudos observacionais prospetivos, estimando uma taxa média de prevalência de admissões hospitalares associadas à não adesão de 4.29%; variando a taxa entre 0.72% e 10.79% (Mongkhon et al., 2018).

Perante o défice cognitivo da pessoa idosa, considerou-se o cuidador como informante, uma vez que este experiencia as transições entre o hospital-casa, incluindo os fatores que influenciam a adesão e que poderão informar o desenvolvimento da intervenção. Na Tabela 8 estão concatenados os critérios de elegibilidade para o presente estudo.

Tabela 8: Critérios de elegibilidade para o estudo qualitativo

Critérios de elegibilidade do estudo B
Pessoas com 65 ou mais anos ou cuidador da pessoa com 65 ou mais anos
Falar português
Sem défice cognitivo OU com défice cognitivo e cuidador
Ter três ou mais condições de saúde crónicas
Ter quatro ou mais medicamentos prescritos (definição de polimedicação adotada nesta investigação)
Residir em casa
Quatro ou mais idas ao serviço de urgência ou quatro ou mais internamentos hospitalares nos 12 meses anteriores à hospitalização atual

Os participantes foram recrutados aquando da recolha de dados para o estudo A.

Em relação ao tamanho da amostra na pesquisa qualitativa, não estão impostos limites no início do estudo. O ponto em que nenhum novo tema relevante emerge dos participantes é chamado de saturação de dados e a coleta de dados cessa quando este é alcançado (Fusch & Ness, 2015). Neste estudo, o tamanho da amostra foi determinado pela qualidade das informações obtidas dos participantes.

2.3.2 Procedimentos de recolha de dados

Os estudos que adotam uma metodologia qualitativa têm disponíveis vários métodos de recolha de dados como as entrevistas, grupos focais e observação participantes (Polit & Beck, 2018). Essencialmente, uma entrevista é uma conversa direcionada às necessidades específicas de dados numa determinada pesquisa. A intensidade com que o investigador direciona a entrevista, na determinação dos tópicos abordados e como estes são discutidos, é uma dimensão pela qual as entrevistas podem ser classificadas. Deste modo, existem três tipologias de entrevistas: estruturada, semiestruturada e não estruturadas. Numa entrevista semiestruturada, o investigador define a agenda em termos dos tópicos abordados, mas as respostas do entrevistado determinam o tipo de informação produzida sobre estes e a importância relativa de cada um deles (Green & Thorogood, 2014). As entrevistas semiestruturadas têm mais flexibilidade e questões adicionais podem ser feitas com base nas respostas do entrevistado, mas o investigador geralmente segue um guião de tópicos pré-preparado para garantir a consistência (Polit & Beck, 2018).

Na presente investigação, a entrevista semiestruturada foi utilizada para explorar os determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) de adesão aos medicamentos aquando da transição hospital-casa, suportados pelo modelo COM-B. A entrevista semiestruturada foi selecionada ainda por três razões. Primeiro, a necessidade de captar a experiência vivenciada pelas pessoas idosas num determinado período de tempo - até 15 dias do regresso a casa após o internamento hospitalar - o que implicou a dispersão temporal do recrutamento. A recuperação episódica e semântica de um evento é tendencialmente mais fácil neste intervalo de tempo (Walentynowicz, Schneider, & Stone, 2018). Assim, a entrevista semiestruturada apresentou-se como a técnica mais viável e eficiente para a recolha de dados em detrimento de outras, como os grupos focais.

Em segundo lugar, a interação unicamente com o investigador, com quem o indivíduo estabeleceu uma relação previamente, pode ajudar a narração de uma experiência intrínseca e sem constrangimentos. E por fim, esta permite ao participante a oportunidade de discutir as suas perspetivas longamente e nos seus próprios termos, num ambiente que a aproxima da experiência recente e que é confortável para o próprio.

Os indivíduos elegíveis no estudo A foram convidados a participar na investigação de natureza qualitativa. Previamente, foram informadas sobre o procedimento de agendamento

das entrevistas e reforçada a informação sobre os objetivos da investigação. O consentimento informado foi obtido em simultâneo com o estudo anterior (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas até 15 dias do regresso a casa após o internamento hospitalar pelo investigador. Foram planeadas a fim de proporcionar condições adequadas para alcançar os melhores resultados possíveis e a disponibilidade dos participantes foi respeitada. Com o consentimento das pessoas idosas, as entrevistas foram realizadas no domicílio das próprias, num ambiente livre de eventuais presenças perturbadoras e interrupções e onde o entrevistado se sentia confortável e seguro. Este facto permitiu que a entrevista se processasse de uma forma interativa, onde se encorajou a livre expressão sobre o fenómeno em estudo, através de uma escuta atenta e ativa.

Na abordagem inicial, foram repetidos os objetivos do estudo e o seu tema central. Foram obtidos dados de caracterização do participante. A entrevista foi suportada por um guião que permitiu a orientação das questões de uma forma flexível, para não interromper o emergir de informação importante e por outro lado, para não incorrer no afastamento do tema central.

As entrevistas semiestruturadas tiveram uma duração média de 56.7 minutos (mín. 41; máx. 84) e foram todas gravadas em registo áudio para transcrição *verbatim* posterior.

2.3.3 Instrumento de recolha de dados

O guião da entrevista semiestruturada foi desenvolvido com base nas fases que são exigidas para a sua construção (Kallio, Pietilä, Johnson, & Kangasniemi, 2016) e que permitem acrescentar credibilidade, objetividade e confiabilidade à investigação qualitativa.

A primeira fase foi descrita e justificada anteriormente e procura avaliar a adequação da entrevista semiestruturada como um método rigoroso de colheita de dados em relação à questão de investigação. Seguidamente, a revisão extensa da literatura sobre a problemática em estudo e focada na finalidade do estudo, tal como o conhecimento prévio do investigador, permitiu criar uma base concetual para o desenvolvimento do guião da entrevista semiestruturada.

O guião da entrevista semiestruturada (Apêndice C) foi desenvolvido pelo investigador e informado pelo modelo COM-B (Michie et al., 2014), operacionalizando o conhecimento anterior de forma estruturada, lógica e coerente. Os conceitos centrais do fenómeno em estudo e a literatura referente aos determinantes da adesão à medicação garantiram a

correspondência entre estes, os componentes do modelo COM-B e as perguntas incluídas no guião. Adicionalmente, foi obtida orientação metodológica e revisão do guião da entrevista semiestruturada por parte de outro investigador num processo iterativo (Rabionet, 2011).

Consequentemente, foi produzido um guião preliminar de entrevista e testado em dois indivíduos implicados no pré-teste dos questionários referentes ao estudo quantitativo. A pilotagem do guião preliminar permitiu identificar questões de acompanhamento que garantiam a fluência da entrevista e compreender a sua objetividade e cobertura dos principais temas. Foi ainda alterada a ordem das questões e realizadas alterações linguísticas de forma a tornar mais claras as questões.

As questões da entrevista foram desenvolvidas com base em cada um dos componentes do modelo COM-B, considerando a matriz teórica fornecida por Michie e colaboradores (2014). Assim, a definição dos componentes e os seus constructos permitiram informar a análise do comportamento de adesão à medicação. Exemplos de perguntas são apresentados em seguida:

- Quanto importante é para si tomar todos os seus medicamentos como o seu médico lhe prescreveu?
- O que é que torna difícil gerir a sua medicação em casa?
- Alguma vez decidiu não tomar a medicação conforme prescrita? Se sim, qual foi a razão?

Como ilustração, a primeira questão aqui apresentada refere-se à componente motivação reflexiva no modelo COM-B.

2.3.4 Tratamento e análise de dados

Existem várias abordagens para analisar e interpretar dados qualitativos que têm sido utilizadas em investigação na área da saúde. A teoria fundamentada, a análise temática e a análise de conteúdo são alguns exemplos (Green & Thorogood, 2014). Embora se reconheçam as diferenças entre as abordagens, o processo de codificação de dados é transversal a estas e é entendido como a atribuição de rótulos descritivos a frases curtas ou palavras (Saldaña, 2009).

De acordo com os objetivos da presente investigação e em concordância com a orientação metodológica seguida, os dados obtidos foram analisados utilizando o *Framework Method* (Gale, Heath, Cameron, Rashid, & Redwood, 2013; Pope, Ziebland, & Mays, 2000; Ritchie & Lewis, 2003). O uso do *Framework Method* permite aos investigadores organizar, comparar/contrastar e reduzir grandes volumes de dados.

Esta abordagem define etapas distintas para analisar os dados incluindo: (1) transcrição dos dados; (2) familiarização com a entrevista (escuta repetida de gravações de áudio, releitura de transcrições); (3) codificação (aplicação de códigos no conjunto de dados); (4) construção de uma estrutura analítica de trabalho (concordância entre os rótulos e códigos aplicados, agrupando-os em categorias); (5) aplicação do quadro analítico (a estrutura analítica é aplicada por indexação de transcrições, usando as categorias existentes e códigos); e por último, (6) mapeamento dos dados na matriz. O mapeamento dos dados é um recurso exclusivo desta abordagem que inclui a construção de uma matriz de resumo, na qual as linhas apresentam casos (e.g. participantes) e as colunas representam códigos. Este é um método útil a ser aplicado se uma teoria ou modelo predefinida (e.g. COM-B) guiar a análise de dados (Gale et al., 2013).

Seguidamente à transcrição das entrevistas, o investigador realizou um processo de apropriação aprofundado dos dados através da leitura repetida destas e da escuta das gravações áudio.

De acordo com o procedimento proposto pelos autores, foram realçados os excertos das entrevistas que, numa primeira análise, poderiam representar determinantes do comportamento de adesão à medicação e foram discutidos. Foram escolhidas as unidades de codificação, permitindo que os dados fossem transformados sistematicamente e agregados. Com as unidades de codificação escolhidas, estas foram classificadas nos blocos utilizados como estrutura analítica. O modelo COM-B foi utilizado como estrutura analítica, na qual os seis componentes serviram como categorias (Michie et al., 2014).

Os dados foram geridos com o suporte de um *software* de análise qualitativa intitulado MAXQDA versão 2020.02. Este permitiu ainda a integração das definições para as categorias codificadas à priori e ainda informação relativa à aplicabilidade do código que foram estabelecidas com base na literatura e consensualizadas na equipa de investigação.

Um investigador codificou todas as entrevistas, enquanto um segundo investigador reviu as codificações realizadas. As discrepâncias ou inconsistências identificadas foram resolvidas por discussão.

Posteriormente, foi realizada a análise do conteúdo de forma indutiva na matriz obtida, visando identificar subcategorias emergentes que possam especificar os determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) da adesão à medicação, encerrados em cada componente do modelo COM-B. Um resumo da análise qualitativa do conteúdo foi revisto e as subcategorias foram acordadas.

Por último, e num processo iterativo, procedeu-se ao mapeamento de dados na matriz e à sua interpretação, retornando ao referencial teórico e uma análise reflexiva e crítica. A Figura 7 fornece uma visão do tratamento e análise de dados nesta fase.

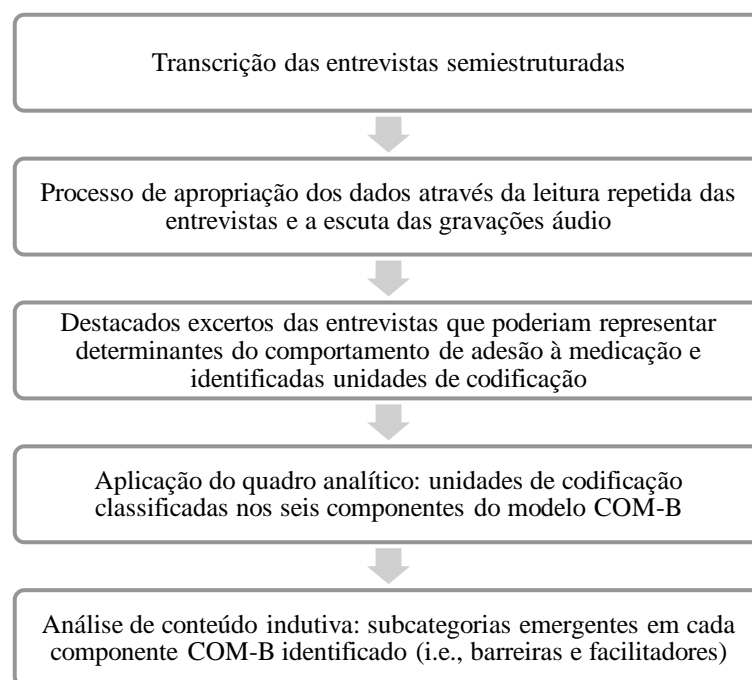


Figura 7: Tratamento e análise de dados qualitativos

No capítulo de apresentação dos resultados deste estudo, na interpretação dos dados foram utilizados alguns símbolos ou códigos linguísticos, cujo significado é esclarecido em seguida:

- A identificação com as letras PI sucedida de um algarismo representa a codificação da pessoa idosa que foi entrevistada (e.g. PI1).

- A identificação com a letra C sucedida de um algarismo representa a codificação do cuidador que foi entrevistado e que é responsável pela gestão dos medicamentos da pessoa idosa (e.g. C2).
- Os parênteses retos foram utilizados para integrar palavras ou frases de ligação que conferem significado à declaração.
- As reticências entre parênteses significam um excerto da transcrição original da entrevista que não é relevante para a presente análise.

2.4 Processo de definição das técnicas de mudança de comportamento

Como abordado na secção 2.1, a presente investigação é suportada no enquadramento do *Medical Research Council* (MRC) para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas (Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, & Petticrew, 2008; Craig, Dieppe, Macintyre, Michie, Nazareth, Petticrew, et al., 2008) e nas orientações da BCW (Michie et al., 2014). Segue-se, assim, um processo sistemático de desenvolvimento de uma intervenção de mudança comportamental, que envolve uma série de etapas, discutidas nas secções seguintes.

Em particular, o foco desta investigação é o desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem de adesão aos medicamentos, distribuída no contexto de transição entre o hospital e casa, envolvendo os cuidados de saúde secundários e primários.

Por conseguinte, esta intervenção assenta também na perspetiva de Orem (2001) e, em particular, nas categorias relativas ao papel de enfermagem na promoção do autocuidado: orientação, que implica a função de proporcionar à pessoa a informação e o conhecimento necessário para a tomada de decisão consciente e à forma de realizar a autogestão do regime medicamentoso; apoio em que os cuidados são centrados na pessoa idosa; gestão do ambiente que pressupõe a criação de um contexto capaz de favorecer o desenvolvimento pessoal e o suporte; e a função de ensinar, que requer aptidões de mestria por parte dos enfermeiros.

Considera-se a autogestão do regime medicamentoso como uma prática de autocuidado que as pessoas realizam para seu benefício, manutenção da vida e funções saudáveis, contínuo desenvolvimento pessoal e bem-estar (Orem, 2001). A intervenção de enfermagem foi desenhada com base nestes pressupostos, identificando fatores que podem contribuir para o défice de autocuidado e procurando promover estratégias para desenvolver a maior autonomia possível na gestão da medicação, que pode ser a atividade deficitária e que potencialmente conduz à não adesão.

As decisões de desenvolvimento de intervenção foram baseadas na premissa que esta é adequada a todas as pessoas idosas com doenças crónicas e polimedicadas, que vivem em casa, e que poderão ter eventualmente um cuidador que suporta determinadas tarefas

relacionadas com a gestão da medicação. Estes são os recetores da intervenção e o prestador é o enfermeiro.

2.4.1 Etapa 1: Compreender o comportamento

A primeira etapa do enquadramento BCW implicou a compreensão do comportamento de adesão ao regime medicamentoso nas pessoas idosas. O primeiro passo envolveu a definição do problema comportamental que requer intervenção; significa identificar o problema, especificar o comportamento e a população alvo (Michie et al., 2014). Nesta investigação foram considerados todos os comportamentos que podiam influenciar a adesão aos medicamentos na população em estudo.

Seguindo as orientações do MRC e complementando com aquelas reportadas pela BCW, foi realizada a análise do comportamento de adesão nas pessoas idosas na transição hospital-casa. Desta forma, foram explorados e identificados os determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) do comportamento de adesão na população em estudo. Esta análise foi suportada pelo modelo COM-B (Michie et al., 2014) e concebida em duas abordagens: quantitativa e qualitativa (estudo A e B), já descritas nas secções 2.2 e 2.3.

Os achados do estudo A e B permitiram mapear os determinantes de adesão nos diferentes componentes do modelo COM-B, explicitando o envolvimento dos idosos ou daqueles que apoiam a gestão da medicação no comportamento alvo e o que é necessário mudar para que este comportamento seja alcançado.

Seguidamente, foram seleccionados os determinantes que funcionam como barreira à adesão aos medicamentos e aqueles que podem assumir as duas condições - barreira ou facilitador – privilegiando-se o impacto negativo que estes últimos têm sobre o comportamento. Esta decisão é justificada pela necessidade de desenhar uma intervenção dirigida a fatores que inibem a adesão à medicação nas pessoas idosas. Por outro lado, o modelo COM-B reflete a influência que os diferentes componentes têm entre si, admitindo que poderão potenciar os fatores que foram identificados como facilitadores (Michie et al., 2014). Relativamente ao estudo A, os determinantes considerados nesta etapa dizem respeito àqueles que são preditivos do comportamento.

Outro critério que fundamentou a seleção das barreiras foi a inclusão daquelas que são possíveis alterar através da mudança de comportamento do grupo-alvo da intervenção que

são as pessoas idosas. Assim, outras barreiras que não dependem da mudança de comportamento das pessoas idosas são excluídas, mas informam o desenho da intervenção.

2.4.2 Etapa 2: Identificação das opções da intervenção

Identificação e seleção das funções de intervenção

Esta etapa envolveu a identificação e seleção das FI a serem incluídas como estratégias da intervenção. As FI são definidas como “categorias amplas por meio das quais uma intervenção pode mudar o comportamento” (Michie et al., 2014, p.192). Com base numa revisão sistemática sobre intervenções de mudança de comportamento, Michie e colaboradores (2011) apresentaram nove FI. As definições de cada FI estão descritas na Tabela 3, na secção 1.4.2.

As FI e a sua relação com os componentes do modelo COM-B estão organizados numa matriz proposta por Michie e colegas (2014). Com base nesta referência primária, foram analisadas em detalhe e identificadas as FI que podiam ser incluídas no desenho da intervenção. A Tabela 9 apresenta as ligações estabelecidas entre os componentes do modelo COM-B e as funções de intervenção, definidas pelos autores (Michie et al., 2014).

Tabela 9: Relação entre os componentes do modelo COM-B e as funções de intervenção

Componentes COM-B	Funções de intervenção								
	Educação	Persuasão	Incentivo	Coerção	Treino	Restrição	Restruturação do ambiente	Modelação	Capacitação
Capacidade física									
Capacidade psicológica									
Oportunidade física									
Oportunidade social									
Motivação automática									
Motivação reflexiva									

Adaptado de Michie et al. (2014)

Foram determinadas quais as FI que teriam mais probabilidade de potenciar a mudança de comportamento no âmbito da intervenção prevista, mapeando estas como os componentes da análise comportamental COM-B, através da matriz de ligação estabelecida pelos autores (Michie et al., 2014). Seguidamente, foi aplicado o critério APEASE para seleccionar as FI relevantes na mudança do comportamento de adesão aos medicamentos, considerando os determinantes identificados. O critério foi aplicado por um investigador e posteriormente, discutido e consensualizado com outro membro da equipa. A FI é excluída se um dos domínios do critério APEASE for considerado desadequado.

O critério APEASE é um componente da BCW para classificar as FI potencialmente relevantes (Michie et al., 2014) e é apresentado discriminadamente na Tabela 10.

Tabela 10: Critério APEASE para desenhar e avaliar intervenções (Michie et al., 2014, p. 40)

Critério	Descrição
Acessibilidade	Uma intervenção é viável se, com orçamento aceitável, pode ser distribuída ou acedida por todas as pessoas que podem beneficiar e que esta é relevante.
Praticabilidade	Refere-se à viabilidade de realizar a intervenção como esta é desenhada e como se pretende.
Eficácia e custo-efetividade	Refere-se se a intervenção é eficaz em contextos relevantes da prática clínica. Deve ser considerado com base em evidência principalmente de ensaios clínicos randomizados e estudos experimentais. Ao considerar a implementação de intervenções com efetividade, deve dar-se mais relevo às mais económicas.
Aceitabilidade	Está relacionado com a probabilidade da intervenção ser aceitável para as partes interessadas relevantes, incluído população alvo, decisores de políticas de saúde, profissionais de saúde, agências de financiamento e entidades governamentais.
Segurança/efeitos colaterais	Refere-se às possíveis consequências indesejadas da intervenção.
Equidade	Uma intervenção de mudança de comportamento atende ao critério de equidade na medida em que reduz as disparidades entre diferentes grupos de pessoas e fornece igual acesso à intervenção em todo o espectro social.

Embora um componente do modelo COM-B possa ser considerado relevante para o comportamento desejado, pode não ser viável a implementação de determinadas FI no contexto clínico em estudo. Assim, aquando da aplicação do critério APEASE considerou-se o contexto em estudo e a prática de cuidados de enfermagem.

2.4.3 Etapa 3: Identificação do conteúdo e opções de implementação

Identificação e seleção das técnicas de mudança de comportamento

As funções de intervenção selecionadas previamente podem ser mapeados às BCTs, usando a taxonomia BCTTv1, com base em métodos reportados na literatura (Michie et al., 2014). Este mapeamento proposto pelos autores emergiu do consenso de especialistas em mudança comportamental, determinando as BCTs apropriadas a cada função de intervenção (Cane et al., 2015; Michie et al., 2014, 2013). Como discutido no primeiro capítulo, as BCTs são ingredientes ativos das intervenções que visam a mudança de comportamento (Michie et al., 2013).

No presente trabalho, foi utilizado o mapeamento definido entre as FI e as 93 técnicas de mudança de comportamento (Michie et al., 2014). Assim, entre as BCTs mais e as menos comuns associadas à FI, foram selecionadas aquelas que devem ser consideradas para o desenho da intervenção e que podem potencialmente ter influência sobre os determinantes identificados nas etapas anteriores.

Seguidamente, as BCTs foram selecionadas de acordo com o critério APEASE (descrito na secção 2.4.2) por um investigador, com treino em codificação e revisto por um investigador com experiência em saúde do idoso e adesão à medicação. Foi ainda considerado o contexto da intervenção. A seleção das BCTs foi ainda suportada por estudos incluídos em revisões sistemáticas de adesão à medicação (Allemann et al., 2016; Cross et al., 2020; Nieuwlaat et al., 2014; Torres-Robles et al., 2018; Wiecek et al., 2019). A BCT é excluída se um dos domínios do critério APEASE for considerado desadequado.

O processo de seleção das BCTs foi um processo iterativo, informado pelas etapas anteriores, nomeadamente, pelos achados do estudo quantitativo e qualitativo. Foram ainda considerados aspetos associados à implementação da intervenção para ajudar a excluir as BCTs que dificilmente seriam viáveis no contexto de prestação de cuidados pelos enfermeiros. Posteriormente, foi proposto o conteúdo de cada BCT que se refere à estratégia para a distribuir, guiado pelas características do contexto, da população alvo e pelo papel da enfermagem. A Figura 8 representa o fluxo dos estágios de análise que corresponde à seleção das BCTs a incluir na intervenção e definição do seu conteúdo.

Esta abordagem segue as recomendações WIDER para melhorar a comunicação do conteúdo de intervenções de mudança de comportamento (Albrecht, Archibald, Arseneau, & Scott, 2013).

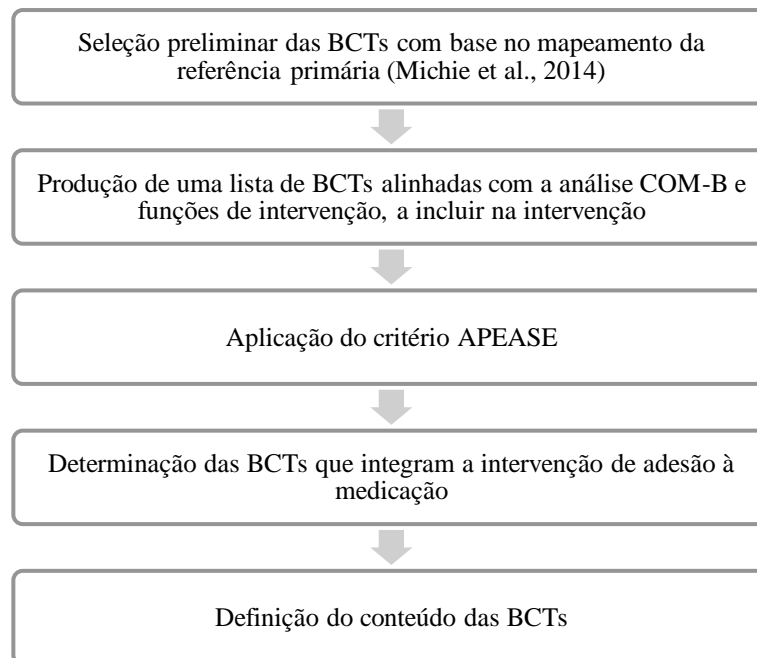


Figura 8: Seleção das técnicas de mudança de comportamento (BCTs)

Paralelamente, realizou-se um trabalho complementar que suporta esta etapa: a tradução, adaptação e validação da BCTTv1 para língua portuguesa (Michie et al., 2013). Autorizado pela autora original, o processo de tradução é descrito no Apêndice D e envolve profissionais de enfermagem, ciências farmacêuticas e psicologia comportamental. As BCTs apresentadas resultaram da consensualização de duas traduções paralelas independentes para o idioma alvo.

2.5 Considerações éticas

A presente investigação pauta-se pelos princípios éticos documentados na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013), procurando sempre assegurar o bem-estar dos participantes em detrimento de qualquer outro interesse.

Desta forma, foi aprovada pelo Conselho de Administração de um Centro Hospitalar de Lisboa (nº 425/2017) e pela Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) (Anexo A).

Declarado um dos princípios ético mais importantes na investigação em muitas convenções e diretrizes internacionais (CIOMS, 2016; European Commission, 2013; European Union, 2012), o consentimento informado visa garantir a participação voluntária na investigação. É composto por três componentes que foram acautelados no presente trabalho: informação acessível e adequada, voluntariedade e competência. Antes de consentirem o seu envolvimento na investigação, os participantes foram claramente informados sobre os objetivos dos estudos, possíveis eventos adversos, possibilidade de recusar a participação ou abandonar a mesma, a qualquer momento e sem consequências. Esta informação foi disponibilizada aos participantes oralmente, com linguagem ajustada à sua literacia e sob a forma escrita (Apêndice B). Perante as pessoas idosas que não tinham capacidade para fornecer o consentimento informado, proteções específicas para salvaguardar os seus direitos e bem-estar foram operacionalizadas através do representante legal autorizado, identificado conjuntamente com profissionais de saúde. Assim, o consentimento do sujeito foi obtido na extensão da capacidade do cuidador de suporte, depois de receber informações adequadas sobre a investigação.

A participação dos idosos na investigação não os expôs a riscos acrescidos e reconhecem-se potenciais benefícios como conhecer fatores que influenciavam a adesão à medicação e eventualmente a modificação da gestão do regime medicamento, minimizando possíveis eventos adversos.

A confidencialidade da informação na investigação é uma garantia de que qualquer informação que o participante forneça não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não estão envolvidas que o possam associar individualmente, pelo que o investigador é o único a conhecer a fonte (Polit & Beck, 2018). Os autores consideram ainda que o anonimato dos participantes ocorre quando o investigador não consegue relacionar um indivíduo com os dados daquele participante, sendo que os métodos de colheita de dados

utilizados na presente investigação implicam o conhecimento individual dos participantes no momento da aplicação dos instrumentos para a colheita de dados. Contudo, o anonimato foi assegurado no estudo A pela codificação dos formulários através de um sistema indireto de identificação, impossibilitando assim o investigador de estabelecer uma associação entre os dados resultantes e cada pessoa individualmente aquando da análise dos dados. Relativamente ao estudo B, o anonimato foi garantido após a transcrição das entrevistas semiestruturadas através codificação do participante.

A proteção de dados visa garantir o direito à privacidade e refere-se ainda à estrutura técnica e às medidas de segurança destinadas a que os dados pessoais permaneçam seguros. Assim, as medidas de acesso e conservação dos dados adotadas são norteadas pelas recomendações da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

A investigação em enfermagem é realizada por enfermeiros, apresentando-se para estes um equilíbrio ténue entre o desempenho rigoroso enquanto investigador científico e o inerente imperativo ético descrito no seu código profissional: a responsabilidade do enfermeiro é com as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem. Em paralelo com a preocupação com o bem-estar da pessoa, é aconselhada a permanente ligação ao foco da investigação enquanto decorre a colheita de dados e, após a conclusão da mesma, proceder ao acompanhamento dos assuntos abordados (Eide & Kahn, 2008; Houghton, Casey, Shaw, & Murphy, 2010; Larkin et al., 2017). Assim, o princípio ético associado à prática profissional de enfermagem foi evocado quando emergiu da recolha de dados, questões ou problemas associados aos participantes e que se enquadravam na experiência e conhecimento do enfermeiro investigador e ainda quando este conseguia identificar recursos que poderiam ajudar.

Ainda que esta preocupação se acentue quando se trata de investigação qualitativa, considera-se que também é extensível à pesquisa quantitativa, uma vez que no presente trabalho, esta implica a observação e interação com os participantes e por isso, foram acauteladas todas as questões associadas à proximidade estabelecida entre os participantes e o investigador.

CAPÍTULO III

RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Estudo A: transversal

3.1.1 Caracterização da amostra

Acedeu-se a uma população de 798 pessoas internadas na UMI do CHL, num período de nove meses. Não foram considerados para critérios de elegibilidade 16 indivíduos porque estes estiveram no contexto de cuidados por um período inferior a 24 horas, condicionando a avaliação. Foram excluídos do estudo 440 pessoas porque não cumpriam os critérios de elegibilidade. A Figura 9 apresenta o fluxograma que descreve o processo de seleção dos participantes.

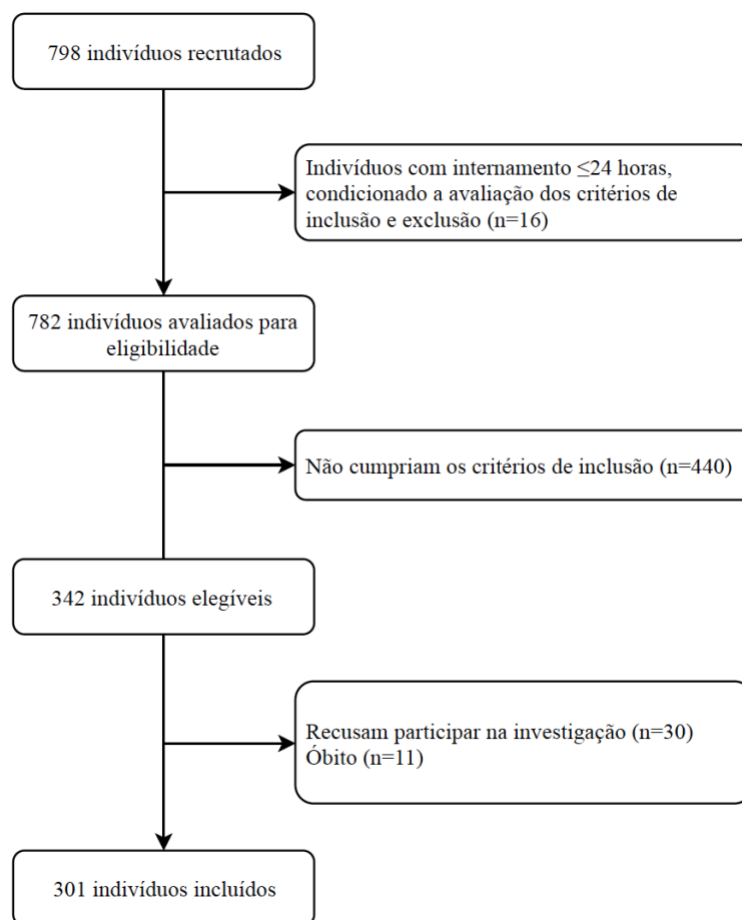


Figura 9: Fluxograma do processo de seleção dos participantes

A amostra foi constituída por 301 pessoas com 65 ou mais anos, portadores de doenças crónicas e com polimedicação (> 4 medicamentos). A caracterização da amostra é apresentada na Tabela 11.

A idade dos participantes variou entre 65 e os 100 anos, sendo a média de idades de 79.48 ($DP = 7.37$). A mediana das idades da amostra foi de 80 anos. Dos participantes, 161 (53.5%) eram mulheres e 140 (46.5%) eram homens.

Tabela 11: Caraterização sociodemográfica dos participantes ($n = 301$)

Variáveis sociodemográficas		<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	161	53.5
	Masculino	140	46.5
Idade	65-79	144	47.8
	80-100	157	52.2
Estado civil	Solteiro	16	5.3
	Casado/União de facto	152	50.5
	Viúvo	119	39.5
	Divorciado	14	4.7
Escolaridade	Não frequência escolar/ Educação pré-escolar	77	25.6
	1º e 2º ciclos do ensino básico	170	56.5
	3º ciclo do ensino básico	31	10.3
	Ensino secundário	10	3.3
	Bacharelato ou licenciatura ou nível equivalente	13	4.3
Agregado familiar	Reside só	82	27.2
	Reside acompanhado	219	72.8
Cuidador	Não	190	63.1
	Sim	111	36.9

A amostra foi composta por 91 (30.2%) mulheres com idades entre os 80 e os 100 anos, constituindo-se esta classe de idades por 66 (21.9%) homens, como representado na Figura 10.

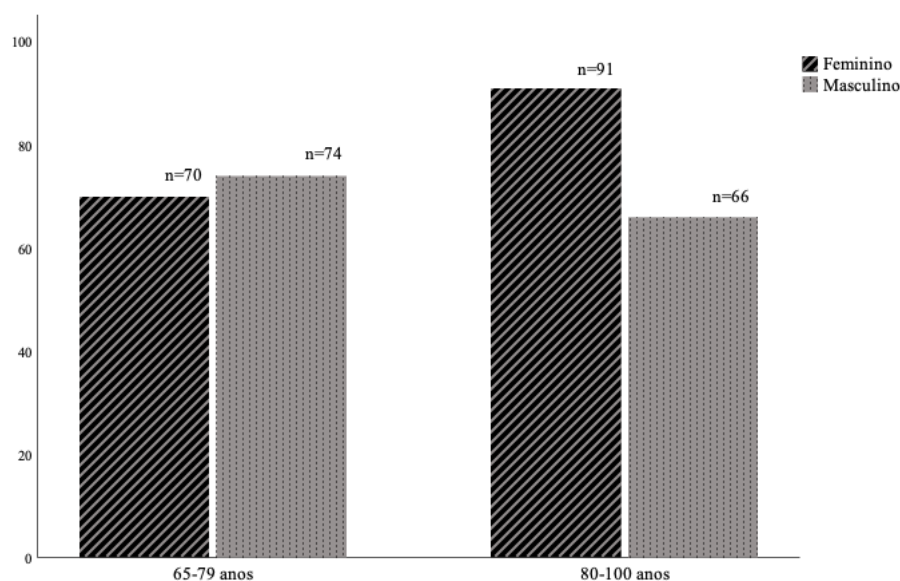


Figura 10: Distribuição das pessoas idosas segundo a classe de idades e o sexo

Todos os idosos residiam em casa ($n = 301$). Do total de participantes, 82 (27.2%) pessoas viviam sozinhas, sendo que as restantes 219 (72.8%) viviam acompanhadas. O número de pessoas casadas ou em união de facto foi de 152 (50.5%). A maioria das pessoas idosas (63.1%) não tinha cuidador de suporte e 36.9% dos idosos eram acompanhados em determinadas atividades de autocuidado.

Relativamente às habilitações literárias, foi identificado o número de anos de escolaridade concluídos e agruparam-se em níveis de instrução com base nas categorias da Classificação Internacional Normalizada da Educação (ISCED). Das pessoas idosas inquiridas, 77 (25.6%) não tinham qualquer nível de instrução, correspondendo ao nível 0 do ISCED. Os participantes com nível 1 de instrução, que equivale ao 1.º e 2.º ciclos do ensino básico, eram 170 (56.5%), como representa a Figura 11.

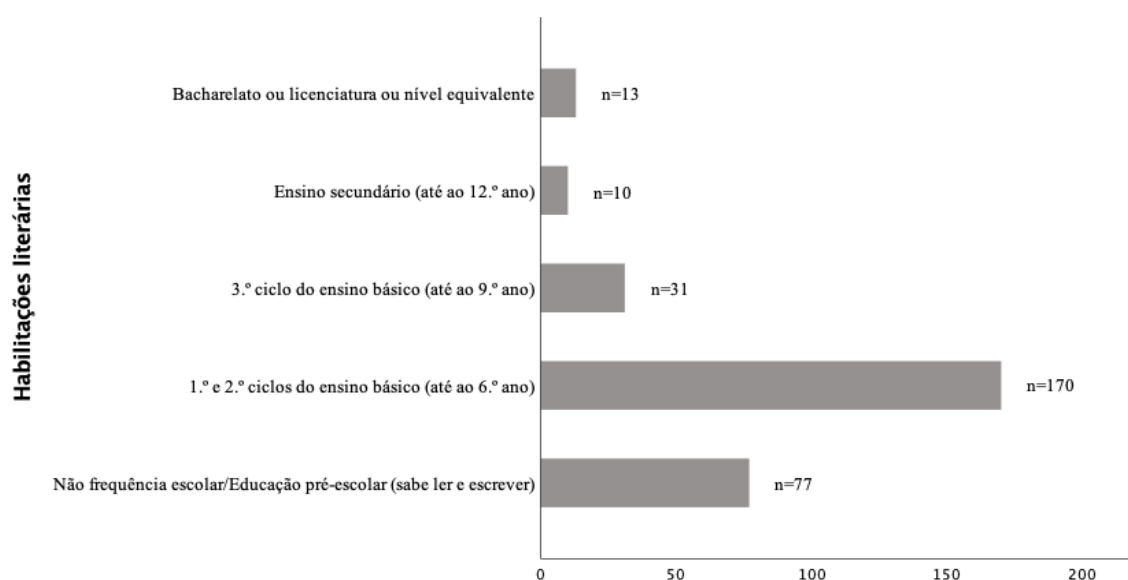


Figura 11: Distribuição das pessoas idosas por habilitações literárias ($n = 301$)

Dos 301 participantes, 30 (10%) pessoas tinham défice cognitivo e em 26 (8.6%) idosos a avaliação do estado cognitivo não foi aplicável por situações clínicas crónicas desfavoráveis como afasia, estados de estupor ou letárgicos. De acordo com os critérios de inclusão, foram inquiridos os cuidadores ($n = 56$), identificados como sendo responsáveis pela gestão da medicação das pessoas idosas. Entre os 301 participantes, 245 (81.4%) não tinham défice cognitivo, apresentando uma média de 27.24 ($DP = 2.0$; mín. 23; máx. 30) na avaliação do *Mini-Mental State Examination* (MMSE).

A Tabela 12 apresenta a distribuição das pessoas idosas de acordo com a avaliação do estado cognitivo através da aplicação MMSE.

Tabela 12: Distribuição das pessoas idosas de acordo com o estado cognitivo ($n = 301$)

Classificação do estado cognitivo	<i>n</i>	%
Sem déficit cognitivo	245	81.4
Com déficit cognitivo	30	10
Não aplicável	26	8.6

Relativamente à utilização dos serviços de saúde, os participantes recorreram à unidade de urgência hospitalar em média 2.1 ($DP = 1.61$; mín. 0 e máx. 13) e tiveram em média 1.7 internamentos ($DP = 1.01$; mín. 0 e máx. 6) nos 12 meses anteriores à presente hospitalização. Entre os participantes, 55.1% ($n = 166$) tiveram pelo menos duas idas à unidade de urgência hospitalar e 45.8% ($n = 138$) estiveram dois internamentos, no último ano.

3.1.2 Avaliação multidimensional das pessoas idosas

A presente secção pretende refletir a avaliação multidimensional das pessoas idosas, nomeadamente o nível de dependência nas AVD e AIVD e a caracterização do seu estado de saúde.

No que concerne à avaliação da capacidade funcional para realizar as AVD, 31 (10.3%) pessoas idosas eram totalmente dependentes e 13 (4.3%) participantes apresentaram dependência grave. Destaca-se que 44.2% dos idosos ($n = 133$) incluídos eram independentes nas AVD, como apresenta a Tabela 13.

Tabela 13: Distribuição dos idosos por nível de dependência nas AVD ($n = 301$)

Nível de autonomia nas AVD	<i>n</i>	%
Independência total	133	44.2
Dependência moderada	124	41.2
Dependência grave	13	4.3
Total dependência	31	10.3

Verificou-se que existe uma associação significativa entre o nível de dependência nas AVD e a idade definida em duas classes ($\chi^2 = 37.148$; $p < .001$), indicando que as pessoas com 80 ou mais anos apresentaram maior dependência nas AVD em relação aquelas com idade compreendida entre os 65 e 79 anos, como mostra a Figura 12. Observou-se uma associação significativa entre o nível de dependência nas AVD e o sexo ($\chi^2 = 14.376$; $p < .001$), existindo uma proporção significativamente mais elevada de mulheres com dependência moderada (47.8% *versus* 33.6%) e total dependência (12.4% *versus* 7.9%).

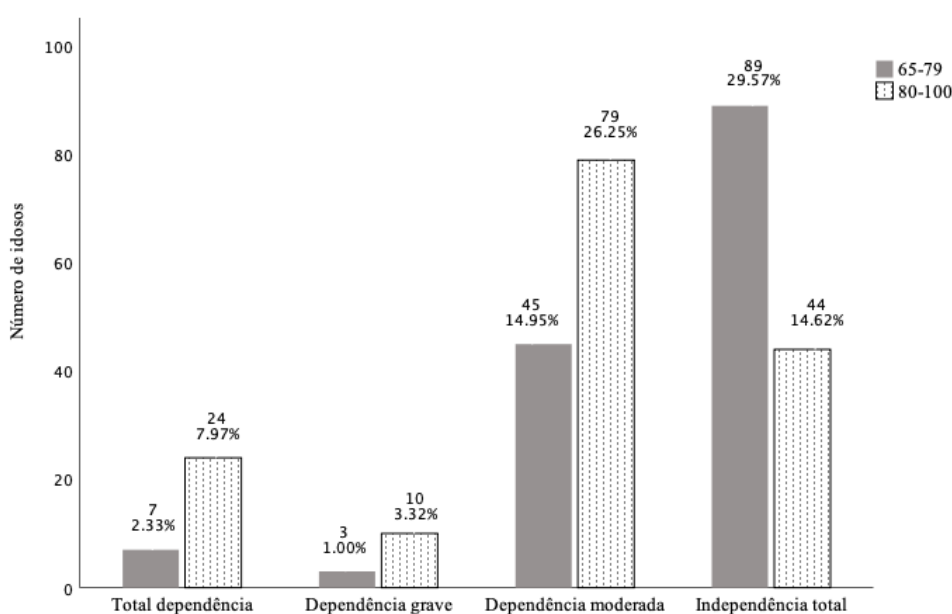


Figura 12: Distribuição dos idosos segundo o nível de autonomia e classe etária ($n = 301$)

De acordo com as cinco categorias de autonomia instrumental contempladas na escala de Lawton e Brody, 99 (32.9%) pessoas idosas eram independentes e 49 (16.3%) eram totalmente dependentes nas AIVD. Foi registrada uma maior percentagem de mulheres ($n = 39$; 13%) com dependência total em relação aos homens ($n = 10$; 3.3%), como apresenta a Tabela 14.

Tabela 14: Distribuição dos participantes segundo o nível de autonomia nas AIVD e sexo ($n = 301$)

Nível de autonomia nas AIVD	Mulheres		Homens	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Independente	49	16.3	50	16.6
Dependência ligeira	26	8.6	36	12
Dependência moderada	25	8.3	29	9.6
Dependência grave	22	7.3	15	5
Dependência total	39	13	10	3.3

No que concerne à avaliação do estado nutricional, foram identificados 28 (9.3%) idosos desnutridos e 105 (34.9%) sob risco de desnutrição, como representado na Tabela 15.

Tabela 15: Distribuição dos idosos segundo o estado nutricional ($n = 301$)

Estado nutricional	<i>n</i>	%
Estado nutricional normal	168	55.8
Sob risco de desnutrição	105	34.9
Desnutrido	28	9.3

Ao avaliar as doenças crônicas diagnosticadas entre as 301 pessoas idosas inquiridas, verificou-se um número médio de 7.66 doenças ($DP = 2.08$; mediana 8; mín. 3; máx. 15) relatadas pelos indivíduos e confirmadas através do processo clínico. As condições de saúde crônicas foram agrupadas de acordo com o capítulo da Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (ICD-10). As doenças do aparelho circulatório foram as mais prevalentes ($n = 295$; 98%). Entre elas destacam-se a hipertensão arterial ($n = 247$; 82.1%), doença cardiovascular ($n = 222$; 73.8%) e dislipidemia ($n = 194$; 64.5%).

Seguem-se as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas com 127 (42.2%) pessoas idosas com diabetes mellitus. Também foram comuns doenças do aparelho geniturinário ($n = 135$; 44.9%), em particular a doença renal crônica ($n = 94$; 31.2%) e ainda do aparelho respiratório ($n = 119$; 39.5%). A Tabela 16 apresenta a distribuição da prevalência das doenças crônicas diagnosticadas.

Tabela 16: Prevalência de doenças crônicas diagnosticadas ($n = 301$)

Código ICD-10	Doenças crônicas diagnosticadas	<i>n</i>	%
I00-I99	Doenças do aparelho circulatório	295	98
	Dislipidemia	194	64.5
	Hipertensão arterial	247	82.1
	Doença cerebrovascular/AVC/Trombose	74	24.6
	Doença cardiovascular/EAM/Arritmia/Doença venosa periférica	222	73.8
E00-E89	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	169	56.1
	Diabetes mellitus	127	42.2
	Hipotireoidismo, sem outra especificação	21	6.9
	Hiperuricemia	21	6.9
N00-N99	Doenças do aparelho geniturinário	135	44.9
	Doença renal crônica	94	31.2
	Hiperplasia benigna da próstata	20	6.6
J00-J99	Doenças do aparelho respiratório	119	39.5
	DPOC	66	21.9
M00-M99	Doenças do aparelho osteomuscular e do tecido conjuntivo	107	35.5
	Osteoporose	14	4.7
	Doença osteoarticular	90	29.9
F01-F99	Transtornos mentais, comportamentais e de neurodesenvolvimento	65	21.6
	Demência, sem outra especificação	28	9.3
	Patologia depressiva	25	8.3
K00-K95	Doenças do aparelho digestivo	67	22.3
C00-D49	Neoplasias	64	21.3
D50-D89	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	62	20.6
G00-G99	Doenças do sistema nervoso	47	15.6
	Doença de Alzheimer	2	7
H00-H59	Doenças do olho e anexos	45	14.9
H60-H95	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	23	7.6
L00-L99	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	15	5
Q00-Q99	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	4	1.3

Relativamente à avaliação da sintomatologia depressiva, foram excluídos os cuidadores da análise. Entre os 245 participantes, a maioria não apresentava sintomatologia depressiva ($n = 134$; 54.7%). A média obtida na escala geriátrica de depressão foi de 4.42 ($DP = 3.22$; mín. 0 e máx. 14).

Como reportado na Tabela 17, constatou-se que existem diferenças significativas entre o sexo e a sintomatologia depressiva, indicando que esta era mais elevada nas mulheres ($t =$

3.099, $p = .002$). Não se detetaram diferenças estatisticamente significativas entre as classes de idades (≤ 79 anos e ≥ 80 anos) e a depressão ($t = 0.520$, $p = .604$).

Tabela 17: Valores da média de depressão em mulheres e homens ($n = 245$)

	Depressão			
	<i>n</i>	Média	DP	<i>p</i>
Sexo				
Feminino	124	5.04	3.37	.002
Masculino	121	3.79	2.94	

Verificou-se também que existiam diferenças significativas na condição depressiva por estado nutricional; aqueles sob risco de desnutrição e desnutridos manifestavam níveis de depressão mais acentuados ($F = 16.652$, $p < .001$).

3.1.3 A gestão do regime medicamentoso

A análise e descrição dos dados que se apresentam nesta secção pretende refletir os principais resultados que permitem caracterizar as pessoas idosas relativamente à utilização e gestão dos seus medicamentos. Retrata ainda determinantes associados ao comportamento de adesão à medicação.

As 301 pessoas idosas tinham prescritos um número médio de medicamentos 8.06 ($DP = 3.12$; mediana 8; moda 8). Na amostra, o número mínimo de medicamentos prescritos por participante foi de quatro e o máximo 18.

Foram identificados 37 (12.3%) idosos com quatro medicamentos prescritos e apenas uma pessoa (0.3%) com 18 medicamentos que constituíam o seu regime habitual. A Figura 13 apresenta a distribuição dos idosos por número de medicamentos incluídos no regime terapêutico. Constatou-se que não existiam diferenças significativas entre o número de medicamentos prescritos e as classes de idades (≤ 79 anos e ≥ 80 anos) ($t = 1.068$, $p = .287$).

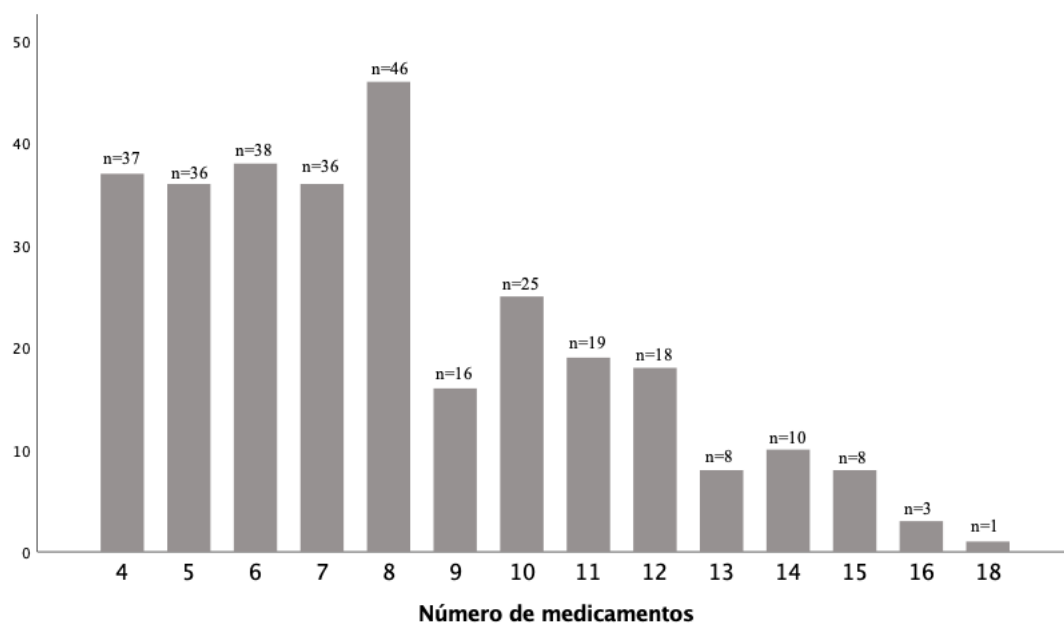


Figura 13: Distribuição das pessoas idosas por número de medicamentos ($n = 301$)

A análise estatística permitiu ainda verificar que não existiam diferenças significativas entre o número de medicamentos e o estado nutricional ($\chi^2_{kw} = 1.3136, p = .519$).

Os 301 idosos têm 2421 medicamentos prescritos. Os medicamentos foram categorizados segundo a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC) da Organização Mundial da Saúde. A Figura 14 mostra a prevalência de medicamentos de acordo com a codificação de primeiro nível. Entre os medicamentos reportados, os grupos de medicamentos mais utilizados foram o sistema cardiovascular (904; 37.3%), sistema nervoso (412; 17%), seguindo-se o trato gastrointestinal e metabolismo (381; 15.7%) e sangue e órgãos hematopoiéticos (258; 10.7%).

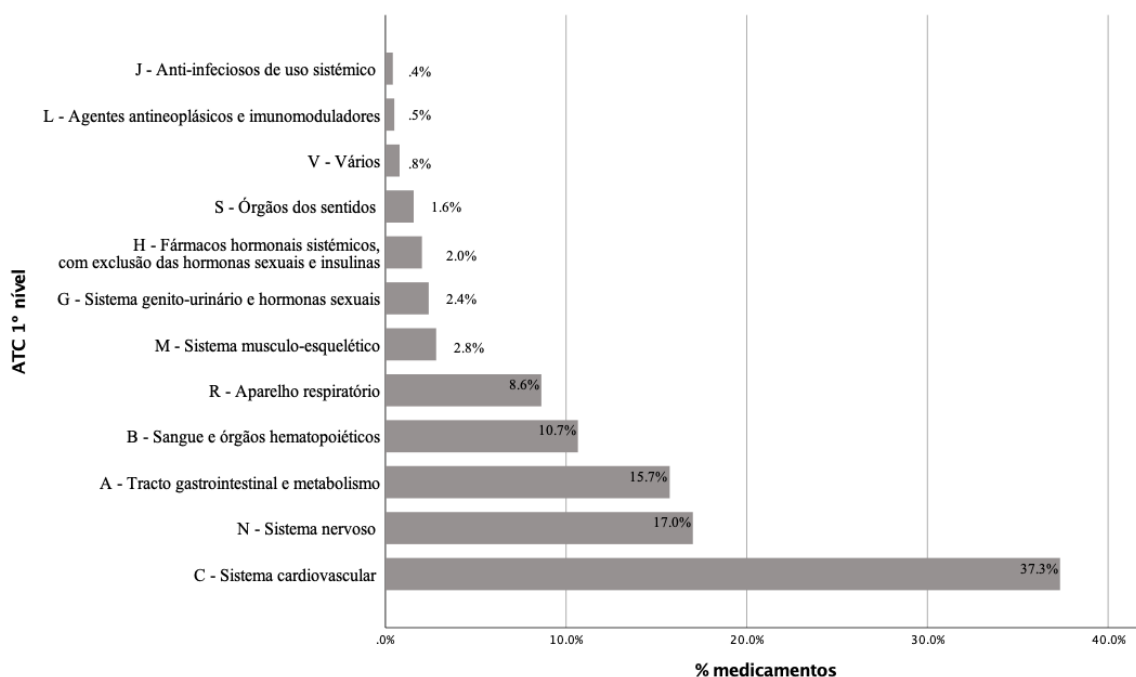


Figura 14: Distribuição dos medicamentos segundo o código ATC de primeiro nível ($n = 301$)

Do sistema cardiovascular, os quatro grupos do segundo nível do ATC mais prevalentes foram os agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina (8.3%), agentes anti-dislipidémicos (agentes modificadores dos lípidos) (7.4%), agentes bloqueadores dos recetores adrenérgicos beta (6.4%) e diuréticos (6.2%), como é explicitado na Tabela 18.

Tabela 18: Distribuição dos medicamentos no grupo sistema cardiovascular (C)

Classificação ATC 2º nível	<i>n</i>	%
C09 Agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina	201	8.3
C10 Agentes anti-dislipidémicos (agentes modificadores dos lípidos)	179	7.4
C07 Agentes bloqueadores dos recetores adrenérgicos beta	155	6.4
C03 Diuréticos	149	6.2
C01 Terapêutica cardíaca	97	4
C08 Agentes bloqueadores dos canais de cálcio	73	3
C04 Vasodiladores periféricos	23	1
C05 Vasoprotetores	20	0.8
C02 Anti-hipertensores	7	0.3

Relativamente aos medicamentos pertencentes ao grupo do sistema nervoso (N), aqueles que foram mais prescritos: o grupo dos psicolépticos (N05) (136; 5.6%) e o grupo dos psicoanalépticos (N06) (124; 5.1%). Para o trato gastrointestinal e metabolismo (A), os

medicamentos usados na diabetes (167; 6.9%) e aqueles usados no tratamento de alterações causadas por ácidos (145; 6%), com o código ATC A10 e A02, respetivamente, foram os mais prevalentes. Por último, foram identificados os agentes antitrombóticos (B01) (223; 9.2%) e os anti-anémicos (B03) (34; 1.4%) como os medicamentos prescritos exclusivamente no grupo do sangue e órgãos hematopoiéticos (B).

A análise ao terceiro nível do ATC é reportada na Tabela 19 e destaca-se a prevalência dos medicamentos do grupo agentes antitrombóticos (B01A).

Tabela 19: Distribuição dos medicamentos de acordo com a classificação ATC de terceiro nível

Classificação ATC 3º nível	<i>n</i>	%
B01A Agentes antitrombóticos	223	9.2
C10A Fármacos que reduzem o colesterol e os triglicéridos (agentes modificadores dos lípidos, isolados)	173	7.1
C07A Agentes bloqueadores dos recetores adrenérgicos	153	6.3
A02B Fármacos para o tratamento da úlcera péptica e do refluxo gastroesofágico	141	5.8
A10B Antidiabéticos, excluindo insulinas	127	5.2
R03A Fármacos adrenérgicos de inalação	97	4
C03C Diuréticos da ansa	115	4.8
C09A Inibidores da ECA	90	3.7
N06A Antidepressivos	90	3.7
N05B Ansiolíticos	89	3.7

As substâncias ativas mais prescritas foram a furosemida (113; 4.6%), ácido acetilsalicílico (96; 3.9%), bisoprolol (74; 3%), sinvastatina (68; 2.8%), omeprazol (65; 2.7%) e por fim, a atorvastatina (53; 2.1%).

A apresentação farmacêutica mais comum dos medicamentos prescritos foi o comprimido, que corresponde a 35.2% (853). Entre os 2421 medicamentos prescritos, destaca-se ainda que 4.3% eram cápsulas (105), 3.4% suspensões pressurizadas para inalação (82) e 1.9% soluções injetáveis (47).

Foi também quantificado o período de tempo referente à utilização de 1373 medicamentos reportados. Desta forma, o período de tempo médio de utilização foi de 75.26 meses ($DP = 81.69$; mín. 0.1; máx. 720), que corresponde aproximadamente a 6.27 anos. Destaca-se ainda que a moda foi 120 meses (i.e., 10 anos) e a mediana 48 meses (i.e., 4 anos).

De acordo com o regime medicamentoso prescrito, foi avaliado o índice de complexidade de farmacoterapia. O ICF dos participantes apresentou um valor médio de 20.37 ($DP = 9.24$; min. 6; máx. 57) e uma mediana de 19. A Tabela 20 mostra as secções do índice de complexidade medicamentoso e os respectivos valores médios.

Tabela 20: Índice de complexidade da farmacoterapia por secções

ICF	Média (DP)	Mín.	Máx.
ICF seção A	3.90 (3.23)	1	14
ICF seção B	10.39 (4.49)	3.5	26.5
ICF seção C	6.08 (3.25)	1	18
ICF total	20.37 (9.24)	6	57

Na secção A, que avalia as formas de dosagem do regime medicamentoso, constatou-se que 299 (99.3%) pessoas idosas tomavam pelos menos um medicamento cuja apresentação terapêutica era em comprimidos ou cápsula. Considerando o mínimo 1 da secção A e analisando as frequências para cada forma de dosagem, verificou-se que 127 (42.2%) idosos utilizavam apenas cápsulas ou comprimidos e que outras apresentações terapêuticas estavam ausentes do regime medicamentoso. Relativamente à secção B destaca-se que um medicamento, duas vezes ao dia foi a frequência de dosagem mais comum (31.2%).

A relação entre o ICF e o número de doenças crônicas diagnosticadas apresentou-se estatisticamente significativa, positiva e moderada ($r = 0.419$; $p < .001$). O ICF foi maior à medida que o número de medicamentos prescritos aumentou, existindo um coeficiente de correlação estatisticamente significativo, positivo e elevado ($r = .849$; $p < .001$). Contudo, a pontuação do ICF não está relacionada exclusivamente com o número de medicamentos prescritos, mas também com as secções específicas do instrumento como a frequência de dosagem e as instruções adicionais. Existiu considerável variação nas pontuações do ICF em regimes com o mesmo número de medicamentos, como mostra a Figura 15.

Dos fatores que contribuíram para a complexidade do regime medicamentos, a frequência da dosagem foi o mais relevante para a pontuação final ($r = .902$; $p < .001$), seguido das instruções adicionais ($r = .880$; $p < .001$) e formas terapêuticas ($r = .715$; $p < .001$).

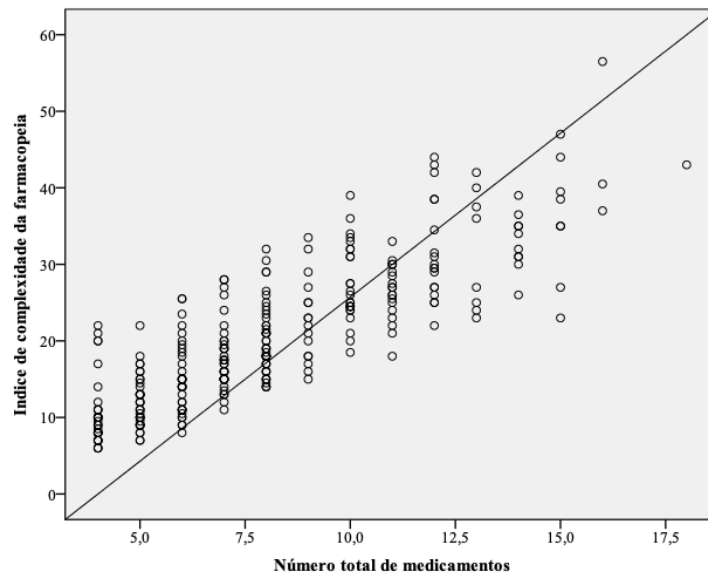


Figura 15: Dispersão das pontuações do ICF de acordo com o número de medicamentos

Conhecimento sobre os medicamentos prescritos

Excluindo os cuidadores da análise, o conhecimento sobre o regime medicamentoso prescrito foi diferente entre os idosos ($n = 245$). Na amostra, apenas sete (2.9%) tinham conhecimento sobre todos os medicamentos prescritos. Em oposição, 88 (36.1%) idosos não dispunham de qualquer conhecimento sobre o regime medicamentoso. Globalmente, a média do conhecimento sobre os medicamentos foi de 28.9% ($DP = 30.1$; mín. 0).

Verificou-se que não existia uma correlação significativa entre o conhecimento e o número de medicamentos prescritos ($r = - .051$; $p = .428$). Não existiam diferenças estatisticamente significativas no conhecimento em função da escolaridade dos idosos ($\chi^2_{KW} = 4.477$, $p = .214$). A correlação foi estatisticamente significativa, negativa e fraca entre o conhecimento sobre os medicamentos e o número de doenças crónicas ($r = - .142$; $p = .026$).

Crenças sobre os medicamentos prescritos

Relativamente às crenças acerca dos medicamentos das pessoas idosas ($n = 245$), estas são distinguidas em crenças sobre a *necessidade* da toma da medicação e as *preocupações* associadas ao regime medicamentoso prescrito. A Tabela 21 apresenta os resultados das crenças acerca dos medicamentos por subescala.

Tabela 21: Resultados das subescalas do BMQ-Específico

BMQ	Média (DP)	Mediana	Mín.	Máx.
Subescala <i>necessidade</i>	17.79 (3.66)	18	5	25
Subescala <i>preocupações</i>	14.06 (4.43)	14	6	25

Analisando a Tabela 21, o valor médio na subescala *necessidade* foi superior ao observado na subescala *preocupações*. Existe assim um diferencial entre as pontuações médias das subescalas que foi de 3.73 ($DP = 6.21$), o que indica que as crenças sobre a necessidade de tomar os medicamentos se sobrepõem à preocupação sobre o regime medicamentoso prescrito.

A análise das atitudes permitiu categorizar os participantes em quatro grupos e mostrou que 58 (23.7%) eram sépticos em relação à medicação, 53 (21.6%) apresentaram-se ambivalentes, 56 (21.6%) revelaram-se indiferentes e por último, 78 (31.8%) aceitam o facto de tomarem medicação, como está representado na Figura 16.

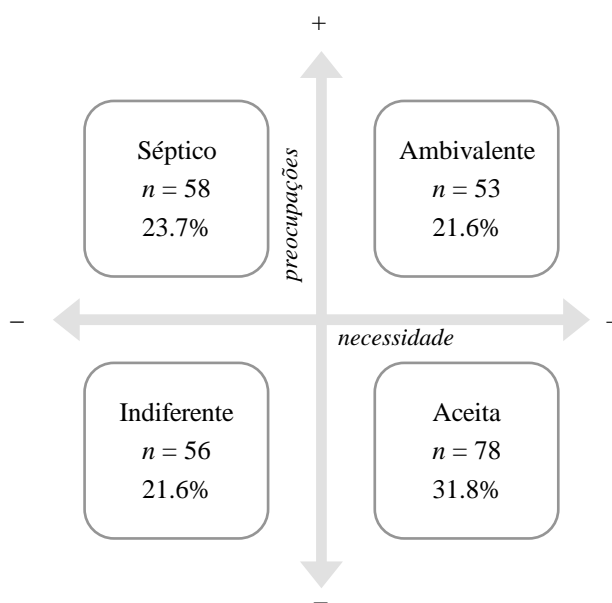


Figura 16: Análise atitudinal do Questionário das Crenças sobre os Medicamentos ($n = 245$)

Seguidamente são apresentadas as frequências das pessoas inquiridas por domínio do instrumento, 138 (56.3%) concordaram que a sua saúde dependia dos medicamentos que tomavam habitualmente e 64 idosos (26.1%) apresentaram uma perceção neutra sobre a afirmação. Contudo, 6 pessoas discordaram totalmente e 23 discordam com a declaração

perfazendo no total 11.8% no subgrupo da amostra. Este domínio da subescala foi aquele que deteve maior frequência na opção concordo.

A percepção da vida ser impossível sem os medicamentos foi o domínio que apresenta maior frequência na opção discordo ($n = 28$; 11.4%). Cerca de 38% dos idosos ($n = 93$) assumiram neutralidade no domínio *sem estes medicamentos, eu estaria muito doente*, revelando incerteza face à afirmação. Porém, 89 (36.3%) concordaram e 38 (15.5%) concordaram totalmente com a afirmação, observando-se que esta última foi a opção de resposta entre os diferentes domínios com maior frequência. A Tabela 22 apresenta a distribuição dos participantes por cada domínio da subescala *necessidade*.

Tabela 22: Distribuição dos participantes pelos domínios da subescala *necessidade* ($n = 245$)

Domínios da subescala <i>necessidades</i>	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
N1. Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	6	2.4	23	9.4	64	26.1	138	56.3	14	5.7
N2. A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	4	1.6	28	11.4	85	34.7	98	40.0	30	12.2
N3. Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	4	1.6	21	8.6	93	38	89	36.3	38	15.5
N4. A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	4	1.6	11	4.5	80	32.7	123	50.2	27	11.0
N5. Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	2	0.8	14	5.7	92	37.6	119	48.6	18	7.3

Relativamente à subescala *preocupações*, destaca-se que 87 (35.5%) dos participantes concordaram que se preocupam em ter de tomar os medicamentos (P1) e que 20 (8.2%) concordaram totalmente com a afirmação, sendo o domínio da subescala com maior frequência nestas opções. Em oposição, a percepção de desagradáveis efeitos secundários provocados pelos medicamentos (P6) apresentou a menor frequência nas opções de resposta concordo ($n = 5$; 2%) e concordo totalmente ($n = 0$). Entre os 245 inquiridos, 168 (68.6%) referiram discordar totalmente da presença de efeitos secundários associados aos medicamentos.

Na Tabela 23 constata-se ainda que a maioria dos participantes lidavam bem com os aspetos práticos do quotidiano e o consumo dos seus medicamentos (P4) porque se verificou a maior frequência nas opções discordo totalmente ($n = 90$; 36.7%) e discordo ($n=84$; 34.3%) no domínio *estes medicamentos perturbam a minha vida*.

Tabela 23: Distribuição dos participantes pelos domínios da subescala *preocupações* ($n = 245$)

Domínios da subescala <i>preocupações</i>	Discordo totalmente		Discordo		Não concordo nem discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
P1. Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos	66	26.9	48	19.6	24	9.8	87	35.5	20	8.2
P2. Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos	65	26.5	55	22.4	45	18.4	69	28.2	11	4.5
P3. Estes medicamentos são um mistério para mim	40	16.3	66	26.9	68	27.8	56	22.9	15	6.1
P4. Estes medicamentos perturbam a minha vida	90	36.7	84	34.3	41	16.7	29	11.8	1	0.4
P5. Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos	63	25.7	72	29.4	52	21.2	53	21.6	5	2.0
P6. Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários	168	68.6	59	24.1	13	5.3	5	2.0	0	0

Da análise inferencial das subescalas do BMQ-Específico, destaca-se a correlação estatisticamente significativa, positiva, porém, fraca entre a *necessidade* dos medicamentos e as seguintes variáveis:

- Conhecimentos sobre os medicamentos ($r = .255$; $p < .001$);
- Número de medicamentos ($r = .188$; $p = .003$);
- Índice de complexidade de farmacoterapia ($r = .169$; $p = .008$).

Significa que à medida que aumenta o nível de conhecimento, o número de medicamentos ou o índice de complexidade do regime prescrito, a percepção da *necessidade* da toma dos medicamentos também é maior.

Focando as *preocupações* sobre os potenciais efeitos adversos provocados pelos medicamentos e documentadas através da subescala do BMQ-Específico, a correlação entre esta variável e o conhecimento sobre o regime prescrito revelou-se estatisticamente significativa, negativa e muito fraca ($r = -.247$; $p < .001$).

As *preocupações* sobre os medicamentos apresentaram ainda uma correlação estatisticamente significativa, positiva e muito fraca com o número de medicamentos prescritos ($r = .154$; $p = .016$) e o índice de complexidade de farmacoterapia ($r = .126$; $p = .049$).

Ajudas para gerir o regime medicamentoso

Como referido anteriormente, 56 idosos não executam qualquer tarefa relacionada com a gestão da medicação, sendo essa responsabilidade atribuídas aos cuidadores inquiridos. Relativamente às ajudas necessárias para gerirem os seus medicamentos no dia-a-dia, entre os 245 idosos a média de ajudas foi de 3.0 ($DP = 2.90$; mín. 0; máx. 11). Apenas 55 (22.4%) pessoas afirmaram que não necessitam de qualquer apoio.

Foram questionados relativamente ao tipo de apoio que contribuía para gerirem a medicação, apresentando múltiplas opções, como reportado na Tabela 24. O apoio descrito como mais frequente foi a necessidade de explicação do regime medicamentoso ($n = 226$; 75.1%), seguido de disponibilização de informação sobre os medicamentos ($n = 194$; 64.5%), da interpretação do regime terapêutico ($n = 149$; 49.5%). Também 140 (46.5%) participantes referiram necessitar de apoio na gestão dos medicamentos, que incluía a monitorização da disponibilidade dos medicamentos em casa e a ida à farmácia, por exemplo.

Tabela 24: Distribuição dos participantes pelo tipo de apoio necessário na gestão da medicação ($n = 245$)

Tipo de apoio	<i>n</i>	%
Explicar o regime medicamentoso	172	70.2
Disponibilizar informação sobre os medicamentos	142	58.0
Interpretar o regime medicamentoso	99	40.4
Gerir os medicamentos	86	35.1
Monitorizar a toma dos medicamentos	56	22.9
Ler o rótulo da embalagem	51	20.8
Lembrar quando tomar os medicamentos	41	16.7
Encher as caixas dispensadoras	34	13.9
Abrir embalagens seguras para crianças	22	9.0
Retirar os medicamentos das caixas	18	7.3

Tipo de apoio	<i>n</i>	%
Manusear o blister	15	6.1
Suporte monetário	1	0.4
Partir o(s) comprimido(s)	1	0.4
Utilizar o alarme	1	0.4

Entre os 245 idosos que referem precisar de ajuda para gerir o seu regime medicamentoso, 34 não identificaram quem era responsável por essa ajuda e 86 (35.1%) idosos mencionaram que era o profissional de saúde ou cuidador informal, seguido dos filhos ($n = 57$; 23.2%) e cônjuge ($n = 40$; 16.3%).

De acordo com a análise inferencial realizada, existe uma correlação estatisticamente significativa, positiva e muito fraca entre número de ajudas utilizadas no dia-a-dia para gerir a medicação e o ICF ($r = .160$; $p = .012$); a correlação entre o número de ajudas e o conhecimento sobre os medicamentos revelou-se estatisticamente significativa e negativa ($r = -.275$; $p < .001$); por último, a sintomatologia depressiva e o número de ajudas apresentou uma correlação estatisticamente significativa e positiva ($r = .367$; $p < .001$).

Pode-se afirmar que quanto maior é o ICF, maior é o número de ajudas que as pessoas idosas necessitam para gerir a sua medicação. Quanto maior o nível de depressão, maior é o número de ajudas para gerir o regime medicamentoso.

Adesão aos medicamentos

A avaliação da adesão ao regime medicamentos foi realizada através da escala de medida de adesão ao tratamento (MAT). Esta medida avalia sete determinantes do comportamento de adesão das pessoas idosas que são destacados e analisados seguidamente.

Os participantes apresentaram um nível de adesão médio de 35.49 ($DP = 3.88$; min. 23; máx. 42; mediana = 36). A Tabela 25 mostra discriminadamente diferentes itens da escala de adesão e os valores da média e desvio padrão.

Constatou-se que os participantes não tendiam a abandonar a toma da medicação quando se sentiam piores. Este domínio comportamental apresentou a média mais elevada ($M = 5.49$; $DP = 0.82$), contribuindo para a adesão ótima. Ser descuidado com as horas da toma dos medicamentos foi identificado como o fator que concorre para um comportamento de adesão menor ($M = 4.68$; $DP = 0.83$), seguido do esquecimento ($M = 4.69$; $DP = 0.89$).

Tabela 25: Determinantes da adesão ($n = 245$)

Determinantes da adesão	M (DP)
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	4.69 (0.89)
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	4.68 (0.83)
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	5.11 (1.05)
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	5.49 (0.82)
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	5.35 (0.84)
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	5.18 (0.86)
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	4.99 (0.86)

Nota: Média (M); Desvio padrão (DP)

Na Tabela 26 é apresentada a distribuição dos participantes por cada determinante do comportamento da adesão.

Tabela 26: Distribuição dos idosos por determinantes do comportamento de adesão à medicação ($n = 245$)

Domínio da adesão	Sempre		Quase sempre		Com frequência		Por vezes		Raramente		Nunca	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	0	0	1	0.4	22	9.0	75	30.6	101	41.2	46	18.8
Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?	0	0	1	0.4	16	6.5	83	33.9	106	43.3	39	15.9
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?	1	0.4	3	1.2	17	6.9	46	18.8	59	24.1	119	48.6
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	1	0.4	1	0.4	6	2.4	19	7.8	59	24.1	159	65.9

Domínio da adesão	Sempre		Quase sempre		Com frequência		Por vezes		Raramente		Nunca	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?	0	0	0	0	8	3.3	36	14.7	63	25.7	138	56.3
Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	0	0	1	0.4	11	4.5	35	14.3	95	38.8	103	42
Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1	0.4	2	0.8	10	4.1	41	16.7	122	49.8	69	28.2

A análise de dados permite a classificação dicotómica: não aderente e aderente, através da mediana (36) e de acordo com as indicações propostas pelos autores do MAT (Delgado & Lima, 2001). Por aproximação, valores inferiores e superiores à mediana correspondem a não adesão e adesão, respetivamente. Na amostra ($n = 245$), 138 (56.3%) pessoas idosas foram não aderentes ao regime medicamentoso e 107 (43.7%) participantes foram considerados aderentes, como mostra a Figura 17. Apenas sete (2.9%) participantes obtiveram a pontuação máxima no MAT, significando adesão total à medicação.

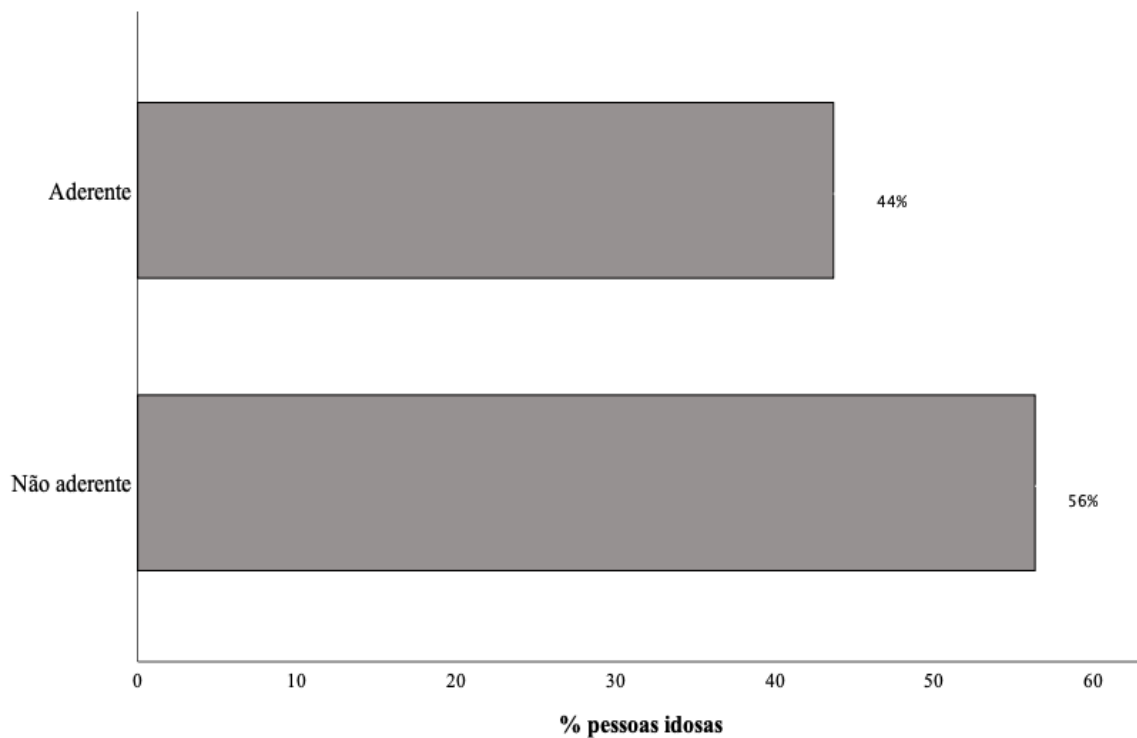


Figura 17: Distribuição dos idosos segundo o nível de adesão ($n = 245$)

A Tabela 27 revela todas as razões evocadas pelos participantes para não aderirem à medicação. Verificou-se que uma das mais frequentes foi o facto de considerarem que não tomar o medicamento esporadicamente não tinha impacto na saúde ($n = 124$; 50.6%). Salienta-se que 112 (45.7%) dos participantes referiram que não tinham os medicamentos consigo e apontaram que se devia a alterações das atividades diárias e rotinas. Também foram apontadas outras causas como, não ter ajuda para tomar os medicamentos ($n = 6$; 2.4%) e cinco (2.0%) participantes reportam que não aderiam para tentar poupar dinheiro.

Tabela 27: Causas de não adesão

Causas de não adesão	<i>n</i>	%
Não tomar os medicamentos de vez em quando não tem impacto na saúde	124	50.6
Não tinham os medicamentos consigo	112	45.7
Não tem perceção da necessidade dos medicamentos	13	5.3
Não tem ajuda para tomar os medicamentos	6	2.4
O(s) medicamento(s) interferem e comprometem as AVD	9	3.6
Tentou poupar dinheiro	5	2.0
Crenças sobre reações adversas	5	2.0
Não tinha dinheiro para comprar os medicamentos	4	1.6

Causas de não adesão	n	%
Suspeita de efeitos secundários	6	2.4
Não identifica efeitos terapêuticos	2	0.8
Priorização de outras atividades	3	1.2
Ausência de sinais e sintomas da doença	3	1.2
Crenças sobre efeitos a longo prazo	2	0.8
Exaustão face às exigências no autocuidado	2	0.8
Influência externa negativa (amigos e familiares)	1	0.4

Através da análise realizada, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre a adesão aos medicamentos e as seguintes variáveis:

- Sexo ($t = -.698, p = .486$);
- Residir só ($t = -.057, p = .955$);
- Escolaridade ($\chi^2_{\text{KW}} = 5.960, p = .202$);
- Nível de dependência nas AVD ($F = 1.946, p = .123$);
- Ter cuidador ($t = -.484, p = .629$);
- Estado civil ($F = 1.292, p = .279$).

Analisou-se a correlação entre a adesão ao regime medicamentoso e as variáveis potencialmente influenciadoras deste comportamento, que são apresentadas na Tabela 28.

Tabela 28: Correlação entre adesão aos medicamentos e variáveis preditoras ($n = 245$)

Variável	Teste estatístico	p
Idade	$r = .069$.281
Depressão	$r = -.277$.000
Número de doenças crónicas	$r = -.058$.368
Conhecimento sobre os medicamentos	$r = .162$.011
Número de medicamentos	$r = -.092$.151
Número de ajudas	$r = -.190$.003
Complexidade do regime medicamentoso (ICF)	$r = -.103$.109
Crenças acerca da <i>necessidade</i> da toma da medicação	$r = .364$.000
Crenças acerca das <i>preocupações</i> sobre a toma da medicação	$r = -.309$.000

Modelo preditivo de adesão aos medicamentos nas pessoas idosas ($n = 245$)

Para analisar os preditores significativos da adesão à medicação realizou-se uma regressão linear múltipla com as seguintes variáveis: depressão, conhecimento sobre medicamentos, número de ajudas, crenças sobre a *necessidade* da toma dos medicamentos, crenças sobre as *preocupações* associadas ao regime prescrito e estado nutritivo (Apêndice E). Estas são variáveis independentes e a variável adesão aos medicamentos considerou-se como variável dependente. Estas variáveis foram escolhidas para integrar o modelo, uma vez que se revelaram significativas na análise bivariada.

O modelo de regressão linear explica 22% da variável adesão aos medicamentos e é estatisticamente significativo ($F = 12.585, p = .001$).

As variáveis depressão ($\beta = -.142, p = .031$), crenças sobre a *necessidade* da toma dos medicamentos ($\beta = .306, p = .001$) e crenças sobre as *preocupações* associadas ao regime prescrito ($\beta = -.204, p = .001$) revelaram-se preditores significativos da adesão aos medicamentos (Tabela 29). Assim, os níveis de depressão e as crenças sobre as *preocupações* associadas ao regime prescrito estão relacionados com a diminuição da adesão, enquanto as crenças sobre a *necessidade* da toma dos medicamentos aumentam a adesão.

Tabela 29: Resultados do modelo de regressão linear preditivo da adesão aos medicamentos

Modelo	Coeficientes não <i>standardizados</i>		Coeficientes <i>standardizados</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	B	SE	Beta		
Constante	32.759	1.580		20.738	.000
Depressão	-.171	.079	-.142	-2.167	.031
Conhecimento sobre os medicamentos	-.001	.008	-.005	-.085	.932
Número de ajudas para gerir os medicamentos	-.121	.086	-.090	-1.402	.162
Crenças sobre a <i>preocupação</i>	-1.070	.317	-.204	-3.372	.001
Crenças sobre a <i>necessidade</i>	1.624	.320	.306	5.078	.001
Estado nutritivo	.381	.406	.058	.940	.348

3.1.5 Conhecimento, crenças e adesão à medicação na perspectiva do cuidador

Na análise do subgrupo dos cuidadores ($n = 56$), a média do conhecimento sobre os medicamentos prescritos ao idoso foi de 39.8% ($DP = 31.34$; mín. 0; máx. 100), superior ao demonstrado pelos idosos. Cerca de 23.2% de cuidadores ($n = 13$) não manifestou conhecimento sobre qualquer medicamento do regime do idoso; apenas dois cuidadores (3.6%) tinham conhecimento sobre todos os medicamentos prescritos.

Não se verificou correlação entre o conhecimento sobre os medicamentos e o número de medicamentos prescritos ($r = .197$; $p = .145$).

Relativamente às crenças dos cuidadores acerca dos medicamentos ($n = 56$), são apresentados na Tabela 30 os resultados por subescala.

Tabela 30: Resultados das subescalas do BMQ-Específico

BMQ	Média (DP)	Mediana	Mín.	Máx.
Subescala <i>necessidade</i>	18.39 (3.21)	19	11	25
Subescala <i>preocupações</i>	13 (4.31)	13	6	2

Analisando a Tabela 30, o valor médio na subescala *necessidade* foi superior ao observado na subescala *preocupações*. Existe assim um diferencial entre as pontuações médias das subescalas que foi de 5.39 ($DP = 5.46$), o que indica que as crenças sobre a necessidade de tomar os medicamentos se sobrepõem às preocupações sobre o regime medicamentoso prescrito.

Como é possível observar na Tabela 31, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre as crenças sobre a *necessidade* da toma da medicação ou as *preocupações* associadas ao regime medicamentoso prescrito e as seguintes variáveis: número de medicamentos, conhecimento e o ICF.

Tabela 31: Correlação entre as crenças sobre os medicamentos e outras variáveis ($n = 56$)

	Subescala <i>necessidades</i>		Subescala <i>preocupações</i>	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Número de medicamentos	.218	.107	- .102	.455
Conhecimentos sobre os medicamentos	.158	.244	- .115	.397
Índice de complexidade da farmacoterapia (ICF)	.177	.193	- .153	.261

Relativamente à adesão reportada pelos cuidadores, estes reportaram um nível de médio de 36.95 ($DP = 3.67$; mediana 37; min. 26; máx. 42).

Foram analisadas as razões para os cuidadores não assegurarem a toma da medicação e verificou-se que uma das mais frequentes foi o facto de considerarem que não tomar o medicamento esporadicamente não tinha impacto na saúde do idoso ($n = 23$; 41.1%). Salienta-se que 12 (21.4%) dos cuidadores referiram que não tinham os medicamentos consigo.

Constatou-se que existe uma correlação estatisticamente significativa e negativa entre a adesão e as crenças sobre a *preocupação* associadas ao regime prescrito ($r = - .285$; $p = .033$). Não se encontraram correlações entre a adesão aos medicamentos e as seguintes variáveis: conhecimento ($r = .008$; $p = .952$), número de medicamentos ($r = .109$; $p = .423$), crenças sobre a *necessidade* da toma dos medicamentos ($r = .082$; $p = .549$) e ICF ($r = - .114$; $p = .402$).

Quando comparado o subgrupo dos cuidadores e dos idosos, os cuidadores apresentaram valores significativamente mais elevados no que concerne à adesão aos medicamentos ($t = 2.564$, $p = .011$), conhecimento sobre o regime ($t = 2.398$, $p = .017$) e ICF ($t = 2.809$, $p = .005$), como mostra a Tabela 32.

Tabela 32: Comparação entre os cuidadores e os idosos

	Cuidadores ($n = 56$)		Idosos ($n = 245$)		<i>p</i>
	M	DP	M	DP	
Adesão aos medicamentos	36.95	3.67	35.49	3.88	.011
Crenças sobre a <i>preocupação</i>	2.166	.719	2.3435	.739	.106
Crenças sobre a <i>necessidade</i>	3.678	.64	3.5584	.73	.259
Conhecimentos sobre os medicamentos	39.80	31.34	29.022	30.13	.017
Índice de complexidade da farmacoterapia	23.46	10.68	19.66	8.75	.005

3.1.6 Discussão

O presente estudo descreve as características sociodemográficas e multidimensionais das pessoas idosas e a natureza do comportamento de adesão aos medicamentos, numa amostra recrutada numa UMI.

Os resultados mostram que menos de metade (43.7%) dos participantes com condições de saúde crónicas e polimedicados foram aderentes ao regime medicamentoso prescrito, o que reforça a possibilidade de melhoria. O modelo de regressão linear indicou que a depressão, as crenças sobre a necessidade da medicação e as preocupações sobre a toma de medicamentos têm valor preditivo do comportamento de adesão.

Neste estudo, a taxa de adesão aos medicamentos aproxima-se da estimativa avançada pela OMS. Baseada em vários estudos com populações diferentes, a OMS declara que a taxa de adesão é em média de 50% entre as pessoas com condições de saúde crónicas, nos países desenvolvidos (Sabaté, 2003).

Contudo, a taxa de adesão é variável entre diferentes estudos internacionais que usaram o autorrelato, o que limita a definição clara deste problema neste grupo populacional. Por exemplo, Li e colaboradores (2016) conduziram um estudo transversal em três regiões de Hong Kong, com uma amostra de 2445 idosos nos cuidados de saúde primários, documentando uma taxa de adesão de 53%. Também um estudo transversal, com pessoas idosas ($n = 299$) nos cuidados de saúde primários em Espanha, reportou uma taxa de adesão de 55.5% (Fernandez-Lazaro et al., 2019). Em 633 pessoas com idade média de 64 anos de quatro hospitais de Itália foi observada uma taxa de adesão aos medicamentos de 39% (Napolitano, Napolitano, & Angelillo, 2016).

No contexto nacional, um estudo transversal recente utilizou o MAT para avaliar a adesão à terapêutica em 1089 pessoas idosas que tinham prescritos cinco ou mais medicamentos; a taxa de adesão foi de 52.3% (Gomes et al., 2020). A revisão sistemática da literatura sobre a adesão à terapêutica na população portuguesa que incluiu 26 estudos, concluiu que as taxas de adesão variavam entre 41.6% a 89%, dependendo da condição de saúde estudada (Coelho et al., 2017). Constata-se assim que as taxas de adesão têm uma amplitude considerável, incluindo-se os resultados do presente estudo neste intervalo.

A análise do questionário MAT indica que os determinantes que contribuíram para menor adesão foram o ser descuidado com as horas da toma dos medicamentos e o esquecimento.

Estes achados são coincidentes com o estudo de Gomes e colegas (2020), apresentando estes determinantes também a média mais baixa. Estes resultados são corroborados pela evidência que determina o esquecimento como uma das barreiras de não adesão aos medicamentos neste grupo etário (Alves da Costa et al., 2015; Fernandez-Lazaro et al., 2019; Lauffenburger et al., 2020; Newman-Casey et al., 2015; Sasaki et al., 2018).

Um estudo transversal conduzido em farmácias comunitárias na área de Lisboa avaliou os fatores associados à não adesão aos medicamentos para a hipertensão, diabetes e colesterol. A amostra era constituída por 375 pessoas, composta maioritariamente por idosos (65.7%) (Alves da Costa et al., 2015). Os autores concluíram que o esquecimento era o fator mais comum para justificar a não adesão aos medicamentos para a hipertensão e colesterol (Alves da Costa et al., 2015).

Lauffenburger e colegas (2020) avaliaram as barreiras à adesão em 1069 pessoas com doença cardiometabólica, num estudo transversal; 654 pessoas apresentavam uma ou mais barreiras à adesão. Entre estas, a barreira mais comumente registada foi o esquecimento (64%).

O estudo de Newman-Casey e colegas (2015) no âmbito da adesão aos medicamentos para o glaucoma, e o trabalho de Sasaki e colaboradores (2018) na área da inaloterapia em pessoas com asma, também indicaram o esquecimento como o fator mais relevante na adesão aos medicamentos.

Como se constata, o esquecimento é identificado como uma barreira ao comportamento de adesão independentemente da condição crónica de saúde ou dos medicamentos prescritos. O facto deste ser comum poderá ser explicado pelas consequências da condição de saúde não ser percebida como significativa, pela ausência de sinais e sintomas ou pelas alterações da memória e atenção.

Como referido no Capítulo I, a idade não é um forte preditor de adesão e não é consensual a sua influência. Na presente investigação, a idade não demonstrou associação com a adesão aos medicamentos. Contudo, Gomes e colaboradores (2020) concluíram que o aumento da idade estava positivamente associado à adesão aos medicamentos; também Fernandez-Lazaro e colegas (2019) apresentaram a mesma conclusão.

Todavia, uma revisão sistemática identifica estudos em que a idade não tem influência na adesão (Yap et al., 2016). Assim, como uma revisão sistemática com 24 estudos em idosos, em que maior idade afeta negativamente a adesão aos medicamentos (Smaje et al., 2018). Face à evidência e aos resultados apresentados, a idade não deve ser apontada isoladamente

como fator preditor de adesão aos medicamentos. Sendo a adesão um comportamento multidimensional, é compreensível a existência de resultados contraditórios, uma vez que outros fatores podem influenciar a adesão aos medicamentos, tais como o conhecimento sobre os medicamentos, também identificado no presente estudo.

Relativamente ao conhecimento dos participantes sobre o regime medicamentoso, este fator mostrou ter uma correlação significativa e positiva com adesão; este achado também foi documentado no estudo de Fernandez-Lazaro e colegas (2019). Na realidade, a maioria dos idosos achou difícil explicar o regime medicamentoso prescrito, não conseguindo nomear as características deste. Apenas 2.9% das pessoas idosas conheciam corretamente cada um dos seus medicamentos prescritos. Tal não parece estar ligado à escolaridade dos idosos, uma vez que não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre esta duas variáveis.

Contudo, num estudo transversal com 291 idosos, Lee e colaboradores (2017) concluíram que o conhecimento sobre os medicamentos não estava estatisticamente relacionado com a adesão ($p = .072$). Para medir o conhecimento, os autores usaram um instrumento em que o participante quantificava, numa escala de Likert, quão bem conhecia os seus medicamentos em várias dimensões (e.g. nome, dosagem, frequência). Tal pode justificar os resultados contraditórios, uma vez que a medida utilizada foi diferente.

Também existe um aspeto relevante que se prende com a imprecisão e o viés que pode estar associado à forma de avaliação do conhecimento proposta pelos autores; o idoso estima entre os medicamentos prescritos o grau de conhecimento que detém. Enquanto na presente investigação, foi solicitado aos participantes que relatassem cada dimensão do regime medicamentoso prescrito.

Todavia, parece inquestionável a importância de promover o conhecimento sobre o regime medicamentoso e as intervenções educacionais deve contemplar esta dimensão. Os achados deste estudo também sugerem a relevância do conhecimento sobre os medicamentos, mostrando existir uma correlação estatisticamente significativa e positiva com as crenças sobre a *necessidade* da toma dos medicamentos ($p < .001$) e, conseqüentemente, destas com o comportamento de adesão ($r = .364$; $p < .001$).

Este achado reforça a importância das intervenções educacionais conduzidas pelos enfermeiros, que devem incluir informações imparciais e adequadas sobre o tratamento. Os profissionais de saúde são cada vez mais incentivados a envolver as pessoas nas decisões de

tratamento, reconhecendo-os como especialistas com um conhecimento exclusivo da sua própria saúde, preferências e resultados que procuram alcançar. Assim, promover a capacitação das pessoas torna-se uma estratégia fundamental, incluindo na adesão aos medicamentos, e a informação transmitida pode influenciar esta (Náfrádi, Nakamoto, & Schulz, 2017).

As orientações propostas pelo NICE (2009) espelham estes pressupostos; recomendam o envolvimento das pessoas na tomada de decisão e a transmissão de informações claras, não tendenciosas e adequadas para garantir a compreensão sobre o tratamento, aumentar a consciencialização sobre os benefícios e riscos da medicação e estabelecer expectativas realistas.

No entanto, os idosos frequentemente sentem que recebem informação insuficiente sobre o tratamento durante os contactos com os profissionais (Daliri et al., 2019; Hestevik et al., 2019) e têm necessidades e preocupações que não são abordadas (Barber, Parsons, Clifford, Darracott, & Horne, 2004; Eibergen et al., 2018). Por exemplo, Eibergen e colegas (2018) exploraram a necessidade de informação que 124 pessoas sentiam na transição hospital-casa. Este estudo revelou que as necessidades de informação são diversas, tais como: para que é indicado o medicamento (57%), efeitos colaterais (52%), interações medicamentosas (45%), ação do medicamento (37%).

Para pessoas com condições crónicas de saúde, o entendimento da doença e dos regimes complexos pode representar um desafio (Pérez-Jover et al., 2018). Numa amostra de 29 473 pessoas, Friis e colegas (2016) descobriram que os indivíduos com doenças de longa duração tinham dificuldades em compreender as informações do profissional de saúde, o que reforça a necessidade de intervenções educacionais adaptadas às pessoas e ainda à forma como estas são desenvolvidas.

O conhecimento sobre os medicamentos é um determinante modificável através de uma intervenção, ao contrário da escolaridade, por exemplo. Este achado é fundamental para direccionar as intervenções de adesão a desenvolver, tal como é defendido por Allemann e colegas (2016). Segundo os autores, as intervenções para serem eficazes têm que ter como alvo os determinantes modificáveis do comportamento e, por outro lado, devem ser adaptadas aos determinantes não modificáveis. Estes aspetos prendem-se com o conceito de *targeting* e *tailoring*, respetivamente.

Existem diversos determinantes do comportamento de adesão relatados na literatura, já descritos no Capítulo I. Contrariamente aos resultados sugeridos por revisões sistemáticas (Alves-Conceição et al., 2018; Wimmer et al., 2017), a presente investigação não encontrou correlação entre a complexidade do regime medicamentoso e a adesão.

O índice de complexidade do regime medicamentoso é variável entre as publicações. Enquanto no presente estudo foi documentado um ICF médio de 20.37 ($DP = 9.24$), Cobretti e colaboradores (2017) descreveram um ICF de 32.1 numa amostra de pessoas idosas ($n = 145$) com insuficiência cardíaca; ainda outros autores revelaram que este era de 28.70 numa amostra com características semelhantes ($n = 100$) (Chang, Kowalski, Sorich, & Alderman, 2017).

Isto pode ser explicado pelo número de multimorbilidades associadas e a quantidade de medicamentos prescritos, como se pode verificar pela correlação entre estas variáveis e o ICF na presente investigação. Em ambos os estudos referidos, o número de medicamentos prescritos (média 13.3 e 10.72) era superior ao relatado no presente trabalho, podendo justificar a diferença no índice de complexidade (Chang et al., 2017; Cobretti et al., 2017).

Apesar de não se ter verificado uma correlação entre a adesão e a complexidade do regime medicamentoso, este trabalho demonstrou que os idosos que reportaram maior número de ajudas necessárias para gerirem os seus medicamentos são aqueles que apresentaram um ICF mais elevado ($p = .012$). Deste modo, a identificação das pessoas idosas com um regime medicamentoso complexo pode ser usada como um indicador para priorizar a intervenção de enfermagem nos indivíduos com múltiplas doenças crónicas, que potencialmente requererão mais ajuda para gerirem os medicamentos.

Adicionalmente, num estudo retrospectivo na Austrália, Chang e colegas (2017) também comprovaram que a pontuação média do ICF aumentou entre o momento da admissão hospitalar e a alta ($p < .001$). Considerando as potenciais alterações dos medicamentos prescritos na transição hospital-casa e, por conseguinte, da complexidade do regime medicamentoso, o foco de enfermagem deverá incluir a avaliação da capacidade das pessoas idosas para gerirem o regime medicamentoso e determinar intervenções facilitadoras da gestão deste, procurando atingir a melhor adesão possível.

Relativamente ao modelo de regressão linear, os determinantes que mostram ter um valor preditivo do comportamento de adesão são a depressão, as crenças sobre a necessidade da medicação e as preocupações sobre a toma de medicamentos.

Segundo revisões sistemáticas da literatura, a depressão influencia negativamente a adesão aos medicamentos (Gast & Mathes, 2019; Yap et al., 2016). Uma meta-análise ($n = 22$) sobre os fatores que afetam a adesão ao regime medicamentoso nas pessoas idosas com diabetes concluiu que os indivíduos com depressão são menos propensos a tomar medicamentos quando comparados com aqueles que não apresentam sintomatologia depressiva (OR 0.73; 95% IC, 0.62-0.87); os idosos com diabetes que tinham depressão eram 27% menos propensos a tomar os medicamentos (Choi & Smaldone, 2018). Crawshaw, Auyeung, Norton e Weinman (2016) também reportaram evidência robusta do impacto negativo da depressão na adesão aos medicamentos em pessoas com doenças cardiovasculares (OR 2.00; 95% IC; 1.57–3.33; $p = .015$).

A evidência científica suporta os resultados da presente investigação; os participantes com maior pontuação na escala de depressão, apresentaram menor nível de adesão. Em Portugal, um estudo transversal com idosos ($n = 94$) com diabetes também reportou resultados idênticos (Mendes, Martins, & Fernandes, 2019).

Segundo uma meta-análise que incluiu 381 527 indivíduos, o risco de depressão é duas vezes maior em pessoas com multimorbilidade em comparação com aquelas que não têm (OR 2.13; 95% IC; 1.62-2.80; $p < 0.001$), podendo influenciar a forma como as pessoas lidam com as mudanças diárias necessárias à autogestão da doença (Read, Sharpe, Modini, & Dear, 2017). A associação entre a depressão e o comportamento deficitário de autocuidado, onde se inclui a adesão à medicação é também conhecido (Sedlar et al., 2017), constituindo-se assim um foco de atenção da enfermagem.

Os resultados descrevem ainda que o grau de adesão aos medicamentos prescritos é também influenciado pela necessidade percebida do tratamento e as preocupações com possíveis efeitos colaterais. Desta forma, menor percepção da necessidade da toma dos medicamentos é associada a níveis de adesão mais baixos. Por outro lado, os participantes mais preocupados com potenciais efeitos adversos provocados pelos medicamentos são menos propensos a aderir ao tratamento.

Estes achados são consistentes com modelos de adesão à medicação que diferenciam barreiras ao comportamento. Uma meta-análise mostrou que maiores níveis de adesão estão associados a menos preocupação (OR 0.504; 95% IC; 0.450-0.564; $p < .0001$) e a maior necessidade percebida da toma da medicação (OR 1.742; 95% IC; 1.569, 1.934; $p < .0001$), numa panóplia de condições de saúde (Horne et al., 2013).

Assim como outra meta-análise que constatou que o *necessity-concerns framework* (NCF) é preditor da adesão à medicação (Foot et al., 2016), indicando que este é um enquadramento importante que pode ajudar os enfermeiros a identificar as crenças que estão na base das atitudes dos idosos relativamente à sua medicação e às decisões sobre a toma desta.

O desafio é desenvolver intervenções eficazes para apoiar a escolha informada e a adesão aos medicamentos prescritos, que considerem as crenças dos idosos sobre o tratamento, incluindo as suas preocupações sobre possíveis consequências adversas ao tomar a medicação.

Nesse sentido, os enfermeiros desempenham um papel central no apoio e na ajuda aos idosos, principalmente em contexto de ambulatório. Portanto, os enfermeiros devem ter em consideração a importância de ter disponibilidade para as pessoas idosas, uma vez que através da interação com estas, têm a possibilidade de discutir comportamentos específicos de uso dos medicamentos (Morisky & Dimatteo, 2011).

As crenças sobre a necessidade e preocupação com os medicamentos podem desencadear decisões deliberadas de não seguir o regime prescrito. Por exemplo, as pessoas que decidem não tomar a medicação devido a preocupações relacionadas com potenciais ou reais efeitos adversos. Por outro lado, o idoso que considera que o medicamento não é importante para a sua saúde provavelmente esquecer-se-á da toma, conduzindo a não adesão não intencional.

O trabalho de Horne e colegas (2013) mostra que as pessoas têm dúvidas e preocupações significativas sobre o tratamento prescrito, não compreendendo a sua necessidade. Também a insuficiente informação transmitida sobre os medicamentos, referida anteriormente, pode contribuir para crenças baseadas em conceitos erróneos sobre a doença e tratamento (des Bordes, Prasad, Pratt, Suarez-Almazor, & Lopez-Olivo, 2020).

É universalmente reconhecido que os enfermeiros podem melhorar a promoção da saúde por meio de estratégias apropriadas, melhorando a adesão aos medicamentos e adoção de estilos de vida saudáveis (Chang, Fritschi, & Kim, 2012; Cicolini et al., 2014; Hacıhasanoğlu & Gözüm, 2011). São diversas as estratégias que podem aumentar a capacitação e autogestão das pessoas idosas, atribuindo-lhes um papel ativo no seu autocuidado (Chang et al., 2012; Cicolini et al., 2014; Senesael, Borgermans, Van de Vijver, & Devroey, 2013). No entanto, nenhuma estratégia de intervenção isolada pode melhorar a adesão de todos os idosos. O sucesso depende da combinação de múltiplos componentes da intervenção que possam ser adaptados às características dos idosos, condição de saúde e regime de tratamento, incluindo

a compreensão das crenças sobre os medicamentos (Allemann et al., 2017). Assim, as intervenções de enfermagem devem ser direcionadas e adaptadas aos determinantes da adesão aos medicamentos (Allemann et al., 2016).

Embora o presente estudo preencha uma lacuna de conhecimento, existem limitações que merecem menção. Não foi exequível medir a adesão por classes de medicamentos. Contudo, a abordagem utilizada neste estudo é semelhante a outros que se propuseram determinar a adesão ao regime medicamentoso (Fernandez-Lazaro et al., 2019; Gomes et al., 2020; Marcum et al., 2013). Os participantes tinham em média oito medicamentos prescritos, o que tornava inexecuível avaliar a adesão pelo grupo farmacológico, face aos objetivos e recursos disponíveis.

Atualmente, não existe um método *standard* para precisar a adesão nas pessoas com polimedicação (Pednekar et al., 2019). Na revisão sistemática da literatura de Pednekar e colaboradores (2019), a utilização de questionários de autorrelato é muito comum e foi identificado em mais de metade dos estudos incluídos ($n = 78$, 53.1%), não sendo a adesão mensurada por classes de medicamentos. Desta forma, é difícil reportar claramente a adesão a determinados medicamentos.

Os questionários de autorrelato para medir a adesão podem ser suscetíveis ao viés da memória e pode subestimar a extensão do comportamento de adesão aos medicamentos (Osterberg & Blaschke, 2005; Pednekar et al., 2019). Todavia, o questionário MAT tem propriedade psicométricas adequadas e é reconhecido como uma ferramenta útil para avaliar a adesão aos medicamentos. Vários estudos em Portugal têm utilizado o MAT em pessoas mais velhas (Gomes et al., 2020; Monterroso, Pierdevara, & Joaquim, 2012; Salgado, Ramos, et al., 2013).

Também o viés associado às preocupações de conveniência social pode constituir uma limitação. Na tentativa de minimizar este problema, o investigador não era prestador de cuidados no local de estudo. Outra limitação prende-se na natureza do estudo porque o desenho transversal limita a avaliação das relações de causa-efeito. Além disso, a medida de adesão aos medicamentos e outras variáveis utilizadas nesta análise foram obtidas num único momento, podendo não refletir o comportamento a longo prazo e a modificação dos fatores que o afetam. Desta forma, são necessários estudos longitudinais que possam explorar a validade temporal das associações documentadas neste estudo.

Por fim, a amostra considerada para a análise ($n = 245$) não atingiu o tamanho estimado devido ao período de tempo condicionado para a recolha de dados, o que pode afetar a precisão das medições. Os resultados devem ser interpretados considerando que se trata de uma amostra não probabilística. No entanto, os resultados sugerem oportunidades de melhoria na adesão à medicação, o que é útil e relevante para profissionais de saúde que cuidam de idosos com multimorbilidade e polimedicados. Estes resultados também são relevantes no contexto clínico em estudo, permitindo informar o desenvolvimento de uma intervenção de enfermagem. Estudos futuros também devem se concentrar em grandes amostras probabilísticas para estimar com maior precisão a adesão à medicação e os determinantes.

3.2 Estudo B: qualitativo

3.2.1 Caracterização da amostra

A descrição que se apresenta pretende caracterizar os participantes que foram envolvidos no estudo B, de acordo com os critérios de elegibilidade.

Deste modo, os participantes deste estudo incluíram seis pessoas idosas (≥ 65 anos) e dois cuidadores responsáveis pela gestão do regime medicamentoso do idoso; todos integraram o estudo A. Os dois cuidadores de suporte tinham 56 e 63 anos, eram do sexo masculino e feminino e assumiam a gestão da medicação há aproximadamente dois e cinco anos, respetivamente. A Tabela 33 mostra as características das pessoas idosas com cuidador.

Tabela 33: Caracterização das pessoas idosas com cuidador

Entrevistado	C2	C4
Indivíduo	PI2	PI4
Sexo	Feminino	Feminino
Idade	86	89
Estado civil	Viúvo	Viúvo
Escolaridade	Não frequência escolar/ Educação pré-escolar	1º e 2º ciclos do ensino básico
Agregado familiar	Reside acompanhada	Reside acompanhada
N.º de medicamentos prescritos	10	10
N.º de internamentos ¹	4	6
N.º de idas à urgência hospitalar ¹	7	8

¹Refere-se aos 12 meses anteriores à última hospitalização

Relativamente às pessoas idosas entrevistadas, estas tinham uma média de idades de 72.8 ($DP = 4.07$; mín. 68; máx. 78). Quatro idosos eram homens (66.7%) e dois eram mulheres (33.3%). A Tabela 34 apresenta a caracterização das pessoas idosas.

Tabela 34: Caracterização dos idosos entrevistados

Entrevistado	Sexo	Idade	Estado civil	Escolaridade	Agregado familiar	N.º de medicamentos prescritos	N.º de internamentos ¹	N.º de idas à urgência hospitalar ¹
PI1	Masculino	77	Divorciado	Bacharelato ou licenciatura ou nível equivalente	Reside só	10	4	4
PI3	Feminino	73	Casado	1.º e 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)	Reside acompanhada	11	5	7
PI5	Feminino	72	Viúvo	1.º e 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)	Reside só	10	3	4
PI6	Masculino	68	Casado	1.º e 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)	Reside acompanhado	8	6	9
PI7	Masculino	69	Viúvo	1.º e 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)	Reside só	6	5	6
PI8	Masculino	78	Casado	1.º e 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)	Reside acompanhado	9	3	5

¹Refere-se aos 12 meses anteriores à última hospitalização

3.2.2 Identificação dos determinantes de adesão aos medicamentos

Uma ampla gama de barreiras e facilitadores da adesão ao regime medicamentoso foram identificados de acordo com cada componente do modelo COM-B. Estes são apresentados na Tabela 35, juntamente com citações ilustrativas. Os determinantes de adesão aos medicamentos que emergiram das entrevistas não se reportam exclusivamente ao período de transição hospital-casa, notando-se a transversalidade às diferentes fases de adesão. Posteriormente, é apresentado um descritivo dos principais achados, incluído a identificação dos determinantes em subsecções ou realçadas a negrito para orientar a leitura.

Tabela 35: Determinantes (barreiras e facilitadores) do comportamento de adesão das pessoas idosas identificados em cada componente da COM-B e citações ilustrativas

Componentes COM-B	Determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) da adesão à medicação	Citações ilustrativas	
Capacidade	Física	Limitações físicas para tomar a medicação (barreira)	<i>“E eu vim muito cansado... ainda hoje estou um bocadinho, mas já estou melhor. E esta logística toda de vir do hospital, ter que ir comprar os remédios e preparar tudo é cansativo para uma pessoa que está debilitada. Eu venho sempre debilitado do hospital. Venho sempre cansado e com menos forças. Já houve vezes que falhou [a toma dos medicamentos] ali um dia ou dois até me recompor.” (PI7)</i>
	Psicológica	Conhecimento sobre regime medicamentoso prescrito (barreira/facilitador)	<i>“É como eu digo eu não aprofundo [conhecimento sobre os medicamentos] (...). Tomo porque dizem para eu tomar, eu tomo pronto. Prefiro assim...não saber muito sobre os medicamentos. Saber ainda me faz pior.” (PI6)</i> <i>“Tenho sempre o cuidado de saber a questão dos porquês e os efeitos secundários que se possam verificar e o risco de medicação que esteja a tomar com outro tipo de medicação, interação com alguns medicamentos que a mãe esteja a tomar. Tenho sempre esse tipo de cuidado e dá-me uma certa segurança. Por isso é que lhe dou.” (C4)</i>
		Conhecimento sobre efeitos adversos dos medicamentos (barreira/facilitador)	<i>“Quando tenho tempo meto-me a ler aquilo [folheto informativo e efeitos adversos] e fico preocupado. Até me passa pela cabeça não os tomar.” (PI7)</i> <i>“Mas aí como tenho algum conhecimento percebo que nada está relacionado com os medicamentos ou algum efeito secundário. Isso permite continuar a dar a medicação.” (C4)</i>
		Estratégias práticas e lembretes para gerir a medicação (facilitador)	<i>“Os medicamentos tenho tudo escrito nas caixas e é assim que eu vou sabendo. Tenho tudo escrito para não me enganar...Depois ajuda-me ter tudo à mão e no mesmo sítio...” (PI8)</i>
		Planeamento e organização da ação (facilitador)	<i>“Fomos à Inglaterra e eu levei um saco de medicamentos atrás de mim; ainda este fim-de-semana, eu fui lá acima ao norte eu levei isto tudo; eu tenho uma mala só para medicamentos...Tenho a preocupação de me organizar uns dias antes e garantir que tenho medicamentos para os dias que estou fora.” (PI6)</i>
		Ter uma rotina personalizada (facilitador)	<i>“Sempre, sempre com a refeição e isso também ajuda porque uma pessoa já sabe que se tem sempre aquela hora de fazer [a medicação], acaba por ser mais fácil.” (C2)</i>
		Esquecimento (barreira)	<i>“Também não tomo logo dois comprimidos quando me esqueço...deixo chegar a hora de tomar o remédio e volto a tomar tudo como normalmente.” (PI7)</i>
		Tomar decisões sobre a utilização dos medicamentos (barreira)	<i>“E às vezes, já giro um bocadinho os meus remédios porque enfim já tenho um certo conhecimento das coisas. E por exemplo já sei que se por acaso tenho as pernas um bocado inchadas, carrego mais um comprimidinho por dia. Em vezes de fazer meio [comprimido] meio [comprimido] por dia, faço 1 comprimido + meio comprimido. Já doseio um bocadinho um ou outro remédio.” (PI1)</i>

Componentes COM-B	Determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) da adesão à medicação	Citações ilustrativas	
Oportunidade	Social	Influência social na gestão dos medicamentos (barreira/facilitador)	<p>“[aponta para outros medicamentos] Esses são uma receita caseira dum primo meu. Ele disse-me que isso eram umas vitaminas e que era bom para dar forças. Ah é... então dá cá que também vou fazer.” (PI1)</p> <p>“Falaram-me disto [caixa dispensadora], até foi uma conhecida, e comprei pra ver se me dava bem. É mais para sossego e ajuda.” (PI3)</p>
	Física	Participação na tomada de decisão sobre o uso dos medicamentos (barreira/facilitador)	<p>“(…) acho que vale a pena, é saber se concordo com aquilo que vou tomar. Mas também ninguém quer saber se eu concordo com as opções que me dão. Até porque não me explicam alternativas, o que obviamente, se não perceber o benefício não tomo.” (PI1)</p> <p>“Eu tento sempre ver com o médico ou com o enfermeiro como posso fazer e quais são os melhores [medicamentos] pra mim. Se não me estou a dar bem com aquele medicamento, falo com eles e tentamos arranjar uma solução. Porque também os faço perceber que assim não me sinto bem (…).” (PI5)</p>
		Suporte dos profissionais de saúde (facilitador)	“Por exemplo, (...) comecei a notar é que quando tomo o Janumet, (...) comecei a ter (...) diarreias, (...) liguei lá para o hospital e expliquei o que é que se estava a passar e o senhor doutor disse: - Não há problema nenhum, a gente trata já disso imediatamente. Vai fazer assim: vai passar a tomar aos meios; durante uns dias (...); foi uma ajuda...senão o que é que eu ia fazer?” (PI5)
		Ausência de suporte dos profissionais de saúde (barreira)	“Acho que eles [profissionais de saúde] coitados... também não têm tempo pra ‘tar a explicar tudo às pessoas, mas às vezes também acho não querem saber e sabe o que acho que acontece, senhora enfermeira? (...) É que partem do princípio que os doentes sabem porque (...) eu já ouvi, a senhora já toma isto há tanto tempo já está mais que habituada. Ora, pois, estou mais que habituada a tomar, mas nem sei bem pra que é que tomo, percebe? Mas eu não tenho coragem pra dizer isto. Deus me livre. (...), mas não se admirem de os doentes não tomarem [os medicamentos].” (PI3)
		Alteração dos medicamentos na transição hospital-casa (barreira)	“Mudei dosagens, julgo eu. O que torna tudo mais complicado porque em vez de um comprimido passamos a fazer dois [comprimidos]. Pior é ainda ficarem aqui as caixas todas com as dosagens que fazia antes de ir para o hospital. Sabe o que acontece? (...) agora continuo a tomar até acabar e depois é que mudo [para a dosagem prescrita atualmente]. É que senão sabe lá a quantidade de caixas [medicamentos] que começam a ficar aqui em casa.” (PI1)
		Caraterísticas do regime medicamentoso (barreira)	“(…) é medicamento para isto...é medicamento para aquilo...chega a um ponto uma pessoa já tá...e ando baralhado com tanto medicamento. Agora é este à hora do almoço, depois é aquele ao jantar, depois antes de me deitar. E depois ao lanche não me posso esquecer... é ter que partir alguns em metades. Como são muitos medicamentos e todos para tomar a horas diferentes, torna tudo mais complicado. Quando é só dois ou três ainda está como o outro.” (PI6)

Componentes COM-B	Determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) da adesão à medicação	Citações ilustrativas
	Acessibilidade ao sistema de saúde (barreira/facilitador)	<p>“(…) na questão dos hospitais é muito difícil. Não estão disponíveis para esclarecer mesmo que as pessoas tenham saído de lá no dia anterior. É muito difícil que alguém atenda. Mesmo quando foi as situações das receitas mal passadas, aquilo foi um desatino até conseguir encontrar o médico e explicar a situação. Uma vez até estive dois ou três dias sem tomar [medicamento], já nem me lembro bem o quê, porque ninguém resolvia o problema.” (C2)</p> <p>“É fácil [ter uma consulta com a médica], posso ficar um bocado à espera, mas ela atende-me. Tem acontecido ir lá pra me passar receitas (…).” (PI3)</p>
	Recursos físicos que suportam a gestão dos medicamentos (facilitador)	<p>“Deram-me uma lista [guia de tratamento] quando saí do hospital e que, por acaso, acho bastante útil. Isso é útil [guia de tratamento] para todas as idades. Está claro que para os mais velhos, mais esquecidos é muito útil, mas mesmo para mais novos que também não têm tempo e têm outras coisas que pensar, esquecem-se. E realmente, mete-se aquilo [guia de tratamento] ali na cozinha (...). E isso é muito útil.” (PI1)</p>
	Custo dos medicamentos (barreira)	<p>“Além disso, aqueles que são para o sangue eram muito caros e eu achei que podia parar.” (PI8)</p>
	Suporte social/familiar na gestão dos medicamentos (barreira/facilitador)	<p>“Ela [esposa] é que me dizia e punha-me à frente ou deixava-me a jeito os remédios que eram para tomar. Quando ela faleceu... vi-me à rasca. De repente, era eu que tinha que tratar de tudo. Tá claro que a minha filha e os netos ajudaram, mas no final de contas, eu fiquei aqui sozinho em casa e tinha que saber tratar de tudo (...)” (PI7)</p> <p>“Ajuda-me a minha mulher estar sempre a perguntar-me se já tomei os medicamentos.” (PI8)</p>
	Processos de cuidados ineficientes (barreira)	<p>“(…) aquilo podia não ser tudo a correr. Chega o médico e diz tem alta agora. Tamos desprevenidos e temos que organizar tudo pra ir pra casa. E se isto fosse tratado mais cedo, sei lá no dia antes, a gente conseguia fazer tudo com calma. Houve uma vez que tive alta e só sai do hospital eram quase nove da noite, isto complica a vida. (...). Até pra isso dos remédios, dessa vez só tomei no dia seguinte, cheguei a casa e não tinha.” (PI3)</p>
	Insuficiente informação sobre os medicamentos prescritos (barreira)	<p>“Se calhar era explicar mais para a pessoa estar mais dentro daquilo que toma; bem eu sei que tenho que tomar isto, mas eu tenho que perceber para que é que será aquilo que tomo e o que vai acontecer. E isso é raro acontecer, nem no hospital nem aqui no centro de saúde.” (PI3)</p>
	Inexistência de reconciliação da medicação (barreira)	<p>“Uma vez vim para casa e ninguém me explicou que tinha que deixar de tomar uns medicamentos que já tomava... vim com receitas de outros medicamentos e tomei tudo como mandavam. Um dia comecei a sentir o coração muito fraquinho... Sabe? Não tinha forças...ficava muito cansado. Fui à farmácia e a tensão estava tão baixa tão baixa que a doutora me disse que era melhor ir ao médico... Fui lá no dia seguinte e foi aí que o médico de família percebeu que eu estava a fazer uma catrefada de medicamentos para a mesma coisa... isto foi porque não me explicaram lá no hospital.” (PI8)</p>

Componentes COM-B	Determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) da adesão à medicação	Citações ilustrativas	
Motivação	Continuidade e coordenação de cuidados ineficientes (barreira)	<p><i>“E era importante haver profissionais de saúde que pudessem ajudar em relação à medicação quando as pessoas voltam a casa. Porque pode ser muito confuso, receitas de um lado, medicamentos que já temos e nem sempre é fácil entender. (...) E vai na volta começa a fazer aquilo [medicação] tudo mal.” (C4)</i></p> <p><i>“Assim é que consegui porque eu tinha tantos papéis dos médicos que já não sabia o que fazer. Era do médico do coração, do médico dos pulmões, do médico de família. Uma confusão. E depois cada papel dizia a sua coisa. Houve um [medicamento] que até fiz comprimidos a mais. Só quando fui ao médico, passado não sei quantos meses, é que ele me disse.” (P17)</i></p>	
	Alteração de ambiente ou rotinas (barreira)	<i>“Uma vez fui daqui para a Costa [da Caparica], cheguei lá os comprimidos não foram, peguei no carro e tive que ir buscá-los..., mas no início eram mais os fins-de-semana que os comprimidos não iam que aqueles que iam.” (P13)</i>	
	Reflexiva	Reconhecimento dos benefícios versus riscos dos medicamentos (facilitador)	<i>“(…) existem riscos e efeitos secundários que vão provocar outros problemas. Ainda assim, agora percebo que mais benefícios que riscos, ainda que eles [riscos] existam não podemos fazer muito, é para o bem dela.” (C4)</i>
		Preocupações com o regime medicamentoso de longo prazo (barreira)	<i>“Até porque na minha preocupação como alguns são remédios é que é importante às vezes parar para descansar o corpo, para também não encharcar de remédios. Mas isso quer dizer acontece uma vez por outra, para desintoxicar.” (P11)</i>
		Crenças sobre as consequências da não adesão à medicação (barreira/facilitador)	<p><i>“Não me faz diferença nenhuma não tomar o remédio para o colesterol, não sinto nada de diferente e não me parece que me vá acontecer alguma coisa por isso.” (P13)</i></p> <p><i>“Por exemplo, as bombas [inaladores] faço sempre porque assim que me faltam, noto logo. Fico cansado e começa logo a faltar-me o ar por isso acho que tem consequência não tomar os remédios.” (P17)</i></p>
		Crenças sobre os benefícios/necessidade dos medicamentos (facilitador)	<i>“E eu já percebi que se parar de tomar os medicamentos, volto a ter outro enfarte e por isso, nunca mais vou deixar de tomar.” (P18)</i>
		Confiança no profissional de saúde (facilitador)	<i>“Eu tomo aquilo que eles [profissionais de saúde] acham que devo tomar porque também confio e não me têm falhado (...).” (P15)</i>
		Crenças sobre a capacidade de gestão dos medicamentos (facilitador)	<i>“Sempre me desenrasquei sozinha [a gerir a medicação]. A verdade é que isto não é assim tão complicado que eu não consiga fazer. E acho que sou bem capaz de dar conta do recado.” (P13)</i>
		Objetivos e motivação para adesão aos medicamentos (facilitador)	<i>“Para me sentir bem, para ter uma vida mais estável, para não adoecer porque apesar de ter passado o que passei [refere-se à neoplasia] ainda gosto de cá andar. É para isso que continuo a tomá-los [refere-se aos medicamentos].” (P15)</i>

Componentes COM-B	Determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) da adesão à medicação	Citações ilustrativas
	Priorização dos medicamentos com maior importância (barreira)	<i>“Olhe o Carvedilol, o Incandra, o Vernix, às vezes paro (...). O Xarelto não [suspende]. O Xarelto não costumo mexer porque esse é mesmo importante.” (PI1)</i>
	Percepção de sinais e sintomas associados à situação de saúde (barreira/facilitador)	<i>“A verdade é que eu não sentia diferença nenhuma em mim e por isso, deixei de tomar. E até correu bem durante algum tempo...continuei sempre bem e não tinha sintomas nenhuns. Até parecia um homem saudável.” (PI8)</i> <i>“Antigamente, até fiz experiências pra ver quais é que tinha que tomar mesmo. Ficava um tempo sem tomar um e via o que acontecia. Até que depois voltava o cansaço e assim...Agora já me deixei disso.” (PI3)</i>
	Percepção do efeito terapêutico dos medicamentos (barreira/facilitador)	<i>“Vejo que não estou melhor e que me continuo a sentir mal, agarro em mim e ponho o medicamento de parte. Então aquilo assim como assim não me está a fazer nada.” (PI6)</i> <i>“(...) comecei a perceber que não sentia determinadas coisas se tomasse os remédios, pronto...sentia-me melhor.” (PI3)</i>
	Reconhecimento da responsabilidade na gestão dos medicamentos (facilitador)	<i>“Há a preocupação de fazer aquilo [tomar a medicação]. Agora é este...de manhã é este... à tarde é aquele...e à noite é aquele. É a única preocupação que tenho porque no final de contas isto é uma responsabilidade minha e não é de mais ninguém. Sou o único que beneficia com isto.” (PI1)</i>
	Intenção para tomar os medicamentos (facilitador)	<i>“É a gente pôr na cabeça que tem que ser e que tem que se tomar. A partir de certa altura...e é minha intenção continuar com esta ideia.” (PI5)</i>
Automática	Emoções associadas à gestão da medicação (barreira)	<i>“(...) se quer que lhe diga é muito aborrecido. Até percebo que possam fazer bem, mas ter que estar sempre a ver se são horas de tomar os remédios e se vou para algum lado tenho que estar sempre a pensar que tenho que levar os comprimidos comigo. Se quer que lhe diga a verdade acaba por ser uma prisão e faz-me desesperar um bocado ao ponto de ter dias que digo: hoje não tomo.” (PI7)</i>
	Emoções associadas à possível não adesão à medicação (facilitador)	<i>“Fico assim um bocado ansioso, pronto eu digo cá para mim: a esta hora tenho que ir tomar o medicamento (...) se não tomo fico sempre preocupado: eh pá não tomei. Mas acho que ficar ansioso de não tomar faz-me ter mais cuidado.” (PI6)</i>

Objetivos e motivação para a adesão aos medicamentos

Todos os entrevistados reconheceram que o estabelecimento de metas e objetivos facilitou a adesão à medicação. No caso dos cuidadores, a motivação para manter a gestão do regime medicamentoso e a adesão foi atrasar o avanço das doenças crônicas ou simplesmente garantir o bem-estar do seu familiar, contribuindo para a redução de idas aos serviços de saúde na sua perspectiva. O C2 expressou esta ideia, tal como o C4: “(...) o objetivo de tomar a medicação é precisamente evitar ir para o hospital (...). Aquilo que queremos e creio que os medicamentos permitem é retardar determinadas situações e prolongar a vida” (C4).

Entre os restantes entrevistados, os objetivos que promoviam a toma de medicamentos foram comuns entre eles. Por exemplo, a PI8 referiu “quero que ainda me revalidem a carta de condução, se fico todo tramposo aí é que não há como (...)” e acrescentou ainda que “ir parar ao hospital vezes sem conta é outra coisa que me ajuda a não falhar [a toma da medicação] porque eu sei que algumas vezes foi disso...” (PI8). Evitar a hospitalização é um objetivo comum a todos os entrevistados.

Outros focaram-se na vontade de viver: “(...) eu gosto muito de andar cá [na vida] e não quero ir desta para melhor. Tomo [os medicamentos] por causa disso” (PI7).

“Tenho que os tomar [refere-se aos medicamentos], se me dizem que tenho que os tomar, tenho que os tomar. Como é que eu vou fazer? Eu quero viver, eu quero continuar a andar cá, ainda não me quero ir embora já.” (PI6)

No caso da PI7, esta tem uma preocupação que é “(...) não querer ficar entrevado e “(...) dar trabalho a alguém. Por isso, cá vou tentando fazer as coisas que me dizem” (PI7).

Globalmente, os idosos frisaram aspetos como: “eu não quero ficar pior” (PI6); “tomar os meus medicamentos faz parte.... numa estratégia para continuar bem” (PI5); “tenho que tomar tudo o que me mandam e é o que eu faço, ver se não fico pior” (PI3); “tomo medicação para não ficar pior. Já não peço para ficar melhor, mas para não piorar” (PI1). Estas são as principais motivações para os idosos continuarem a tomar medicação diariamente.

Emoções associada à gestão da medicação

Embora tenham referido metas, a gestão diária da medicação foi considerada por alguns entrevistados uma tarefa associada a emoções negativas. Consequentemente, alguns entrevistados concordaram que estas dificultam a adesão à medicação. As citações seguintes

ilustram esta ideia: “*é muito chato porque tenho os horários para os tomar e não me posso esquecer. Tenho que ter sempre isso em mente (...)*” (PI8); “*para mim é um martírio (...) é um trauma, é um martírio tomar tanto medicamento. E alturas, quando sinto mais isso, então aí acabo por me desleixar e ficam esquecidos de propósito*” (PI6). A PI mencionou que “[tomar medicamentos] *significa uma maçada, um aborrecimento...o lembrar...o ter que tomar, depois não significa mais nada. Há dias que só me apetece esquecer-me deles [refere-se aos medicamentos]*” (PI1). Os cuidadores não referiram esta noção.

Ainda assim parte dos entrevistados referiram que um fator que facilitou a adesão, foi manterem a **intenção de tomar os medicamentos**: “*desde que pus na cabeça que tinha que tomar os medicamentos, tudo se tornou mais fácil*” (PI8).

Conhecimento sobre o regime medicamentoso prescrito

Alguns entrevistados não perceberam o conhecimento dos medicamentos prescritos como uma barreira à adesão. Porém, alguns dos participantes não sabiam a duração esperada do tratamento, o horário da toma dos medicamentos ou a sua necessidade, representando-se como uma barreira à adesão. A PI3 referiu: “*disseram-me: vai fazer estes [medicamentos] novos que são pró colesterol. Mas nem percebi quanto tempo é pra tomar, deve ser pra aí esta caixa, provavelmente*” (PI3).

Por outro lado, a extensão do conhecimento sobre o regime medicamentoso prescrito também pode funcionar como barreira ou facilitador, dependendo do participante. Para alguns indivíduos não ter conhecimento sobre o regime influencia positivamente a adesão aos medicamentos: “*(...) não sei muito bem para lhe ser franco (...). Se quer que lhe diga, não é preciso saber, é preciso é tomá-los. Prefiro até não saber muito [sobre os medicamentos prescritos] para não me preocupar e depois ainda deixo de os tomar*” (PI8). Enquanto para outros, o conhecimento é essencial para poder seguir a prescrição: “*percebo como tenho que tomar, percebo para que é que tomo. Olhe que senão não tomava, não é?*” (PI1). Não parece existir uma característica comum entre os indivíduos que explique estes dados.

Conhecimento sobre os efeitos adversos da medicação

Também a extensão do conhecimento sobre os efeitos adversos da medicação relevou ter diferente impacto entre os entrevistados. Embora tenha sido o único, o entrevistado C4 revelou que ter conhecimento neste âmbito era importante para manter a administração da medicação à mãe, como ilustrado na tabela anterior. Em contrapartida, os restantes entrevistados enfatizaram que ter conhecimento sobre os efeitos adversos dos medicamentos constitui-se uma barreira à adesão, como manifestou a PI8: *“eu próprio se me quiser dizer os efeitos secundários do medicamento, não quero saber. Acho que só me deixa mais preocupado e vai-me condicionar... às vezes menos é mais. Sabe?”*. A maioria dos entrevistados referiram que a informação sobre os efeitos adversos dos medicamentos acentuava a preocupação sobre aquilo que lhes poderia causar.

Face ao exposto, o conhecimento sobre o regime medicamentoso e efeitos adversos dos indivíduos não pareceu influenciar as crenças sobre os benefícios/necessidade dos medicamentos.

Crenças sobre os benefícios/necessidade dos medicamentos

De acordo com os discursos dos entrevistados, todos realçaram a crença sobre os benefícios e/ou necessidade dos medicamentos que tomam. São apresentadas algumas citações ilustrativas: *“melhoras, algumas melhoras porque eu quando saí agora do hospital, eu vinha um bocado atrapalhado.... e se não tivesse tomado medicamentos não sei se teria melhoras”* (PI6); *“eu lembro-me mais dos comprimidos derivado aos diabetes que eles começam logo a subir”* (PI3); e *“(...) para mim faz-me tanta falta os medicamentos, quando receitados pelos médicos, como faz um bocado de sopa. Eu preciso de comer um prato de sopa, mas também preciso de tomar os medicamentos (...)”* (PI5).

Esta crença mostrou estar associada a experiências de saúde anteriores, nomeadamente vivência de situações de doença complexas ou que provocaram sofrimento e que reverteram com a medicação, e à presença de sinais e sintomas; ou simplesmente uma crença cega sobre a necessidade dos medicamentos.

Crenças sobre as consequências da não adesão à medicação

Os entrevistados que evidenciaram conhecimento, ainda que diminuto, sobre o regime medicamentoso prescrito, foram aqueles que apresentaram crenças sobre as consequências da não adesão mais vincadas. Por exemplo, a PI1 que revelava ter conhecimento sobre o seu regime medicamentoso, expressou que *“(...) a verdade é que também tomo os remédios porque percebo que se não fizer isso vai tornar a minha vida mais complicada e ‘tá claro que ficarei pior e lá vou eu a caminho do hospital”* (PI1).

Outros entrevistados não reconheceram qualquer consequência da não adesão aos medicamentos, o que perpetua o comportamento de incumprimento: *“(...) não é pelas vezes que não os tomo [refere-se aos medicamentos]. Às vezes, falha um ou outro [medicamento], (...) e não acho que seja por isso que fico pior ou que me vá acontecer alguma coisa. Vai sempre falhar alguma coisa [refere-se à toma dos medicamentos]”* (PI6). Por exemplo, a PI3 também referiu *“(...) eu acho que, por vezes, deve ter falhado [a toma]. Por isso, é que eu acho que umas vezes por outras não faz mal [falhar a toma] (...)”* (PI3).

Contudo, esta crença não foi transversal a todos os medicamentos, de acordo com os discursos de alguns entrevistados. Para a mesma pessoa, estas crenças funcionam como barreira e também como facilitador, dependendo do medicamento prescrito. No caso da PI3, apesar de não acreditar nas consequências da falha esporádica da toma da medicação, esta depois revelou que

“(...) sou hipertensa e também tenho que tomar esses, porque esses é que me fico a sentir mal se não fizer. Mas tirando os diabetes e hipertensão não acho que me faça mal não tomar os outros remédios. Por isso não tem importância [não tomar os medicamentos]” (PI3).

Também a PI7, quando disse que *“todos os outros medicamentos podem faltar que não me fazem diferença, mas as bombas... aí isso é que não. Deus me livre!”*, demonstrou que as crenças sobre as consequências da não adesão ao regime estavam associadas à importância que as pessoas atribuíam aos diferentes medicamentos prescritos. Por isso, estas podem funcionar como barreira ou como facilitador para o mesmo indivíduo, dependendo da priorização que este faz dos medicamentos com maior importância.

Priorização dos medicamentos com maior importância

Metade dos entrevistados referiram que alteravam a toma da sua medicação e justificaram com o facto de terem medicamentos prescritos que tinham maior importância, na sua perspetiva. No caso da PI8, esta atribuiu maior importância ao anticoagulante que tinha prescrito em detrimento dos outros e que está estreitamente ligado à crença das consequências de não adesão a um medicamento específico:

“Sei que tomo o medicamento para o sangue de 12 em 12 h. Tomo normalmente ao pequeno-almoço e ao jantar. Que esse aí é sagrado, podem faltar os outros [medicamentos] mas esse é que não. É esse é que me mete na cama do hospital. Já percebi que se não tomar os outros uma vez ou outra não tem problema.” (PI8)

Também a PI7 expressou esta ideia, mas relativamente a outro medicamento: *“as bombas [inaladores] é que não posso mesmo falhar, só me aconteceu uma vez, e fico logo muito cansado. Até dormi mal nessa noite. Agora os outros [medicamentos prescritos] deve lá ter remédio acumulado no corpo que faz o trabalho dele” (PI7)*. Esta ideia foi ainda reiterada por PI3 e PI1. Este foi um determinante que influenciou negativamente a adesão para parte dos entrevistados. Para os cuidadores, este não se representou como um determinante de adesão.

Tomar decisões sobre a utilização dos medicamentos

Por sua vez, este fator e outros referidos anteriormente influenciaram a tomada de decisões sobre a utilização dos medicamentos dos entrevistados. Este foi um determinante que funcionou como barreira, sendo que a maioria dos entrevistados confessou fazer alterações do seu regime medicamentoso sem informar os profissionais de saúde:

“(...) eu tinha de tomar um de manhã e um à noite [refere-se ao Lasix] e é o que eu comecei a fazer, mas antigamente eu só tomava um de manhã. É o que eu voltei a fazer agora porque levantava-me toda a noite pra ir urinar.” (PI3)

“(...) eu quando tomava medicamentos eu não bebia e se queria beber deixava de tomar os medicamentos e depois 2 dias depois começava a tomar outra vez. Era capaz de parar, mas beber com medicamentos não.” (PI6)

As causas das decisões tomadas foram atribuídas à presença de sinais e sintomas e interferência nas AVD ou hábitos de vida.

Percepção de sinais e sintomas associados à situação de saúde

As decisões também foram informadas pela experiência direta dos entrevistados, que incluiu o retorno dos sintomas após períodos de interrupção da medicação sem consultar os profissionais de saúde.

Pelos testemunhos, a percepção de sinais e sintomas potenciaram a adesão à medicação, sendo mais fácil os entrevistados entenderem a necessidade de cumprirem o regime: *“Foi quando eu vi que ficava com as pernas mais inchadas e faltava-me o ar que percebi que não podia parar de tomar aquele remédio [refere-se ao diurético]”* (PI1). Por outro lado, o mesmo entrevistado a propósito de outro medicamento descreveu: *“esse [sulfato ferroso] já não estou a fazer (...) receitaram-me isso para a anemia. Mas agora já uns tempos que já não tomo, não tenho tido nada e sinto-me bem”* (PI1). Tal significa que a percepção da presença ou ausência de sintomas foi identificada como um facilitador e barreira, respetivamente.

Também a PI6 afirmou: *“(...) o Zyloric também, metade, parece que é para a gota. Este também se não estou aflito, não tomo”* (PI6), o que realçou esta barreira à adesão.

Percepção do efeito terapêutico dos medicamentos

A percepção do efeito terapêutico dos medicamentos mostrou ter um impacto positivo ou negativo na adesão. Para alguns entrevistados, se perceberam o efeito terapêutico positivo do medicamento, a manutenção da toma foi facilitada: *“desde que faço a aminofilina que não tenho crises...no início não via resultado, agora vejo que sinto-me menos cansado e isso obriga-me a tomar”* (PI7).

As pessoas tendem a abandonar a medicação quando não percebem o efeito terapêutico desta. No caso da PI1, esta declarou que *“[medicamentos] que realmente podem vir no papel e que eu já tomei aquilo e não me está a fazer nada também já não tomo”* (PI1). Esta circunstância conduz à não adesão como é o caso da PI3: *“estava a tomar quatro medicamentos prós diabetes; quatro comprimidos diferentes, se realmente os quatro não me estavam a fazer nada porque é que eu ia comprar os quatro? Ia e comprava dois”* (PI3).

Emoções associadas à possível não adesão à medicação

Contudo, para alguns entrevistados as crenças sobre possíveis danos resultantes da não adesão levaram a sentimentos de ansiedade e preocupação. As emoções associadas à possível não adesão à medicação foram relatadas por metade dos entrevistados. Foi o caso da PI1 que referiu que *“quando isso acontece fico um bocadinho ansioso. Por isso é que já arranjei esta maneira para ver se não falha. Fico a matutar do que é que pode acontecer por não tomar, fico nervoso”* (PI1).

Porém, o discurso de alguns entrevistados foi contraditório. Por exemplo, a PI6 relatou que não acreditava que a não adesão tinha consequências, embora se tenha referido à forma esporádica com que acontecia, já apresentado anteriormente. Todavia, este expressou preocupação e ansiedade em caso de não adesão ao regime medicamentoso.

Os cuidadores foram aqueles que expressaram mais vincadamente as emoções associadas à possível não adesão à medicação: *“preocupo-me e fico ansioso em ter o cuidado de não me esquecer dos medicamentos e (...) tenho receio que me esquecer a possa afetar terrivelmente”* (C4). Pode ser explicado provavelmente pela responsabilidade que assumiram.

Entre os entrevistados que referiram este fator (PI1, PI5, PI6, PI7, PI8, C4), todos consideraram que era um determinante facilitador do comportamento de adesão.

Preocupações com o regime medicamentoso de longo prazo

Metade dos entrevistados manifestaram preocupações sobre a manutenção da toma de medicamentos de longo prazo. A preocupação mais comum foi a possibilidade de desenvolver problemas gástricos (PI1, PI5, PI6, PI8). Contudo, houve uma ideia referida por alguns idosos que se prendeu com o facto da utilização de medicamentos a longo prazo poder “intoxicar” o organismo, sendo uma preocupação da PI1, PI6 e PI7. No caso da PI7, esta afirmou que *“(...) os remédios dão problemas quando as pessoas os tomam há muito tempo. Acho que esgotam o organismo, por isso, é bom às vezes fazer pausas”* (PI7). Com a mesma perspectiva, a PI6 disse:

“também acontecia antes (...), não tomar [os medicamentos] para desintoxicar o corpo. Achava que como me sentia bem, ficar ali quatro ou cinco dias sem tomar o medicamento não fazia mal. Assim, era como se limpasse o organismo. Porque na

verdade, isto que estamos a pôr cá para dentro são químicos e químicos e mais químicos. O organismo também se ressentido.” (PI6)

No caso da PI1, esta tinha um conhecimento mais aprofundado sobre o seu regime medicamentoso. Contudo, partilhou da preocupação descrita anteriormente, como se pode ver na Tabela 35.

Apesar das preocupações referidas, os benefícios percebidos pelos entrevistados sobrepôs-se aos riscos que possam considerar imputáveis aos medicamentos. Assim, dos discursos emergiu um facilitador da adesão: **reconhecimento dos benefícios versus riscos dos medicamentos**. Pode-se constatar pela elocução da PI5: *“na realidade acho que os medicamentos têm riscos e não estamos livres disso, mas também acho que aquilo pra que fazem bem, compensa os riscos e possíveis males que possam causar” (PI5).*

Suporte dos profissionais de saúde e ausência deste

O apoio prestado pelos profissionais de saúde tornou-se evidente como determinante da adesão à terapêutica medicamentosa, contribuindo para ajudar na manutenção do bem-estar. Todos os participantes focaram a importância deste suporte e a maioria referiu que este é insuficiente, sentindo que nem sempre os profissionais de saúde estão despidos para esta necessidade de apoio. Foi sugerido por alguns participantes um acompanhamento mais regular para monitorizar a toma dos medicamentos e prevenir complicações associadas a estes e à doença, permitindo atuar precocemente.

É claro entre os discursos que a ausência de suporte dos profissionais de saúde condiciona a adesão porque as pessoas questionaram-se sobre a necessidade de cumprirem o tratamento e a duração deste: *“(…) mas ela [médica] não explica como deve ser, a gente sabe lá se é para fazer aquilo [medicamento] sempre. Às tantas já nem é preciso. (...). Eu também tenho receio de perguntar e ficamos assim. Às tantas já ninguém se entende, sabe como é” (C2).* A necessidade de suporte também foi sentida na transição hospital-casa quando um participante sugeriu: *“é o médico ou o enfermeiro perderem ali um bocadinho antes de irmos embora [do hospital] e esclarecerem como vamos ter que tomar as coisas [refere-se aos medicamentos] em casa” (PI8).*

Entre as causas associadas à ausência de suporte pelos profissionais de saúde identificadas pelos participantes, encontravam-se o tempo reduzido de atendimento, a percepção de indisponibilidade, a abordagem assente num modelo paternalista e a prática baseada na

suposição que as pessoas sabem gerir o seu regime medicamentoso, particularmente aquele de longo prazo que já faziam antes.

Tal também condicionou a **participação na tomada de decisão sobre o uso dos medicamentos**. Esta foi variável entre os participantes. Aparentemente, este processo de participação é indistinto da escolaridade, porém esta também é semelhante entre os entrevistados. Quando os entrevistados participaram na tomada de decisão, este aspeto teve um efeito positivo sobre a gestão e adesão aos medicamentos. Contudo, os indivíduos que reconheceram não ser envolvidos na tomada de decisão, assumiram mudanças do regime medicamentoso com vista a conciliarem este com as AVD e outras atividades:

“Porque eu faço o Lasix todos os dias de manhã, aquilo dá uma vontade tremenda de urinar, como sabe. E eu faço hidroginástica às 3^{as} e 5^{as} de manhã, imagine o suplício que é. Agora faço o comprimido mais tarde nesses dias quando já vim da hidroginástica. Mas se [o profissional de saúde] me tivesse perguntado e explicado o que é que o Lasix fazia podíamos ter arranjado aqui uma solução. (...). Devíamos poder dizer de nossa justiça também.” (PI8)

Confiança no profissional de saúde

Apesar de não sentirem o suporte dos profissionais de saúde na gestão da medicação, parte dos entrevistados expressaram a confiança que têm nestes. Esta revelou-se um facilitador da adesão aos medicamentos, como se percebe pela descrição seguinte: *“(...) a gente toma sem perceber muito bem para que é que aquilo é, às vezes. Porque confiamos nos médicos e enfermeiros e continuamos a confiar até caso em contrário” (PI1).*

A mesma ideia foi reiterada pelo cuidador C2 *“(...) uma pessoa confia no que eles [médicos] receitam e vai tomar a medicação quer saiba muito sobre aquilo ou não” (C2).* O comportamento de adesão de parte dos entrevistados foi influenciado pela confiança que estes depositam nos profissionais de saúde, tendo sido percebido como facilitadora.

Suporte social ou familiar

Por outro lado, todos os participantes referiram ter suporte social e/ou familiar na gestão e toma dos medicamentos. Todos descreveram intervenção social ou familiar em tarefas específicas como a ida à farmácia, o encorajamento, a monitorização das tomas ou a criação

de estratégias que os ajudavam a manter a autonomia nesta atividade. Contudo, perante situações de interrupção do apoio social ou familiar foi narrada a dificuldade em manter a toma dos medicamentos conforme prescrito. Por exemplo, a morte do cônjuge, em que este tinha a tarefa de gestão dos medicamentos, foi apontado como uma quebra no suporte familiar e consequentemente, como uma barreira à adesão: “(...) *nessa altura* [quando a esposa morreu], *falharam algumas vezes* [a toma dos medicamentos]. *É como lhe digo...ela* [refere-se à esposa] *é que tomava conta dessa tralha toda*” (PI7). No caso dos cuidadores entrevistados, estes substituem a pessoa idosa nas tarefas de gestão da medicação por perda da autonomia desta.

Limitações físicas para tomar a medicação

O suporte social ou familiar também se revelou importante quando existem limitações físicas, em especial nas situações de declínio funcional aquando do regresso a casa após o internamento. Dois entrevistados referiram que o cansaço e a debilidade associada à transição condicionaram a adesão ao regime medicamentoso, como explicita a ilustração na Tabela 35. Outros referiram aspetos como artroses que influenciaram o comportamento de adesão: “*nem sempre consigo partir os comprimidos por causa das artroses das mãos*” (PI6). Os cuidadores reportaram a dificuldade em deglutir da pessoa idosa como a principal limitação física que condicionava a adesão aos medicamentos.

Crenças sobre a capacidade de gestão dos medicamentos

Para a maioria dos entrevistados, tomar múltiplos medicamentos não foi entendido como uma tarefa difícil, apesar de terem referido algumas dificuldades e recorrerem ao apoio da família, já descrito anteriormente. Alguns deles indicaram que era provável que isso mudasse se eles se tornassem cognitivamente incapazes:

“(...) sou eu que trato de tudo [sobre a medicação]. E digo-lhe que me desenrasco muito bem. Também não é difícil. Claro que está no dia que não conseguir ou ficar choné da cabeça, vou ter que procurar ajuda. Até lá acho que sou muito bem capaz” (PI5).

Reconhecimento da responsabilidade na gestão dos medicamentos

Independentemente do nível de apoio social disponível, as pessoas idosas entrevistadas relataram que era sua responsabilidade pessoal tomar os medicamentos conforme prescrito e isso facilitava a adesão. Esta ideia foi ilustrada pela PI8: “*eu pelo menos vejo [a toma dos medicamentos] como uma responsabilidade minha. Se sou detentor das minhas capacidades mentais e físicas, esta tem que ser uma responsabilidade minha e não da minha família*” (PI8).

Alteração dos medicamentos na transição hospital-casa

O suporte social ou familiar foi relevante também na transição hospital-casa quando as pessoas se deparam com alterações ao habitual regime medicamentoso, sendo um recurso referido nas entrevistas. A maioria dos participantes mencionou alterações que influenciaram o comportamento de adesão: “*(...) foram ajustadas as doses quando vim do hospital*” (PI5) e “*(...) na verdade são muitos medicamentos novos*” (PI6). Outro aspeto foram os medicamentos com designações desconhecidas pela alteração de laboratório ou *layout* da caixa destes aquando da dispensa na farmácia (e.g. mudar da marca para genéricos). De acordo com os relatos dos participantes, estas modificações do regime medicamentosas experienciadas na transição hospital-casa potenciaram erros terapêuticos e a não adesão aos medicamentos, tornando-se confusas para parte dos idosos e cuidadores, que manifestaram dificuldade em geri-las. Esta barreira à adesão foi ainda reforçada quando a informação sobre os medicamentos foi sentida como insuficiente.

Insuficiente informação sobre os medicamentos prescritos

Todos os participantes reconheceram que a informação sobre os medicamentos que foi veiculada pelos profissionais de saúde na transição hospital-casa foi insuficiente, contribuindo fortemente para a não adesão. Estes referiram que, para além de contribuir para o incorreto entendimento do regime medicamentoso prescrito, interferiu com a motivação para aderirem à terapêutica.

Outras barreiras de adesão aos medicamentos foram reportadas pelos entrevistados: o **custo dos medicamentos**, as **caraterísticas do regime prescrito** e as **alterações de ambiente ou rotinas**. Alguns entrevistados admitiram que o **custo** elevado **dos medicamentos** contribuiu

para interrupções no cumprimento do regime medicamentoso. Este fator não foi transversal a todos os participantes, mas todos reconheceram que potencialmente este poderá ser um motivo para suspenderem o regime terapêutico. Em relação às **caraterísticas do regime medicamentoso**, parte dos entrevistados descreveram dois aspetos que interferiam negativamente com a adesão: a polimedicação e a complexidade do regime medicamentoso. O entrevistado PI7 manifestou esta inquietação:

“Às vezes quando estou farto disto tudo, vem-me à cabeça que se calhar lhe devia perguntar se preciso assim de tantos [medicamentos]. É que é de manhã, é ao almoço, é ao jantar e sei lá mais o quê. E de cada vez são uma catrefada deles. Está a perceber? Até já pensei se podia tomar aquilo tudo junto [riso].” (PI7)

Os entrevistados que referiram a polimedicação como um fator que contribuiu para a não adesão não apresentaram variações significativas do número de medicamentos prescritos. Esta barreira foi identificada quer pelos indivíduos com seis medicamentos prescritos, quer por aqueles que têm oito e dez medicamentos indicados.

Também outro entrevistado expressou a dificuldade nos passos associadas à toma do medicamento: *“tive um bocado de receio da insulina, mas nem é picar que isso não me faz impressão, é mesmo ter que saber quanto é pra fazer, preparar tudo e ‘tar com atenção. Os comprimidos é só um copo de água e já está” (PI3).*

Por fim, as **alterações do ambiente e rotinas** atuaram como barreira à adesão aos medicamentos para metade dos participantes. As férias, as ausências de casa durante os fins-de-semana ou aquelas que não eram previstas e ainda a entrada na reforma foram mudanças associadas à interrupção da rotina habitual e, conseqüentemente, potenciaram a não adesão ao regime prescrito. Tal reforça a noção da natureza e as caraterísticas essenciais do comportamento, sendo este perturbado quando existiram alterações ao padrão e circunstâncias habituais.

Ter uma rotina personalizada

Neste sentido, do discurso dos entrevistados emergiu a ideia da adesão à medicação como um comportamento rotineiro e automático. Estes focaram o uso dos medicamentos como fazendo parte da sua rotina e vida cotidiana. Assim, reconheceram que ter uma rotina personalizada e geralmente ligada aos horários das refeições, facilitou a adesão à medicação como refere o C4, *“uma grande parte é associada à hora das refeições e isso facilita que ninguém se esqueça” (C4).* A transição hospital-casa também conduziu à integração do novo

regime às rotinas prévias: *“também criei a minha própria rotina em relação aos medicamentos. Quer dizer, ainda estou a criar porque alguns medicamentos comecei agora a tomar depois de sair do hospital e às vezes, ainda não estou bem ciente deles. Mas facilita ter já alguns hábitos todos os dias...”* (PI6).

As alterações a esta rotina individualizada também foram mencionadas como um fator que conduz ao **esquecimento**. Como processo cognitivo e de memória, o esquecimento foi frequentemente referido pelos entrevistados, levando à omissão de tomas dos medicamentos.

Estratégias práticas e lembretes para gerir a medicação

Para transpor estas barreiras, todos os participantes utilizaram estratégias práticas e lembretes para gerir os seus medicamentos. Assim, estes reportaram várias formas: ter escrito nas caixas dos medicamentos o momento da toma; utilizar caixas dispensadoras; ter escrito nas caixas o nome pelo qual conhece o medicamento, tal como disse PI5: *“até escrevo [o nome pelo qual conhece o medicamento habitualmente] na caixa pra não me enganar”*; estarem disponíveis num local acessível e visível, como referiu o C2, *“está aqui ao de cima num sítio onde eu vejo logo e onde mexo com frequência. Habitualmente, na cozinha e eu assim já sei que tenho que lhe dar a medicação”*; a separação das caixas dos medicamentos de acordo com a hora da refeição e a criação de listas com o nome dos medicamentos. Foi ainda expressa a preocupação pelos cuidadores de terem estratégias que permitiam outros gerir a medicação, caso estes se ausentassem.

Estas foram estratégias prática que os entrevistados mantêm nas diferentes fases de adesão à medicação. Contudo, referiram um **recurso físico** que foi disponibilizado na transição hospital-casa, que facilitou a adesão à medicação e que foi reconhecido pela maioria dos entrevistados como uma mais valia: um guia de tratamento, como ilustra o discurso da entrevistada PI3, *“agora fizeram uma lista muito boa com todos os remédios que tenho que fazer, os de antigamente e os de agora. Assim, a gente já não se baralha”*. Este recurso permitiu que as pessoas idosas cumprissem o regime medicamentoso e colmatassem as dificuldades associadas às alterações dos medicamentos prescritos na transição hospital-casa, segundo parte dos entrevistados.

Planeamento e organização da ação

Outro aspeto que emergiu das entrevistas foi a importância do planeamento e organização da ação relatada por todos os indivíduos. Este foi um fator que influenciou positivamente a adesão dos entrevistados. Foi destacado como, particularmente, relevante quando eram previstas alterações do ambiente ou rotinas. O discurso da PI7 revelou: “(...) *quando me vou deitar, penso no que tenho para fazer no dia seguinte e meto tudo a jeito para poder fazer a minha vida. Já sei se vou passar o dia fora de casa, tenho que levar este e aquele remédio.*” Permitiu ainda a alguns dos entrevistados não interromperem a toma dos medicamentos por este terminarem e não terem comprado novamente.

O planeamento e organização da ação também foi extensível aos cuidadores de suporte, possibilitando a gestão da medicação por outras pessoas quando estes se ausentam.

“É assim eu ponho aqui [caixa dispensadora] tudo (...). Tenho tudo montado porque pode dar-me uma dor de barriga e eu ter que ir parar a algum lado e quem vem... (...) Sabe que é para a manhã, para a tarde, para a noite e para o deitar.” (C2)

Processos de cuidados ineficientes

Por outro lado, os entrevistados reconheceram que os processos de cuidados são ineficientes, o que contribuiu para a não adesão aos medicamentos. O aconselhamento e preparação do regresso a casa foi focado exclusivamente do momento da alta e várias tarefas concorrentes aconteceram, reduzindo a atenção dos entrevistados.

“Olhe podiam tentar organizar melhor as coisas antes de irmos para casa. (...) a verdade é que é muito desorganizado quando é para sairmos do hospital. Dizem que temos alta e depois é tudo ali à pressa que não prestamos atenção a nada.” (PI6)

Os participantes relataram experiências de processos de alta apressados ou mal planeados, levando à omissão de informações ou estas foram transmitidas brevemente: “*mas aquilo quando uma pessoa tem alta é tão rápido; chegam lá e disseram-me que tinha alta, passaram-me os papéis para as mãos e pronto: pode ir embora*” (PI7).

Alguns participantes disseram que nenhum profissional de saúde conversou com eles sobre as mudanças da medicação antes da alta.

“Não, não me explicaram nada, só me disseram, as senhoras enfermeiras deram-me a alta puseram lá na cartinha. O médico a mesma coisa.... Então o médico veio para mim e disse: D. [PI3], tá aqui estas 2 folhas. (...) e eu agarrei... muito obrigada! Eu sabia que devia tomar a medicação, mas eu gostava é que realmente me dissessem os dias, as horas e essas coisas. Elas disseram-me: a senhora tem aqui [na carta escrita] como é (...).” (PI3)

Perante a experiência vivida, alguns entrevistados sugeriram que seria facilitador do comportamento de adesão a preparação prévia e atempada do regresso a casa, incluindo a informação sobre os medicamentos prescritos:

“Mas de véspera por exemplo, atempadamente explicando: o senhor vai para casa e leva estes remédios. Isto é para isto, isto é para aquilo...isto é pra colostro, este vai tomar não sei quantas vezes ao dia... E isso demorava 15 minutos a explicar, mas era crucial. Lamentavelmente isso não acontece.” (PI1)

Os processos de cuidados ineficientes também incluíram a lacuna na identificação das necessidades de cuidados das pessoas, segundo alguns participantes. Das experiências relatadas, foi notória que se essa situação não for acautelada pode contribuir para a interrupção da medicação na transição hospital-casa, como foi relatado pela PI5:

“Como lhe disse, estava tão cansada que não consegui ir à farmácia. Até nesse sentido devia haver alguém que avaliasse como saíamos do hospital. E dizia esta precisa de ajuda porque não consegue fazer isto ou aquilo, nem que seja só este caso de ir à farmácia. Por exemplo, nesse caso podiam garantir que eu tinha os medicamentos em casa ou davam [medicamentos] pra uma série de dias até me restabelecer.”

Face a estas experiências, alguns entrevistados questionaram se os profissionais de saúde avaliavam se as pessoas eram capazes de gerir a sua medicação autonomamente ou se tinham recursos familiares e/ou sociais. É esperado que os idosos e cuidadores consigam fazer a autogestão do regime medicamentoso em casa.

“Mas não está tudo com muita pressa, às vezes nem sei se sabem se os doentes vão em condições para casa. Já pensou em quem mora sozinho e não tem ninguém pra ajudar? Já pensou como resolve um trabalho destes? É meio caminho pra não quererem saber de mais nada e depois admiram-se que andem sempre a caminho das urgências.” (C2)

Continuidade e coordenação de cuidados ineficiente

Naturalmente, as pessoas idosas que têm múltiplos medicamentos prescritos, correm um risco maior no uso dos medicamentos quando não recebem orientações pós-alta adequadas. Assim, a continuidade e coordenação de cuidados ineficiente foi apontada como um fator que dificultou a adesão aos medicamentos dos entrevistados. A maioria expressou a necessidade de acompanhamento quando regressam a casa e também da coordenação de cuidados entre os vários prestadores de cuidados.

O acompanhamento após a alta hospitalar foi visto como um facilitador importante para superar algumas barreiras sentidas durante a transição hospital-casa. Por exemplo, alguns entrevistados concordaram que um simples contacto de um profissional de saúde por telefone após a alta, faria com que se sentissem cuidados e mais seguros com o uso de medicamentos.

“Ajudava se o enfermeiro ou o médico ligassem dois ou três dias depois de eu estar em casa. Porque alguma dúvida que tivesse esclarecia, como esta agora deste medicamento. Isso podia ser muito importante para a gente sentir que tinha sentido o tratamento. Até pra ver se me estava a dar bem com os medicamentos, como são tantos novos. Isso sim, era importante...” (PI6)

Os entrevistados também mencionaram que existindo um acompanhamento, este deveria ser regular e deveria ter como finalidade monitorizar a adesão e a efetividade do tratamento. Pode ser percebido pelas citações seguintes: *“E sim, continuo a achar que devia haver uma espécie de vigilância ao longo do tempo com mais regularidade... ajudava a ver o que não estava bem!” (PI8).*

“Um cuidado mais atencioso às pessoas que é o caso da minha mãe, um cuidado de enfermagem talvez de x em x tempo, um controlo digamos assim para monitorizar e ver se realmente se a medicação está a ser feita e a fazer efeito, vir a casa e tentar perceber...porque essa monitorização é fácil e pode ajudar.” (C4)

A visita domiciliária após a alta foi apontada como uma estratégia facilitadora pela maioria dos entrevistados, embora não a tenham experienciado:

“Em relação à medicação feita em casa depois do hospital, deviam haver enfermeiras que iam a casa dos doentes com mais dificuldade (...). Muitas vezes as pessoas estão a fazer a medicação mal porque não sabem e tentam fazer o melhor que podem. Se alguém fosse lá ver como isto tudo corria, orientavam os doentes e de certeza que se sentiam mais apoiados.” (PI5)

Existe ainda uma barreira à adesão aos medicamentos referente à coordenação de cuidados, que foi bastante focada pelos entrevistados e que, na perspetiva destes, é inexistente e merecia melhoria. Como é possível constatar pelo discurso do entrevistado PI7 abaixo, tal gerou sentimentos de confusão e insegurança, podendo perpetuar o comportamento de não adesão ao regime medicamentoso.

“E depois parece que eles não falam uns com os outros [profissionais do hospital e centro de saúde] porque o médico não sabia que tinha estado internado e na consulta que tive ontem, que ontem fui lá, percebi nas entrelinhas que ele não concordava muito com aquilo [refere-se aos medicamentos prescritos]. (...). Atenção que ele não me disse diretamente, mas deu-me a entender que não concordava com uns remédios que me mandaram tomar. Mas olhe menina, isso só confunde as pessoas. E depois em quem é que vou confiar? Meto-me logo a pensar quem é que não faz o trabalho bem feito.”
(PI7)

Isto foi notório na transição hospital-casa e também a aparente falha de comunicação entre os diferentes profissionais e níveis de cuidados, particularmente quando os entrevistados tinham vários prestadores:

“acho que os médicos de família ficam um pouco perdidos quando as pessoas vêm do hospital. Têm que ser eles a ver se precisam ou não. E muitas vezes, eles não fazem ideia nenhuma. Acho que não comunicam uns com os outros (...). E no meio daquilo tudo, os doentes perdem-se também e não me admira que haja uma data de problemas.”
(C2)

Concomitantemente, alguns entrevistados reconheceram que tinham fácil acesso ao sistema de saúde e isso permitiu procurar ajuda quando necessário. Outros entrevistados consideraram que o acesso limitado aos cuidados de saúde dificultou a gestão e adesão à medicação: *“E desta vez, cheguei a casa e tinha dúvidas sobre a dose daquele remédio mas nem dá para ligar para lá [refere-se ao hospital]. É difícil falar com quem quer que seja, mesmo que tenha acabado de sair. Olhe, espero pela próxima consulta.”* (PI1). Este determinante pode funcionar como barreira ou facilitador de acordo com a extensão da acessibilidade percebida pelo entrevistado.

Inexistência de reconciliação medicamentosa

Vários entrevistados descreveram problemas relacionados com a reconciliação medicamentosa, o que significa que as prescrições não coincidiam com os medicamentos que deveriam ter sido prescritos.

“Ah! E dessa vez cheguei a casa e tinha remédios que tomava antes e que não vinha nas receitas, depois não sabia se tinha que tomar ou não. Tive que ir ao hospital no dia seguinte falar com a médica pra ver se me explicava (...).” (PI3)

O discurso dos entrevistados sugeriu a inexistência ou ineficiência do processo de reconciliação medicamentosa, influenciando negativamente o comportamento de adesão.

“Por exemplo, agora quando vim do hospital vi que não tinha a receita e tive que ir pedir. E depois reparei que haviam dois remédios que não estavam na lista. Fiquei na dúvida se era para tomar ou não. Aquilo foi receitado pelo médico do coração e ele disse-me que aquilo era para tomar para sempre. Ora não vinha lá na lista, fiquei intrigado se era para tomar ou não era.” (PI7)

Ainda que os participantes tenham reconhecido como importante a guia de tratamento que lhes foi dada aquando da alta, foi frequente esta estar incompleta ou apresentar discrepâncias, contribuindo para potenciais erros terapêuticos ou não adesão à medicação.

“Só que eu pensei logo; se estes remédios são o mesmo que os que já tomava vou estar a fazer os dois? Isso era uma carga de remédio que me podia matar. Olhe, fiz só alguns e depois a minha filha foi lá resolver a situação.” (PI7)

Isto poderá estar em parte relacionado com os processos de cuidados ineficientes e escassez de informação veiculadas aquando da alta, descrito anteriormente.

3.2.3 Discussão

Os achados do presente estudo destacaram uma vasta gama de determinantes percebidos como influenciadores do comportamento de adesão aos medicamentos nas pessoas idosas. Estes são particularmente relevantes na fase da implementação e persistência, de acordo com a taxonomia ABC (Vrijens et al., 2012).

Os participantes enfatizaram a importância das suas próprias rotinas como facilitador da adesão aos medicamentos. Quando encontraram interrupções à sua rotina habitual, os participantes relataram dificuldade em tomar os medicamentos conforme prescrito. A importância da rotina para o comportamento de adesão dos indivíduos é consistente com estudos qualitativos anteriores (Patton et al., 2018; Sanders & Van Oss, 2013; Tordoff, Bagge, Gray, Campbell, & Norris, 2010; Vandermause et al., 2016).

A investigação na área da memória prospectiva mostra que as tarefas associadas a eventos de rotina existentes são mais fáceis de lembrar, potenciando a adesão (Gynn, Mcdaniel, & Einstein, 1998). Aspectos contextuais como ações anteriores ou objetos no ambiente têm mostrado ser importantes para a formação de hábitos, o que contribui para a manutenção do comportamento a longo prazo, tornando-o automático (Stawarz, Gardner, Cox, & Blandford, 2020). Assim, as rotinas existentes podem exercer uma influência eficaz, em particular, combinadas com tarefas sequenciais, ao sinalizar o comportamento seguinte (Botvinick, Niv, & Barto, 2009; Stawarz, Rodríguez, Cox, & Blandford, 2016).

Uma intervenção de adesão deve assim potenciar a associação da toma dos medicamentos a tarefas ou a rotinas específicas dos idosos. Deste modo, estímulos e o planeamento da ação podem ajudar ao desenvolvimento de uma rotina, se inexistente, ou à otimização desta e, consequentemente, facilitar o comportamento de adesão.

Os achados deste estudo mostram que os objetivos e metas, incluídos na componente *motivação reflexiva*, são relevantes para os participantes. A autorregulação, onde se inclui a definição de metas, é um princípio fundamental para a mudança numa diversidade de comportamentos, nomeadamente a adesão aos medicamentos (Eisenberg et al., 2018; Jackson et al., 2014; Miller et al., 2018; Williams et al., 2018).

Demonstra assim que a discussão de metas do tratamento significativas para o idoso pode contribuir para a sua motivação, uma vez que estas são facilitadoras do comportamento de adesão na perspetiva dos participantes. Tal mostra-se alinhado com as propostas mais

recentes de tratamento de indivíduos com multimorbilidade e polimedicados (Muth et al., 2019).

Por conseguinte, e como é destacado nos achados, a definição de objetivos e metas pode também influenciar outros determinantes referidos pelos participantes, como a priorização de medicamentos de maior importância e a tomada de decisão sobre a utilização destes.

Os resultados do presente estudo evidenciam também as negociações internas entre a necessidade percebida do(s) medicamento(s) e as preocupações sobre os efeitos adversos reconhecidos pelos participantes, posicionando a adesão como uma dicotomia; tal é congruente com os resultados do estudo A e discutido anteriormente face aos pressupostos desenvolvidos por Horne e colegas (2013). Ainda que as perceções de necessidade tenham sido explicitamente descritas pelos participantes como um facilitador, também as preocupações com o regime medicamentoso de longo prazo emergiram como uma barreira. Contudo, os achados neste estudo mostram que estas preocupações, por vezes, se sobrepõem à necessidade de tratamento percecionada pelos idosos.

As características do regime medicamentoso não tiveram impacto sobre a adesão no estudo A. Todavia, os achados neste estudo refletem que estas influenciam o comportamento de adesão dos participantes, constituindo-se uma barreira. Estas incluíram a complexidade do regime, o número de medicamentos prescritos e a alteração da marca dos medicamentos, o que é consensual com a literatura (Daliri et al., 2019; Henriques et al., 2012; Ramalho-de Oliveira, Shoemaker, Ekstrand, & Alves, 2012).

Um estudo de métodos mistos que investigou a autogestão da medicação em idosos polimedicados concluiu que os problemas associados a esta atividade foram motivados por dois fatores: o aumento da complexidade terapêutica e a diminuição da capacidade funcional e cognitiva (Schenk, Eckardt-Felmberg, Steinhagen-Thiessen, & Stegemann, 2019).

Por outro lado, os participantes referiram que a alteração para medicamentos genéricos causou sentimentos de insegurança, confusão nas indicações e levou a práticas inadequadas no uso dos medicamentos, o que pode resultar em diminuição da adesão.

Um estudo qualitativo que procurou identificar as barreiras e facilitadores no uso da medicação percecionadas pelos idosos, durante a transição hospital-casa, também salientou este aspeto, reforçando a necessidade de suporte pelos profissionais de saúde (Daliri et al., 2019). Portanto, é fundamental que as pessoas idosas sejam informadas sobre a mudança do

regime medicamentoso, particularmente, na transição hospital-casa; esta também foi apontada como uma necessidade dos participantes neste estudo.

Na perspectiva de enfermagem, a identificação precoce destes fatores pode ajudar a definir o tipo de intervenção de autocuidado de acordo com Orem (2001), e a individualizar os cuidados, minimizando estas barreiras.

Neste estudo, a informação sobre os medicamentos prescritos foi reiteradamente apontada pelos participantes como insuficiente, o que pode ter impacto na adesão, mas também na segurança dos idosos. Este aspeto é descrito na literatura e em diversos estudos identificado como um problema para a persistência da toma da medicação em casa (Daliri et al., 2019; Foulon et al., 2018; Pileggi et al., 2018).

Foulon e colegas (2018) conduziram um estudo qualitativo com nove grupos focais com o envolvimento de doentes e cuidadores; a ausência ou limitado conhecimento e informação sobre os medicamentos e o seu uso correto é referido praticamente em todos os grupos focais. Deste modo, é imperativa a implementação de estratégias que possam colmatar estes aspetos referidos pelos participantes, como a documentação da informação adaptada às preferências e necessidades dos indivíduos, num período conturbado como a transição hospital-casa.

De acordo com Hesselink e colaboradores (2012), a individualização dos cuidados é muitas vezes difícil para os profissionais de saúde devido à alta precoce, que com frequência não é preparada e planeada adequadamente, e à incorreta avaliação das capacidades e necessidade de informação que as pessoas requerem.

As intervenções educacionais têm sido reconhecidas como relevantes para reforçar a adesão à medicação (Cross et al., 2020; Wiecek et al., 2019). Explicar adequadamente como tomar os medicamentos, discutir com as pessoas qualquer relutância em os tomar, debater as crenças e o conhecimento sobre a sua saúde e tratamento associados são aspetos incluídos nas intervenções educacionais que devem ser adotados na transição hospital-casa e que podem minimizar as barreiras encontradas no presente estudo (Ratanawongsa et al., 2013).

Uma meta-análise que avaliou o efeito das intervenções relacionadas com a medicação na transição hospital-casa identifica este componente em todas as intervenções, ainda que associado a outros elementos (Daliri et al., 2020). Apesar da qualidade da evidência disponível apenas sugerir que as intervenções melhoram a adesão aos medicamentos, os autores comprovam a sua efetividade nas readmissões hospitalares, por exemplo (Daliri et al., 2020).

Este estudo reforça a multidimensionalidade do comportamento de adesão, comprovado no estudo A. Emergiram determinantes relacionados com os próprios idosos, a terapêutica e ainda associados ao sistema e profissionais de saúde.

Apesar das recomendações no relatório da OMS (Sabaté, 2003) de que aqueles que tentam mudar o comportamento da adesão devem considerar o impacto de fatores relacionados com o sistema de saúde, esses fatores nem sempre são levados em consideração nas intervenções de adesão (Cross et al., 2020; Nieuwlaat et al., 2014). Também estas barreiras transpõem o escopo deste projeto, porém poderão informar aspectos do desenho da intervenção e poderá ser possível proporcionar soluções alternativas que minimizem o impacto destes determinantes, suportando também estudos futuros.

Neste trabalho, obstáculos ligados ao sistema e organização de saúde e ao prestador de cuidados influenciaram a adesão dos participantes: ausência de suporte por parte dos profissionais de saúde, os processos de cuidados ineficazes relacionados com a transição hospital-casa, inexistência de reconciliação terapêutica e a continuidade e coordenação de cuidados insuficientes.

As barreiras relacionadas com o sistema de saúde e prestadores de cuidados são amplamente reportadas na literatura (Cheen et al., 2019; Choi & Smaldone, 2018; Gast & Mathes, 2019; Gellad et al., 2011; Kardas et al., 2013; Smaje et al., 2018) e algumas delas foram elencadas pelos participantes neste estudo.

Uma das barreiras identificadas foi a inexistência de reconciliação da medicação. Esta tem sido recomendada por diversas entidades e organizações, procurando melhorar a segurança no uso dos medicamentos, nomeadamente na transição hospital-casa (National Institute for Health and Care Excellence, 2015; World Health Organization, 2019).

A literatura é inclusiva relativamente ao impacto da reconciliação terapêutica na adesão (Redmond et al., 2018). Contudo, os participantes no presente estudo elencaram situações que conduziram a discrepâncias medicamentosas, resultado na inexistência de processos de reconciliação terapêutica na transição hospital-casa. Por conseguinte, os achados refletem a influencia na continuidade do tratamento nesse período, conduzido à suspensão temporária do regime até contactarem novamente com um profissional de saúde.

O processo de reconciliação da medicação pode evitar erros de terapêuticos e eventos adversos associados aos medicamentos, podendo ainda ajudar a reduzir erros de prescrição (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Logo, estes resultados podem

sugerir que ações estruturadas no âmbito da reconciliação terapêutica são necessárias, podendo otimizar a adesão dos idosos e ainda contribuir para a segurança no uso dos medicamentos.

O suporte pelos profissionais de saúde foi apontado como insuficiente na perspectiva da maior parte dos participantes, acompanhando o descrito na literatura (Daliri et al., 2019; Hestevik et al., 2019; Mohammed, Moles, & Chen, 2016). Esta percepção pode estar relacionada com o envolvimento na tomada de decisão sobre o uso dos medicamentos, também sentido por alguns participantes como escasso. Porém, quando este apoio foi percebido pelos participantes, os discursos sugerem o impacto positivo na adesão aos medicamentos.

Os modelos de cuidados têm evoluído para um paradigma centrado na pessoa. São diversos os autores que defendem que as intervenções centradas na pessoa são fundamentais para melhorar a adesão e, por sua vez, os resultados de saúde (Allemann et al., 2016, 2017; Haynes et al., 2015; Marcum, Hanlon, & Murray, 2017; Nieuwlaat et al., 2014).

Nesta perspectiva, a participação dos indivíduos no seu processo de cuidados é sugerida como forma para esbater a lacuna entre os papéis dicotômicos do doente e profissional de saúde (Thórarinsdóttir & Kristjánsson, 2014). A participação do idoso pressupõe o envolvimento deste no planeamento dos cuidados e troca de conhecimentos, o estabelecimento de metas individualizadas e a realização de atividades de autogestão, incluindo aquelas que são relacionadas com os medicamentos (Thórarinsdóttir & Kristjánsson, 2014).

A evidência científica mostra que o apoio às pessoas na autogestão das condições crônicas de saúde pode conduzir a melhores resultados clínicos e humanísticos (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002; Glasgow, Davis, Funnell, & Beck, 2003; Wagner et al., 2001), reduzindo o impacto económico das doenças crônicas e contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde. Contudo, os achados do presente estudo sugerem que este apoio é limitado, sendo reconhecido pelos participantes como uma necessidade.

Também a continuidade de cuidados após o regresso a casa foi apontada como um potencial facilitador para superar algumas das barreiras mencionadas durante transição hospital-casa. Indistintamente, os participantes propuseram *follow-up* telefónico ou visita domiciliária, o que potencialmente contribui para a melhoria ou manutenção do comportamento de adesão. Isto é corroborado por um estudo longitudinal com idosos com diabetes que concluiu que quando o nível de continuidade de cuidados diminuiu, os indivíduos eram menos propensos

a persistir e a aderir ao tratamento com antidiabéticos (Dossa, Moisan, Guénette, Lauzier, & Grégoire, 2017).

Sabe-se que não adesão aos medicamentos pode ocorrer em qualquer uma das fases descritas na literatura (Vrijens et al., 2012) e pode mudar ao longo do tempo pela multiplicidade de fatores que são inerentes ao comportamento. Há evidência científica substantiva que reporta uma tendência decrescente na adesão ao longo do tempo (Demonceau et al., 2013; Krousel-Wood et al., 2011) e que muitos determinantes são afetados pelo tempo (Kardas et al., 2013), o que é particularmente relevante nos idosos com regimes de longo prazo.

Assim, a continuidade de cuidados apontada pelos participantes deve ser considerada com um componente das intervenções de adesão aos medicamentos face à evidência disponível.

Embora as intervenções de adesão descritas na literatura, variem entre material educacional simples a abordagens com multicomponente que integram técnicas comportamentais e educacionais (Costa et al., 2015; Demonceau et al., 2013; Nieuwlaat et al., 2014), uma meta-análise concluiu que a efetividade das intervenções estava relacionada com o tempo de acompanhamento destas, compatível com a noção de continuidade de cuidados (Wiecek et al., 2019). Os autores relataram que intervenções educacionais e comportamentais foram mais eficazes quando o período de tempo de acompanhamento foi mais longo, sugerindo que melhorar a adesão aos medicamentos exige interações prolongadas no tempo (Wiecek et al., 2019).

Adicionalmente, a meta-regressão de Daliri e colaboradores (2020) concluiu que a magnitude do efeito do tratamento aumenta com a intensidade das intervenções de adesão aos medicamentos, o que permite inferir a necessidade de continuidade das estratégias, realçada pelos participantes no presente estudo.

Como limitação do estudo, realça-se que os participantes não foram selecionados de acordo com o seu comportamento de adesão. A inclusão de pessoas aderentes e não aderentes fortaleceria as descobertas, tornando mais robusta a exploração de facilitadores e barreiras do comportamento. Contudo, este não foi considerado um critério de inclusão.

Os participantes estavam cientes do *status* profissional do entrevistador como enfermeiro. É possível que isso possa ter influenciado os dados obtidos. Contudo, este viés parece ter sido minimizado em parte quando foram reportados aspetos relacionados com os profissionais e sistema de saúde menos favoráveis, transversais ao discurso de todos os participantes. Outro viés que deve ser considerado na interpretação do estudo está relacionado com a inclusão de

cuidadores na amostra. As características dos cuidadores eram ligeiramente diferentes dos idosos, nomeadamente a idade. Podem ainda ter dificuldade em expor as suas limitações na gestão da medicação de quem cuidam porque podem recear que o seu papel de cuidador seja questionado. Contudo, a sua perspetiva também se revelou valiosa para informar o desenho da intervenção na etapa seguinte.

O tamanho da amostra pode ser outra limitação deste estudo, que pode ter condicionado a saturação dos dados. Contudo, Namey, Guest, McKenna e Chen (2016) referem que entre oito e 16 entrevistas ocorre a saturação dos dados, dependendo do nível de saturação desejado. Outros autores também apresentaram resultados semelhantes, apontando para nove entrevistas de acordo com o propósito da investigação (Hennink, Kaiser, & Marconi, 2017). Face à dificuldade de recrutamento dos participantes e aos objetivos do estudo, estabeleceu-se que era satisfatório atingir a saturação nas principais categorias conceituais predeterminadas pelo modelo COM-B; uma estratégia aplicada por Francis e colegas (2010).

A credibilidade das descobertas qualitativas foi validada, fornecendo um breve resumo oral das principais discussões entre o entrevistador e o participante no final de cada entrevista, o que também permitiu corrigir quaisquer interpretações erróneas. Por último, apesar dos dados não terem sido codificados por dois investigadores independentes, podendo limitar a consistência da análise, estes foram discutidos entre eles de forma a minimizar este impacto.

3.3 Processo de definição das técnicas de mudança de comportamento

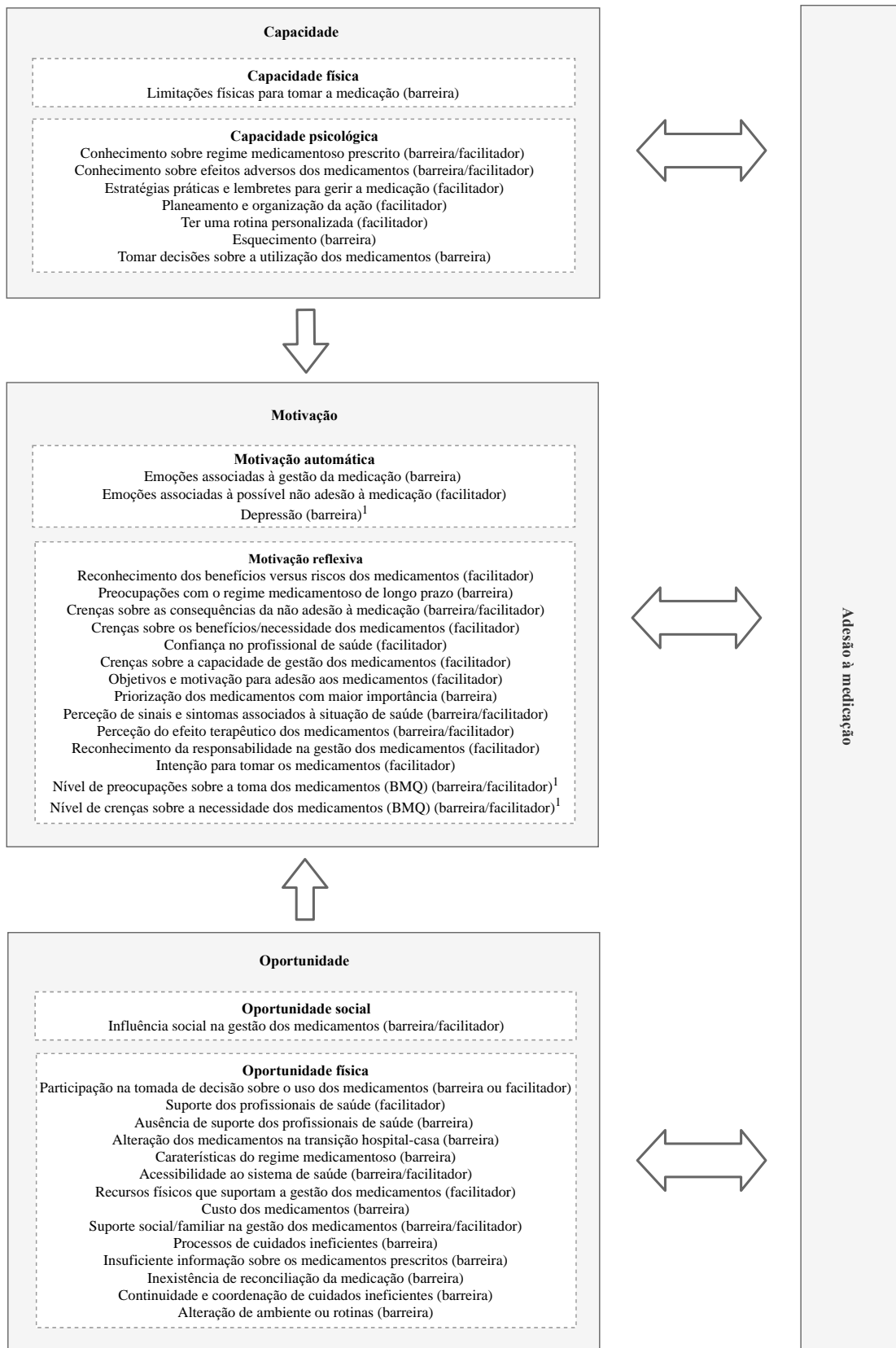
3.3.1 Etapa 1: Compreender o comportamento

O comportamento que se pretende mudar nesta intervenção é a adesão aos medicamentos, definida como o “grau ou extensão em que o comportamento da pessoa, corresponde às instruções veiculadas por um profissional de saúde” (Sabaté, 2003, p.4). Recentemente, a adesão à medicação foi definida como um processo que consiste em três etapas: iniciação, implementação e descontinuação (Vrijens et al., 2012).

Como discutido no Capítulo I, a não adesão aos medicamentos na população idosa varia entre 40% a 75% (Doggrell, 2010; V. W. Lee et al., 2013; Vink et al., 2009), indicando um problema comportamental que exige uma intervenção dirigida. Também os resultados do estudo A corroboram esta necessidade, tendo sido documentada uma taxa de não adesão de 56.3% na amostra estudada. Assim, a população alvo da intervenção de mudança de comportamento são as pessoas idosas, polimedicadas e com doenças crônicas, que vivem em casa.

Relativamente à seleção e especificação do comportamento alvo desta intervenção, este foi definido como: tomar a medicação conforme prescrito, garantindo a correta via, dose, hora e frequência. Como discutido anteriormente, apesar de ser amplamente utilizado 80% como ponto de corte para definir uma boa adesão, a evidência não confirma a validade deste limite (Baumgartner et al., 2018). Deste modo, optou-se pela toma de 100% das doses prescritas dos medicamentos e em conformidade com outros aspetos da prescrição.

Face às recomendações do enquadramento do MRC para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas e da BCW, foi investigado o que precisa de mudar para alcançar o comportamento alvo. Deste modo, foram identificados os determinantes do comportamento de adesão aos medicamentos na amostra e que resultaram do estudo A e B. Estes determinantes, que se organizam em barreiras e facilitadores, e o mapeamento destes realizado através da análise COM-B, são apresentados na Figura 18.



¹Determinante extraído dos resultados do estudo A

Figura 18: Determinantes (barreiras/facilitadores) do comportamento de adesão das pessoas idosas que resultaram do estudo A e B, de acordo com a análise COM-B

Todos os componentes da COM-B (i.e., capacidade, motivação e oportunidade) foram identificados como influentes no comportamento de adesão ao regime medicamentoso na transição hospital-casa, sendo incorporados no processo de mapeamento recomendado pela BCW.

Os determinantes que funcionaram como barreira ao comportamento de adesão aos medicamentos e aqueles que assumiram as duas condições – barreira ou facilitador – foram selecionados para integrar os passos seguintes propostos pela BCW. Entre estes foram excluídos os determinantes que não respondiam aos critérios previamente definidos. A Tabela 36 mostra os determinantes excluídos do desenvolvimento da intervenção através do processo preconizados pela BCW para esta etapa.

Tabela 36: Determinantes de adesão à medicação excluídos

Componentes COM-B	Determinantes da adesão à medicação
Oportunidade física	Participação na tomada de decisão sobre o uso dos medicamentos (barreira/facilitador)
	Ausência de suporte dos profissionais de saúde (barreira)
	Acessibilidade ao sistema de saúde (barreira/facilitador)
	Processos de cuidados ineficientes (barreira)
	Insuficiente informação sobre os medicamentos prescritos (barreira)
	Inexistência de reconciliação da medicação (barreira)
	Continuidade e coordenação de cuidados ineficientes (barreira)
	Suporte social/familiar na gestão dos medicamentos (barreira/facilitador)

Os determinantes excluídos foram considerados relevantes para promover a adesão ao regime medicamentoso das pessoas idosas na transição hospital-casa. Porém, estes determinantes não implicam e não são modificáveis através da mudança comportamental das pessoas idosas, que são o grupo alvo da intervenção. Portanto, estes fatores exigem a mudança de comportamento dos profissionais de saúde e a alteração de processos de cuidados e das organizações, o que requer uma abordagem diferente para transpor estas barreiras que não é compatível com os objetivos definidos e com o limite temporal para a consecução da presente investigação. Todavia, este aspeto deverá ser considerado no desenvolvimento futuro desta investigação, permitindo integrar novos componentes à intervenção.

Por exemplo, a informação sobre os medicamentos prescritos foi declarada pelos participantes como insuficiente e, conseqüentemente, como uma barreira. Para colmatar esta barreira é necessário analisar o que precisa de mudar para que se inverta este comportamento por parte dos profissionais de saúde e a partir daí estabelecer e adicionar outros componentes à intervenção. Por conseguinte, esta barreira seria convertida num facilitador da adesão à medicação nas pessoas idosas na transição hospital-casa. No entanto, estes dados informarão o conteúdo das técnicas de mudança de comportamento.

Por outro lado, existem barreiras que podem ser compreendidas com as duas perspetivas. Para ilustrar, as características do regime medicamentoso, que foi apontada como uma barreira, refere-se à complexidade e polimedicação, não são modificáveis através da mudança comportamental das pessoas idosas. Contudo e face à realidade crescente de idosos polimedicados, a intervenção deve ser desenvolvida considerando este fator e ajudando as pessoas a lidarem e gerirem um regime medicamentoso com estas características.

Assim, os determinantes aos quais será dirigida a intervenção em desenvolvimento estão listados no Apêndice F.

3.3.2 Etapa 2: Identificação das opções da intervenção

Identificação e seleção das funções de intervenção

O uso do critério APEASE (Michie et al., 2014) conjuntamente com a consideração do contexto da intervenção, auxiliaram a seleção das funções de intervenção potencialmente mais apropriadas. A seleção das FI de acordo com o critério APEASE é apresentada na Tabela 37.

A processo detalhado de seleção das FI considerando cada componente do modelo COM-B e os determinantes de adesão pode ser consultado no Apêndice G.

Tabela 37: Aplicação do critério APEASE para a seleção das funções de intervenção

Funções de intervenção	Acessibilidade	Praticabilidade	Eficácia e custo-efetividade	Aceitabilidade	Segurança/efeitos colaterais	Equidade
Reestruturação do ambiente	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Capacitação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Educação	✓	✓	✓	✓	*/-	✓
Treino	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Persuasão	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Incentivo	✗	✓	✓	*/-	✓	✓
Coerção	✓	✓	✓	✗	✗	✗
Restrição	✓	✗	✗	✗	✓	✓
Modelação	✓	✗	✓	✓	✓	✗

Nota: ✓ Adequado; */- Potencialmente adequado; ✗ Desadequado

Cinco das nove funções de intervenção listadas pela BCW foram consideradas relevantes, de acordo com a análise COM-B realizada na etapa anterior. Estas foram: educação, treino, capacitação, reestruturação do ambiente e persuasão. Estas funções de intervenção permitem aumentar o conhecimento e a capacidade psicológica; promover as habilidades; fornecer suporte para superar barreiras e identificar problemas, maximizando a motivação automática; adequar o contexto físico ou social; e influenciar atitudes e ações, potenciando a motivação reflexiva para aderir à medicação. A Tabela 38 mostra o mapeamento das FI com os componentes da COM-B resultantes do estudo A e B, refletindo como a intervenção pode mudar o comportamento.

A educação está associada ao aumento da literacia em saúde e, conseqüentemente, ao aumento da adesão aos medicamentos (Tan et al., 2019). As intervenções com efetividade com múltiplos componentes têm incluído este domínio educativo (Cross et al., 2020; Nieuwlaat et al., 2014; Torres-Robles et al., 2018; Wiecek et al., 2019). Porém, é sabido que as estratégias para promover a adesão aos medicamentos utilizadas isoladamente têm limitada efetividade (Wilhelmsen & Eriksson, 2019), exigido uma abordagem mais ampla. A FI *educação* pode ter possíveis efeitos colaterais a considerar de acordo com o idoso. Como reportado no estudo B, determinada informação pode influenciar negativamente na adesão aos medicamentos, daí estar documentada como potencialmente adequada no que diz

respeito à segurança/efeitos colaterais. Assim, a componente educativa deve ser personalizada e ponderada a sua intensidade.

As competências de autogestão das doenças crónica são apontadas como essenciais para as pessoas aderirem ao regime medicamentoso e manterem o comportamento ao longo do tempo, constituindo-se um foco da intervenção de enfermagem. Assim, as FI *treino* e *capacitação* foram consideradas relevante face aos determinantes encontrados.

As crenças sobre a toma dos medicamentos destacaram-se no estudo A e B, constituindo-se preditivas da adesão ao regime prescrito. Através da FI *persuasão*, estas podem ser ajustadas com a indução de sentimentos e estímulo da ação; possibilita a alteração da forma como a pessoa aceita a verdade ou a validade dos resultados do comportamento numa determinada situação (Allemann et al., 2016).

A reestruturação do ambiente também é uma categoria através da qual a intervenção pode mudar o comportamento. Parte das intervenções de adesão incluem componentes ligados à reestruturação do ambiente como a colocação dos medicamentos num local mais visível (Cross et al., 2020; Torres-Robles et al., 2018).

Foram excluídas quatro funções de intervenção: incentivo, coerção, restrição e modelação. A função de intervenção incentivo foi excluída pela acessibilidade e aceitabilidade. Embora exista evidência que sugira que as medidas de incentivo possam ser utilizada em intervenções direcionadas à adesão aos medicamentos (DeFulio & Silverman, 2012; Garza, Owensby, Braxton Lloyd, Wood, & Hansen, 2015; Priebe, Bremner, Lauber, Henderson, & Burns, 2016), esses estudos foram predominantemente conduzidos nos Estados Unidos da América e revelaram variações da significância estatística. A implementação de intervenções baseadas em incentivos financeiros podem ser desafiante, uma vez que requerem alterações regulamentares e/ou da legislação. Acrescenta-se ainda que seria impraticável durante um período de tempo sustentado, uma vez que as pessoas mais velhas têm regimes medicamentosos de longo prazo.

Por outro lado, a aceitabilidade desta FI é questionável. O uso de incentivos financeiro em intervenções de mudança comportamental é frequente. Contudo, a aceitabilidade entre os alvos de intervenção, os decisores de políticas de saúde e os profissionais de saúde não é conclusiva (Hoskins, Ulrich, Shinnick, & Bутtenheim, 2019). Adicionalmente, a adesão aos medicamentos é um comportamento apresentado como complicado no que concerne à

definição de incentivos. Poucos estudos examinaram o uso dos princípios económicos comportamentais de longo prazo nesta área (Zullig et al., 2018).

Criar uma expectativa de punição ou custo, foi considerado inadequado, sendo que os enfermeiros sustentam a sua prática de cuidados na relação terapêutica com as pessoas. Não seria aceitável coagir a adesão aos medicamentos e dificilmente seria admissível do ponto de vista ético e moral. Por outro lado, impor uma punição ou custo provavelmente teria um efeito indesejado, causando uma adesão ainda menor, e poderia reduzir a equidade entre as pessoas.

No caso da função restrição, esta foi considerada inexecutável, uma vez que a toma dos medicamentos é uma tarefa realizada pela pessoa sem a presença de outros, não existindo pessoas disponíveis para a aplicação de regras restritivas ou testemunhar a quebra destas. Este facto também iria limitar a efetividade da intervenção. Adicionalmente, seria improvável que fosse aceite pelos idosos, profissionais de saúde ou decisores de políticas de saúde. A aplicação de restrições exigiria ainda a mudanças na legislação para que estas fossem implementadas.

Por último, considerou-se que não seria prático implementar a função de modelação. A capacidade de imitar o comportamento de outra pessoa pode depender de vários fatores que podem condicionar o sucesso da intervenção, como o acesso aos serviços de saúde e pessoas que apresentem habilidades semelhantes para poder tomar os medicamentos da mesma forma. Também os contactos com outras pessoas, numa atividade que carateristicamente é feita sem a presença de outros, têm uma frequência reduzida, o que poderia potencialmente criar disparidades de equidade.

Tabela 38: Funções de intervenção selecionadas e relação com os componentes COM-B resultantes da análise comportamental

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção
Limitações físicas para tomar a medicação	Capacidade física	Treino
		Capacitação
Conhecimento sobre regime medicamentoso prescrito Conhecimento sobre efeitos adversos dos medicamentos Esquecimento Tomar decisões sobre a utilização dos medicamentos	Capacidade psicológica	Educação
		Treino
		Capacitação
Influência social na gestão dos medicamentos	Oportunidade social	Capacitação
Alteração dos medicamentos na transição hospital-casa Caraterísticas do regime medicamentoso Custo dos medicamentos Alteração de ambiente ou rotinas	Oportunidade física	Treino
		Reestruturação do ambiente
		Capacitação
Preocupações com o regime medicamentoso de longo prazo Crenças sobre as consequências da não adesão à medicação Priorização dos medicamentos com maior importância Percepção de sinais e sintomas associados à situação de saúde Percepção do efeito terapêutico dos medicamentos Nível de crenças sobre a necessidade dos medicamentos (BMQ) Nível de preocupações sobre a toma dos medicamentos (BMQ)	Motivação reflexiva	Educação
		Persuasão
Emoções associadas à gestão da medicação Depressão	Motivação automática	Capacitação

3.3.3 Etapa 3: Identificação do conteúdo e opções de implementação

Identificação e seleção das técnicas de mudança de comportamento

De acordo com o mapeamento definido entre as FI e as BCTs proposto pelos autores da BCW (Michie et al., 2014), foram selecionadas as BCTs que potencialmente podem ter influência sobre os determinantes de adesão identificados nas etapas anteriores e que poderão ser utilizadas na intervenção. Desta forma, foram incluídas todas as BCTs que poderão minimizar ou inibir as barreiras de adesão ao regime medicamentoso identificadas pelos participantes. Realça-se o facto de uma BCT poder servir diferentes FI, segundo os autores (Michie et al., 2014). As BCTs são apresentadas nas Tabela 39 a Tabela 41, conforme o componente da COM-B.

Tabela 39: Seleção das potenciais BCTs de acordo com as barreiras de adesão no componente Capacidade

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	BCT
Limitações físicas para tomar a medicação	Capacidade física	Treino	Demonstração do comportamento (6.1)
			Instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)
			Treino do comportamento (8.1)
		Capacitação	Suporte social logístico (3.2)
			Adicionar objetos ao ambiente (12.5)
			Resolução de problemas (1.2)
			Planeamento da ação (1.4)
			Formulação de objetivos (comportamento) (1.1)
			Persuasão verbal sobre as capacidades (15.1)
Conhecimento sobre regime medicamentoso prescrito	Educação	Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)	
		Automonitorização do comportamento (2.3)	
	Treino	Demonstração do comportamento (6.1)	
		Instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)	
Conhecimento sobre efeitos adversos dos medicamentos	Educação	Informação sobre as consequências para a saúde (5.1)	
		Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)	
		Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)	
Esquecimento	Capacidade psicológica	Treino	Instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)
		Capacitação	Suporte social (inespecífico) (3.1)
			Suporte social logístico (3.2)
			Resolução de problemas (1.2)
			Planeamento da ação (1.4)
			Automonitorização do comportamento (2.3)
			Reestruturação do ambiente físico (12.1)
			Estímulos/sinais (7.1)
			Adicionar objetos ao ambiente (12.5)
		Formação de hábitos (8.3)	
Formulação de objetivos (comportamento) (1.1)			
Educação	Informação sobre as consequências para a saúde (5.1)		

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	BCT
Tomar decisões sobre a utilização dos medicamentos			Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)
			Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)
			Biofeedback (2.6)

Tabela 40: Seleção das potenciais BCTs de acordo com as barreiras de adesão no componente Oportunidade

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	BCT	
Influência social na gestão dos medicamentos	Oportunidade social	Capacitação	Suporte social (inespecífico) (3.1)	
			Resolução de problemas (1.2)	
			Planeamento da ação (1.4)	
			Evitar/reduzir a exposição a estímulos para o comportamento (12.3)	
			Reestruturação do ambiente social (12.2)	
Alteração dos medicamentos na transição hospital-casa	Oportunidade física	Treino	Demonstração do comportamento (6.1)	
			Instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)	
			Automonitorização do comportamento (2.3)	
			Treino do comportamento (8.1)	
			Formação de hábitos (8.3)	
		Reestruturação do ambiente	Adicionar objetos ao ambiente (12.5)	
			Estímulos/sinais (7.1)	
			Reestruturação do ambiente físico (12.1)	
		Capacitação	Suporte social (inespecífico) (3.1)	
			Suporte social logístico (3.2)	
			Resolução de problemas (1.2)	
			Planeamento da ação (1.4)	
			Formulação de objetivos (comportamento) (1.1)	
		Caraterísticas do regime medicamentoso	Treino	Demonstração do comportamento (6.1)
				Instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)
Treino do comportamento (8.1)				
Formação de hábitos (8.3)				
Reestruturação do ambiente	Adicionar objetos ao ambiente (12.5)			
	Estímulos/sinais (7.1)			
Capacitação	Suporte social (inespecífico) (3.1)			
	Suporte social logístico (3.2)			
	Resolução de problemas (1.2)			
	Planeamento da ação (1.4)			
	Formulação de objetivos (comportamento) (1.1)			
Custo dos medicamentos	Capacitação		Suporte social logístico (3.2)	
Alteração de ambiente ou rotinas	Treino		Instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)	
			Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)	
			Ensaio mental sobre o desempenho bem-sucedido do comportamento (15.2)	

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	BCT
		Restruturação do ambiente	Adicionar objetos ao ambiente (12.5) Estímulos/sinais (7.1)
		Capacitação	Suporte social (inespecífico) (3.1) Suporte social logístico (3.2) Resolução de problemas (1.2) Planeamento da ação (1.4) Automonitorização do comportamento (2.3) Formulação de objetivos (comportamento) (1.1)

Tabela 41: Seleção das potenciais BCTs de acordo com as barreiras de adesão no componente Motivação

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	BCT
Preocupações com o regime medicamentoso de longo prazo	Motivação reflexiva	Educação	Informação sobre as consequências para a saúde (5.1)
			Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)
			Biofeedback (2.6)
			Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)
		Persuasão	Fonte credível (9.1)
			Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)
			Salientar as consequências (5.2)
			Comparação de resultados futuros (9.3)
			Formulação de prós e contras (9.2)
			Resolução de problemas (1.2)
Crenças sobre as consequências da não adesão à medicação	Motivação reflexiva	Educação	Informação sobre as consequências para a saúde (5.1)
			Automonitorização do comportamento (2.3)
			Biofeedback (2.6)
			Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)
		Persuasão	Fonte credível (9.1)
			Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)
			Salientar as consequências (5.2)
			Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)
			Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)
			Comparação de resultados futuros (9.3)
Formulação de prós e contras (9.2)			
Resolução de problemas (1.2)			
Priorização dos medicamentos com maior importância	Motivação reflexiva	Educação	Informação sobre as consequências para a saúde (5.1)
			Automonitorização do comportamento (2.3)
			Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)
			Informação sobre antecedentes (4.2)
		Persuasão	Fonte credível (9.1)
			Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)
			Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)
			Biofeedback (2.6)

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	BCT
			Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)
			Salientar as consequências (5.2)
			Resolução de problemas (1.2)
			Planeamento da ação (1.4)
			Formulação de prós e contras (9.2)
			Comparação de resultados futuros (9.3)
Perceção de sinais e sintomas associados à situação de saúde	Educação		Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)
			Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)
			Automonitorização do comportamento (2.3)
			Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)
			Biofeedback (2.6)
			Informação sobre antecedentes (4.2)
Perceção do efeito terapêutico dos medicamentos	Educação		Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)
			Automonitorização do comportamento (2.3)
			Biofeedback (2.6)
			Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)
Nível de crenças sobre a necessidade dos medicamentos (BMQ)	Educação		Informação sobre as consequências para a saúde (5.1)
			Automonitorização do comportamento (2.3)
			Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)
			Informação sobre antecedentes (4.2)
	Persuasão		Fonte credível (9.1)
			Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)
			Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)
			Biofeedback (2.6)
			Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)
			Salientar as consequências (5.2)
			Comparação de resultados futuros (9.3)
			Formulação de prós e contras (9.2)
		Resolução de problemas (1.2)	
	Nível de preocupações sobre a toma dos medicamentos (BMQ)	Educação	
			Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)
Persuasão			Fonte credível (9.1)

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	BCT
			Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)
			Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)
			Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)
			Biofeedback (2.6)
			Resolução de problemas (1.2)
			Suporte social (emocional)
			Salientar as consequências (5.2)
Emoções associadas à gestão da medicação	Motivação automática	Capacitação	Suporte social (inespecífico) (3.1)
			Suporte social (emocional) (3.3)
			Resolução de problemas (1.2)
			Planeamento da ação (1.4)
			Redução de emoções negativas (11.2)
			Persuasão verbal sobre as capacidades (15.1)
Depressão		Capacitação	Suporte social (inespecífico) (3.1)
			Suporte social (emocional) (3.3)

Foram consideradas 30 técnicas de mudanças de comportamento da BCTTv1 que poderiam ser incluídas na intervenção de adesão ao regime medicamentoso das pessoas idosas na transição hospital-casa, como mostram as tabelas anteriores. A definição de cada BCT é apresentada no Apêndice D.

Seguidamente, foi aplicado o critério APEASE, considerando as barreiras elencadas e que se pretendem minimizar. A Tabela 42 apresenta todas as BCTs consideradas ($n = 30$) e a aplicação do critério APEASE.

Tabela 42: Lista de BCT incluídas e excluídas de acordo com o critério APEASE

Técnicas de mudança de comportamento	Acessibilidade	Praticabilidade	Eficácia e custo-efetividade	Aceitabilidade	Segurança/efeitos colaterais	Equidade
Incluídas						
Adicionar objetos ao ambiente (12.5)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Automonitorização do comportamento (2.3)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)	✓	✓	✓	✓	x/-	✓
<i>Biofeedback</i> (2.6)	x/-	✓	✓	✓	x/-	✓
Comparação de resultados futuros (9.3)	✓	✓	x/-	✓	✓	✓
Demonstração do comportamento (6.1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ensaio mental sobre o desempenho bem-sucedido do comportamento (15.2)	✓	✓	x/-	✓	✓	✓
Estímulos/sinais (7.1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)	✓	x/-	✓	✓	✓	✓
Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)	✓	x/-	✓	✓	x/-	✓
Fonte credível (9.1)	✓	✓	x/-	✓	✓	✓
Formação de hábitos (8.3)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Formulação de objetivos (comportamento) (1.1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Formulação de prós e contras (9.2)	✓	✓	x/-	✓	✓	✓
Informação sobre as consequências para a saúde (5.1)	✓	✓	✓	✓	x/-	✓
Instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Persuasão verbal sobre as capacidades (15.1)	✓	✓	x/-	✓	✓	✓
Planeamento da ação (1.4)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)	✓	✓	x/-	✓	✓	✓

Reestruturação do ambiente físico (12.1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Resolução de problemas (1.2)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Social suporte (emocional) (3.3)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Suporte social (inespecífico) (3.1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Suporte social logístico (3.2)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Treino do comportamento (8.1)	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Excluídas						
Salientar as consequências (5.2)	✓	✗	✓	✗	✗	✓
Reestruturação do ambiente social (12.2)	✓	✓	✓	✗	✗	✗
Redução de emoções negativas (11.2)	✗	✗	✓	✓	✓	✓
Evitar/reduzir a exposição a estímulos para o comportamento (12.3)	✓	✓	✓	✗	✗	✗
Informação sobre antecedentes (4.2)	✓	✗	✗	✓	✓	✓

Nota: ✓ Adequado; ✗/- Potencialmente adequado; ✗ Desadequado

Desta forma, 25 BCTs foram selecionadas para a intervenção de adesão aos medicamentos nas pessoas idosas na transição hospital-casa.

As BCTs referentes ao feedback sobre o comportamento de adesão ou resultados deste foram consideradas potencialmente práticas porque a implementação exige maior disponibilidade e dispêndio de tempo pelo enfermeiro. Contudo, sobrepõe-se a efetividade associada a esta ação. Recentemente, uma revisão sistemática da literatura mostrou que o feedback sobre a adesão e os resultados desta influenciam o comportamento e previne a não adesão a longo prazo, o que se torna relevante uma vez que os idosos têm regimes medicamentosos de longa duração (Seewoodharry, Maconachie, Gillies, Gottlob, & McLean, 2017).

Dependendo da regularidade de vigilância em saúde e das doenças crônicas presentes, o *biofeedback* (2.6) pode não ser acessível com maior frequência. Existem orientações específicas de acordo com a condição de saúde crônica, incluído a monitorização de parâmetros bioquímicos (e.g. hemoglobina glicada, colesterol), que podem determinar a implementação desta BCT. Por exemplo, no que respeita à necessidade de avaliação da hemoglobina glicada nas pessoas com diabetes, a frequência de determinação desta depende da situação clínica ou do esquema terapêutico do idoso, podendo variar entre 3 a 6 meses de intervalo (Direção-Geral de Saúde, 2012). As orientações são relevantes para a aplicação desta BCT de acordo com a(s) doença(s) crônica(s). Outros parâmetros como a pressão arterial e a glicemia capilar são passíveis de implementação, se necessário e indicado, com maior regularidade, considerando até que os próprios indivíduos podem fazê-lo.

O *biofeedback* (2.6) e o *feedback sobre os resultados do comportamento* (2.7) podem ter potenciais efeitos colaterais a considerar face às necessidades e características do idoso. Um resultado negativo e inesperado numa circunstância de adesão ótima pode gerar efeitos indesejados (e.g. preocupação e ansiedade) e ainda influenciar o comportamento no sentido inverso. A *informação sobre as consequências para a saúde* (5.1) e a *automonitorização dos resultados do comportamento* (2.4) também podem incitar as preocupações relacionadas com a toma da medicação e, conseqüentemente, a não adesão. Desta forma, deve ser considerada a sua implementação de acordo com a avaliação da pessoa idosa.

Com base nos componentes das intervenções de adesão foi possível identificar BCTs com efetividade como *adicionar objetos ao ambiente* (12.5), *estímulos/sinais* (7.1), *instruções sobre como desempenhar o comportamento* (4.1), *resolução de problemas* (1.2) e *planeamento da ação* (1.4) (Capiou et al., 2020; Conn, Ruppap, et al., 2016; Cross et al., 2020; Demonceau et al., 2013; Nieuwlaet et al., 2014; Torres-Robles et al., 2018). Contudo, a evidência é limitada em relação a algumas BCTs que se consideraram pertinentes face aos resultados do estudo A e B, tendo sido classificadas como potencialmente adequada a sua efetividade (e.g. *fonte credível* (9.1), *formulação de prós e contras* (9.2), *persuasão verbal sobre as capacidades* (15.1), *re-atribuições de causas do comportamento* (4.3)).

Embora a evidência sugira que as intervenções desenhadas para melhorar os elementos de autorregulação podem promover resultados de saúde relacionados com as doenças crónicas (Allegrante, Wells, & Peterson, 2019), a relação entre as intervenções de autorregulação e a adesão aos medicamentos ainda não são explicadas claramente (Wilson et al., 2020). Contudo, Wilson e colegas (2020) concluíram que o feedback personalizado sobre o comportamento e resultados destes e a automonitorização têm impacto positivo sobre a adesão aos medicamentos. Desta forma, as BCTs *automonitorização do comportamento* (2.3), *automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento* (2.4), *feedback acerca do desempenho do comportamento* (2.2) e *feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento* (2.7) foram consideradas com efetividade quando aplicado o critério APEASE.

Foram excluídas cinco BCTs: *salientar as consequências* (5.2), *reestruturação do ambiente social* (12.2), *redução de emoções negativas* (11.2), *evitar/reduzir a exposição a estímulos para o comportamento* (12.3) e *informação sobre antecedentes* (4.2).

Importa explicitar o fundamento para a exclusão de determinadas BCTs. Relativamente à BCT *salientar as consequências* (5.2), não foi considerada prática porque é difícil

demonstrar as consequências do comportamento, cumprindo a definição da BCT. Esta requer o uso de métodos específicos para enfatizar as consequências do desempenho do comportamento, como utilização de imagens de uma pessoa com hemiplegia depois de um acidente vascular cerebral porque não tomou os anticoagulantes. Também pode ter efeitos colaterais indesejados se a BCT evocar respostas emocionais perturbadoras. Por outro lado, a visão sobre as consequências positivas da adesão pode não ser aceitável porque, por exemplo, a pessoa idosa pode ter sofrido um acidente vascular cerebral anteriormente, mesmo tendo sido aderente aos medicamentos e pode não achar significativa a importância das consequências. Acresce ainda que estes idosos têm multimorbilidade, o que pode dificultar a representação das consequências.

A reestruturação social do ambiente (12.2) e a evitar/reduzir a exposição a estímulos para o comportamento (12.3) podem não ser aceitáveis pelo idoso porque implicam a alteração das relações com pessoas que influenciam negativamente a adesão à medicação. Estas técnicas de mudança de comportamento podem contribuir para o isolamento social do idoso e comprometer relações que poderão ser benéficas noutros domínios. Adicionalmente, podem contribuir ainda para a iniquidade entre as pessoas idosas.

Para a implementação da técnica de mudança comportamental *redução de emoções negativas (11.2)*, seria exigido que os enfermeiros tivessem treino em gestão de stress, o que implica custos avultados e dispêndio de tempo. Face aos constrangimentos económicos do SNS, esta BCT não é acessível e, provavelmente, nem todos os idosos exigem este tipo de intervenção.

Como discutido anteriormente, a relação entre os diferentes fatores que, muitas vezes, concorrem em simultâneo e a influência que exercer, podem condicionar a previsão fidedigna do desempenho do comportamento. Assim, a *informação sobre antecedentes (4.2)* foi excluída.

Seguidamente, foi definido o conteúdo das BCTs que integram a intervenção de adesão à medicação das pessoas idosas na transição hospital-casa. Existem técnicas de mudança de comportamento que são comuns às barreiras que influenciam a adesão à medicação, podendo ser o conteúdo destas inalterável. Na Tabela 43 é apresentado o conteúdo recomendado e que é comum entre BCTs, independentemente da barreira identificada.

Tabela 43: Conteúdo recomendado das BCTs

BCT	Conteúdo da BCT
Automonitorização do comportamento (2.3)	Criar um diário personalizado com a descrição do regime medicamentoso (i.e., nome do medicamento, dose, frequência, hora) ou utilizar uma aplicação móvel, onde o idoso é incentivado a manter um registo da adesão.
Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento (2.4)	Criar um diário personalizado com os resultados do comportamento (inclui adesão e não adesão), onde o idoso seleciona e regista aqueles que percecionou.
<i>Biofeedback</i> (2.6)	Avaliar e informar o idoso sobre estados fisiológicos e/ou bioquímicos (e.g. hemoglobina glicada, pressão arterial, colesterol, volumes avaliados por espirometria).
Comparação de resultados futuros (9.3)	Pedir ao idoso para imaginar e comparar os resultados prováveis ou possíveis se mantiver o comportamento de adesão/não adesão <i>versus</i> a alteração deste.
Demonstração do comportamento (6.1)	Demonstrar como o idoso deve realizar a toma da medicação (aplicável a medicamentos específicos como insulina, inaladores, necessidade de fracionamento)
Feedback acerca do desempenho do comportamento (2.2)	Através do autorrelato do idoso sobre a adesão à medicação (e.g. questionários) ou do registo diário da toma da medicação prescrita feito por este, avaliar e informar o idoso sobre o comportamento de adesão, num determinado período de tempo (e.g. último mês)
Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento (2.7)	Através do autorrelato do idoso ou do registo no diário feito por este, avaliar e informar o idoso sobre os resultados do comportamento (inclui adesão e não adesão), num determinado período de tempo.
Fonte credível (9.1)	Apresentar relatos de fontes credíveis (e.g. profissional de saúde ou figura pública credível) para enfatizar a importância da toma da medicação, desmistificar crenças e preocupações comuns e apresentar argumentos contra o comportamento de não adesão.
Formação de hábitos (8.3)	Solicitar ao idoso que tome os seus medicamentos associados a uma atividade habitual (e.g. escovar os dentes, passear o cão, refeições). Estas recomendações variam de acordo com os hábitos de vida e o regime medicamentoso prescrito.
Formulação de objetivos (comportamento) (1.1)	Definir em conjunto com o idoso o objetivo comportamental (e.g. 100% adesão aos medicamentos).
Formulação de prós e contras (9.2)	Aconselhar o idoso a listar e a comparar as vantagens e desvantagens da toma da medicação.
Informação sobre as consequências para a saúde (5.1)	Informar o idoso sobre as consequências para a saúde do comportamento de adesão e não adesão (inclui consequências positivas e negativas).
Instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)	Explicar de forma personalizada como o idoso deve realizar o toma dos medicamentos.
Persuasão verbal sobre as capacidades (15.1)	Debater e argumentar contra as dúvidas do idoso sobre como tomar os medicamentos, reforçando este será bem-sucedido na execução do comportamento.
Planeamento da ação (1.4)	Incentivar e planear a toma da medicação de acordo com a prescrição, as capacidades e um contexto específico (e.g. anotar as circunstâncias exatas em que tomará os medicamentos prescritos; inclui também a integração dos estímulos ao comportamento)
Resolução de problemas (1.2)	Analisar em conjunto com o idoso os fatores que influenciam a toma da medicação e definir estratégias que permitam ultrapassar as barreiras.
Treino do comportamento (8.1)	Pedir ao idoso para explicar e mostrar como toma ou tomará os medicamentos, adaptando este treino ao regime medicamentoso prescrito.

Contudo, o conteúdo da mesma BCT pode variar consoante a barreira à adesão identificada, como mostram as Tabela 44, Tabela 45 e Tabela 46.

Tabela 44: Conteúdo das BCTs de acordo com os respectivos determinantes no componente Capacidade

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	BCT	Conteúdo da BCT
Limitações físicas para tomar a medicação	Capacidade física	Suporte social logístico (3.2)	Aconselhar o idoso a pedir a um cuidador (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que crie estratégias práticas para facilitar a toma da medicação ou que o substitua nas tarefas que não consegue executar (e.g. organização semanal da medicação em caixas dispensadoras quando tem dificuldade em retirar os medicamentos do <i>blister</i> ; fracionar os medicamentos).
		Adicionar objetos ao ambiente (12.5)	Identificar e incluir objetos que facilitem a toma da medicação (e.g. caixas dispensadoras, partidor/triturador de comprimidos, câmaras expansoras, etc.).
Esquecimento	Capacidade psicológica	Adicionar objetos ao ambiente (12.5)	Identificar e incluir objetos que facilitem a toma da medicação (e.g. caixas dispensadoras, <i>post it</i> , ardósia, etc.).
		Estímulos/sinais (7.1)	Definir e introduzir estímulos como lembretes através de <i>post it</i> ou informação escrita num local estratégico; ter os medicamentos num local visível (e.g. bancada da cozinha); utilizar um alarme do telemóvel ou outro dispositivo; usar aplicações móveis desenvolvidas com o propósito de minimizar o esquecimento.
		Reestruturação do ambiente físico (12.1)	Aconselhar o idoso a reestruturar o ambiente físico em casa, e.g. colocar os medicamentos num local estratégico e potencialmente mais adequado.
		Suporte social (inespecífico) (3.1)	Aconselhar o idoso a pedir a um cuidador (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que o lembre da toma da medicação e encoraje o comportamento de adesão à medicação.
		Suporte social logístico (3.2)	Aconselhar o idoso a pedir a um cuidador (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que crie estratégias práticas (e.g. colocar o <i>blister</i> do medicamento na mesa de refeição; deixar uma mensagem escrita; telefonar na hora da toma).

Tabela 45: Conteúdo das BCTs de acordo com os respectivos determinantes no componente Oportunidade

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	BCT	Conteúdo da BCT
Influência social na gestão dos medicamentos	Oportunidade social	Suporte social (inespecífico) (3.1)	Aconselhar o idoso a procurar apoio adicional dos cuidadores (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que reforcem a importância e incentivem a adesão.
Alteração dos medicamentos na transição hospital-casa	Oportunidade física	Adicionar objetos ao ambiente (12.5)	Fornecer uma guia de tratamento com a descrição do regime medicamentoso prescrito.
		Estímulos/sinais (7.1)	Definir e introduzir estímulos como lembretes; escrever nas caixas o horário dos medicamentos; informação escrita num local estratégico; ter os medicamentos num local visível; (e.g. bancada da cozinha).
		Reestruturação do ambiente físico (12.1)	Aconselhar o idoso a reestruturar o ambiente físico em casa, e.g. colocar os medicamentos num local estratégico e potencialmente mais adequado, eliminar as caixas de medicação anterior ou com diferentes dosagens.
		Suporte social (inespecífico) (3.1)	Aconselhar o idoso a procurar apoio adicional dos cuidadores (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que o ajude a gerir as alterações da medicação e a encorajar o comportamento de adesão à medicação.
		Suporte social logístico (3.2)	Aconselhar o idoso a pedir a um cuidador (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que crie estratégias práticas para facilitar a toma da medicação (e.g. colocar o <i>blisters</i> do medicamento na mesa de refeição; fazer as caixas dispensadoras; produzir uma lista com os medicamentos prescritos, a dose e a hora da toma; escrever a hora da toma na caixa dos medicamentos).
Caraterísticas do regime medicamentoso		Adicionar objetos ao ambiente (12.5)	Fornecer uma guia de tratamento com a descrição do regime medicamentoso prescrito.
		Estímulos/sinais (7.1) (9.3)	Definir e introduzir estímulos como lembretes; escrever nas caixas o horário dos medicamentos; informação escrita num local estratégico; ter os medicamentos num local visível; (e.g. bancada da cozinha).
		Suporte social (inespecífico) (3.1)	Aconselhar o idoso a procurar apoio adicional dos cuidadores (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que o ajude na gestão da medicação e a encorajar o comportamento de adesão à medicação.

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	BCT	Conteúdo da BCT
		Suporte social logístico (3.2)	Aconselhar o idoso a pedir a um cuidador (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que crie estratégias práticas para facilitar a toma da medicação (e.g. colocar o <i>blister</i> do medicamento na mesa de refeição; fazer as caixas dispensadoras; produzir uma lista com os medicamentos prescritos, a dose e a hora da toma; escrever a hora da toma na caixa dos medicamentos).
Custo dos medicamentos		Suporte social logístico (3.2)	Aconselhar ou acionar os mecanismos sociais que apoiem a compra da medicação (e.g. família, organizações sociais).
Alteração de ambiente ou rotinas		Ensaio mental sobre o desempenho bem-sucedido do comportamento (15.2)	Aconselhar o idoso a imaginar a toma da medicação num contexto diferente do habitual (e.g. férias, fim-de-semana, ausência de casa prolongada, atividades diferentes ao longo do dia)
		Adicionar objetos ao ambiente (12.5)	Incluir caixas dispensadoras unidose que permitam o transporte de medicação quando as alterações de ambiente ou rotinas são circunscritas a um período curto de tempo.
		Estímulos/sinais (7.1) (9.3)	Definir e introduzir estímulos como lembretes para a compra dos medicamentos e renovação do receituário. Utilizar um alarme do telemóvel ou outro dispositivo; usar aplicação móvel com o propósito de recordar o horário da toma de medicação.
		Suporte social (inespecífico) (3.1)	Aconselhar o idoso a procurar apoio adicional dos cuidadores (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que o ajude e oriente na gestão da medicação (e.g. verificar se a medicação suficiente disponível, se é necessária a renovação do receituário) e a encorajar o comportamento de adesão à medicação.
		Suporte social logístico (3.2)	Aconselhar o idoso a pedir a um cuidador (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que organize a medicação quando existem alterações da rotina ou ambiente.

Tabela 46: Conteúdo das BCTs de acordo com os respetivos determinantes no componente Motivação

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	BCT	Conteúdo da BCT
Preocupações com o regime medicamentoso de longo prazo	Motivação reflexiva	Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)	Discutir com o idoso as preocupações sobre o regime medicamentoso de longo prazo e sugerir explicações alternativas.
Crenças sobre as consequências da não adesão à medicação		Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)	Discutir com o idoso as crenças sobre as consequências da não adesão à medicação e sugerir explicações alternativas.
Priorização dos medicamentos com maior importância		Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)	Debater com o idoso as causas da priorização da medicação e sugerir explicações alternativas.
Nível de crenças sobre a necessidade dos medicamentos (BMQ)		Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)	Debater com o idoso as crenças sobre a necessidade da medicação e sugerir explicações alternativas.
Nível de preocupações sobre a toma dos medicamentos (BMQ)		Social support (emocional) (3.3)	Ouvir e mostrar-se disponível para compreender as preocupações do idoso.
		Re-atribuições de causas do comportamento (4.3)	Debater com o idoso as preocupações sobre a toma dos medicamentos e sugerir explicações alternativas.
Emoções associadas à gestão da medicação	Motivação automática	Suporte social (inespecífico) (3.1)	Aconselhar o idoso a procurar apoio adicional dos cuidadores (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que o ajude a gerir a medicação e a encorajar o comportamento de adesão à medicação.
		Suporte social (emocional) (3.3)	Aconselhar o idoso a procurar apoio emocional dos cuidadores (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) durante as atividades de gestão da medicação; recomendar a procura de grupos de apoio de pessoas com doenças crónicas; ouvir e mostrar-se disponível para compreender as emoções do idoso.
Depressão		Suporte social (inespecífico) (3.1)	Aconselhar o idoso a procurar apoio adicional dos cuidadores (e.g. profissional de saúde, apoio informal, vizinhos, família, etc.) que o ajude a gerir a medicação e a encorajar o comportamento de adesão à medicação.
		Suporte social (emocional) (3.3)	Aconselhar o idoso a procurar suporte emocional durante as atividades de gestão da medicação.

3.3.4 Discussão

A secção 3.5 descreve os resultados de um processo sistemático para selecionar os componentes de uma intervenção de adesão aos medicamentos em pessoas idosas na transição hospital-casa, baseada na teoria e informada pelos achados do estudo quantitativo e qualitativo (A e B). Usando a COM-B como modelo teórico, foram explorados de forma detalhada os determinantes do comportamento de adesão dos idosos como etapa do processo de desenvolvimento da intervenção.

Seguidamente, os componentes teóricos do modelo COM-B e respetivos determinantes que se assumiram como barreiras ao comportamento de adesão e que poderiam ser incluídos numa intervenção de enfermagem dirigida às pessoas idosas, foram mapeados com as FI e, posteriormente, com as técnicas de mudança de comportamento, integradas na taxonomia BCTT versão 1. Esta abordagem seguiu um processo estruturado proposto por Michie e colegas (2014). Deste modo, as técnicas de mudança de comportamento selecionadas formam os componentes ativos propostos para a intervenção.

A partir da identificação dos determinantes do comportamento, em particular das barreiras à adesão, o processo de desenvolvimento da intervenção permitiu o alinhamento com os fatores modificáveis dirigidos às pessoas idosas. Subsequentemente, cinco FI associadas aos respetivos componentes da COM-B foram selecionadas, recorrendo a critérios estruturados (APEASE): educação, treino, capacitação, reestruturação do ambiente e persuasão. Por fim, 25 técnicas de mudança de comportamento, incluídas na taxonomia BCTTv1, foram selecionadas com base na adequação entre estas e as FI, na aplicação do critério APEASE e no domínio da ação da enfermagem. Este processo de desenvolvimento foi suportado pelo enquadramento BCW (Michie et al., 2014). A consideração do contexto da intervenção, facilitada pela aplicação do critério APEASE (Michie et al., 2014), aprimorou o processo de desenvolvimento da intervenção de adesão.

No âmbito do desenvolvimento de intervenções de adesão ao regime medicamentoso suportadas pelo enquadramento BCW, foram identificados apenas dois estudos que recorreram às etapas preconizadas por esta abordagem. Um estudo que relata o processo de desenvolvimento de uma intervenção de adesão em pessoas com AVC (Crayton et al., 2018); outro que descreve uma intervenção digital para pessoas idosas com diabetes tipo 2 (Félix et al., 2019). Ambos os trabalhos se centram em populações com uma patologia específica. O primeiro estudo foca-se apenas num número reduzido de determinantes de adesão aos

medicamentos, identificados através de uma revisão sistemática. O segundo relata as BCTs integradas numa aplicação informática, podendo diferir daquelas que são usadas numa intervenção em que há interação humana.

Como se constata, o conhecimento sobre quais as BCT que constituem as intervenções de adesão aos medicamentos em pessoas idosas polimedicadas e, em particular, na transição hospital-casa, é limitado. Por conseguinte, não há evidência experimental sobre a efetividade das BCTs neste âmbito.

Uma possível explicação para estes aspetos prende-se com o desenvolvimento recente do enquadramento BCW e da taxonomia de técnicas de mudança de comportamento (BCTTv1) (Cane et al., 2015; Michie et al., 2014, 2013). Outra justificação está relacionada com as inconsistências e descrições sumárias dos componentes das intervenções reportadas na literatura (Hoffmann et al., 2014; Michie, Fixsen, Grimshaw, & Eccles, 2009), limitando a distinção das BCTs implementadas.

Estudos publicados sobre o desenvolvimento de intervenções de mudança de comportamento nem sempre disponibilizam a descrição detalhada dos seus componentes, que é crítico para a sua reprodutividade (Glasziou et al., 2014; Wells, Williams, Treweek, Coyle, & Taylor, 2012). A revisão da *Cochrane* relatou que educação, aconselhamento e apoio adicional da família ou pares tiveram efetividade na melhoria da adesão (Nieuwlaat et al., 2014). Todavia, a descrição das intervenções é muito ampla, sendo insuficiente para codificar as BCTs presentes com uma taxonomia.

É consensual que as intervenções de adesão aos medicamentos com múltiplos componentes são mais efetivas que aquelas com um único componente (Cross et al., 2020; Nieuwlaat et al., 2014; Torres-Robles et al., 2018). Porém, permanece incerto qual o conteúdo mais efetivo. Uma *network* meta-análise determinou a efetividade das intervenções de adesão em adultos ao longo do tempo (Wiecek et al., 2019). Os autores concluíram que existem pacotes (i.e., *bundles*) de intervenções que são mais efetivas quando aplicadas em diferentes períodos no tempo, que foram apresentadas em tipologias amplas descritas como intervenções técnicas, educacionais e comportamentais. Contudo, esta revisão não reportou os componentes destas intervenções, tornando-se difícil a aplicabilidade dos resultados ao desenvolvimento de intervenções e a extração do conteúdo que potencialmente será mais efetivo.

Outros estudos em enfermagem e concretamente em intervenções de adesão na transição hospital-casa também apresentam limitações semelhantes. Verloo, Chiolero, Kiszio, Kampel e Santschi (2017) apresentam evidência limitada sobre o conteúdo das intervenções e os efeitos destas são difíceis de discernir, perante a diversidade de instrumentos para avaliar a adesão e a complexidade de desenhos de intervenção.

Assim, retratar o conteúdo da intervenção é crucial para desenvolver, replicar e sintetizar a evidência (Hoffmann et al., 2014; Michie et al., 2009; Proctor, Powell, & McMillen, 2013).

De acordo com estas recomendações, o processo sistemático relatado neste estudo permite identificar de forma inequívoca os componentes da intervenção (i.e., BCTs). Assim, este trabalho facilitará a avaliação da viabilidade e, posterior, efetividade desta intervenção em estudos futuros.

Esta abordagem para o desenvolvimento da intervenção centrou-se na seleção das FI, através das quais as BCTs serão distribuídas e também nas BCT que potencialmente serão mais efetivas na mudança de comportamento face às barreiras identificadas.

A efetividade das intervenções de adesão aos medicamentos descritas na literatura suporta parte das BCTs selecionadas neste estudo. A revisão da *Cochrane* que envolveu 182 estudos controlados aleatorizados relatou que informação sobre o comportamento, estratégias técnicas como lembretes e a automonitorização estavam incluídas em quase todas as intervenções que mostraram um efeito significativo na melhoria da adesão (Nieuwlaat et al., 2014). Em 2016, Conn e colaboradores realizaram uma meta-análise centrada em intervenções dirigidas a adultos com problemas de adesão aos medicamentos ($n = 53$). Os autores concluíram que os estudos que incluíam estímulos ou sugestões para a realização do comportamento tiveram efeitos mais significativos sobre a adesão que aqueles que não usaram estas estratégias. Tipicamente envolveram alarmes, localização estratégica da medicação ou colocação de lembretes em locais que promovessem o comportamento.

Esta meta-análise revelou ainda que as intervenções focadas na formação de hábitos para a toma dos medicamentos foram eficazes no aumento da adesão em relação às intervenções que não tinham este componente (Conn, et al., 2016). Os autores corroboram este achado numa outra meta-análise ($n = 771$) que avalia os *outcomes* das intervenções de adesão (Conn & Ruppap, 2017).

As intervenções cognitivo-educacionais, desenhadas para educar e motivar as pessoas foram também estratégias de intervenção com efeitos significativos na meta-regressão realizada por Demonceau e colegas (2013).

A revisão sistemática de Cross e colaboradores (2020) também mostrou um impacto positivo das intervenções com ambos os componentes, educacional e comportamental, em 11 estudos. Estes eram conduzidos na interface entre o hospital e a comunidade (e.g. hospital, alta e no pós-alta), envolvendo elementos de aconselhamento/educação. Tal reforça a importância das intervenções de enfermagem neste período.

Adicionalmente, nas intervenções de aconselhamento em pessoas mais velhas antes da alta hospitalar, componentes como a discussão do regime medicamentoso, o fornecimento de uma lista com os medicamentos prescritos e a explicação das indicações, são frequentemente encontrados, revelando um efeito positivo na adesão (Capiou et al., 2020). Estes aspetos estão considerados na intervenção proposta com BCTs como *instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)* e *adicionar objetos ao ambiente (12.5)*.

Wu, Corley, Lennie e Moser (2012) realizaram um estudo controlado aleatorizados com indivíduos não aderentes ao regime medicamentoso. A intervenção incluía aconselhamento e feedback sobre o comportamento de adesão, avaliado pelo MEMS; barreiras à adesão eram discutidas com o profissional de saúde. Os autores concluíram que a adesão tinha melhorado no grupo de intervenção em comparação com os cuidados habituais.

Um estudo mostrou eficácia a curto termo numa única sessão de 30 minutos, realizada por um enfermeiro, para melhorar a adesão aos antidiabéticos orais. A intervenção combinou a componente motivacional, em que o enfermeiro discutiu as crenças relevantes sobre a toma dos medicamentos, e em seguida, solicitou que os participantes anotassem as circunstâncias exatas em que tomariam os medicamentos prescritos, que pode ser codificado com *planeamento da ação (1.4)* (Farmer et al., 2012).

Os resultados do presente trabalho reforçam a noção que as intervenções de adesão aos medicamentos são complexas em consequência da multidimensionalidade do comportamento (Kardas et al., 2013; Vrijens et al., 2012). A seleção de 25 BCTs mostra a necessidade de definir múltiplas estratégias para responder aos determinantes que influenciam a adesão ao regime medicamentoso.

Uma das críticas apontadas à investigação na adesão aos medicamentos é a incongruência entre as intervenções desenvolvidas e as causas da não adesão; o objetivo de qualquer

estratégia deve ser compensar cada barreira ao comportamento, o que não se verifica na maioria dos estudos (Allemann et al., 2017). No presente trabalho ao serem identificados os determinantes da adesão em pessoas mais velhas e definidas estratégias para colmatar cada uma das barreiras, permite potencialmente uma abordagem individualizada e dirigida às características dos idosos, superando essa limitação.

De acordo com Orem (2001), os enfermeiros têm a capacidade de prever um déficit de autocuidado, inerente potencialmente ao período de transição hospital-casa, e devem empenhar-se na consolidação de práticas clínicas que podem ajudar as pessoas idosas a cuidarem melhor de si. Este trabalho procura a persecução deste objetivo, ao propor uma intervenção diferenciadora que concorre para facilitar o autocuidado das pessoas idosas.

Os resultados obtidos permitem ainda a desvinculação da abordagem *one size fits all*, quando ao implementar a intervenção, são selecionadas as BCTs mais adequadas às barreiras específicas de cada idoso. Esta é uma recomendação de outros autores da área da adesão aos medicamentos, que defendem que o sucesso das intervenções depende da avaliação das características do comportamento dos indivíduos (i.e., determinantes de adesão) e, consequentemente, da congruência entre estas e as intervenções desenhadas (Allemann et al., 2016; Haynes et al., 2015).

As BCTs, como constituintes ativos da intervenção de enfermagem, permitem potencialmente responder às exigências de autocuidado das pessoas idosas, proporcionando orientação e aconselhamento, apoio e gestão do ambiente, um dos pilares da profissão. Promovem a manutenção da vida e funções saudáveis, contínuo desenvolvimento pessoal e bem-estar (Orem, 2001). Nesta perspetiva, a potencial aplicabilidade desta intervenção transcende o grupo-alvo incluído na amostra.

Salienta-se ainda outro aspeto que importa discutir relacionado com os determinantes de adesão aos medicamentos que foram identificados no estudo B e excluídos do processo sistemático de desenvolvimento da intervenção. Encerrados na componente *oportunidade física* do modelo COM-B, oito determinantes foram excluídos. Estes não foram considerados modificáveis através de uma intervenção de mudança de comportamento dirigida às pessoas idosas, de acordo com os objetivos desta investigação.

Apesar da evidência reconhecer a necessidade de intervenções de adesão em vários níveis (e.g. sistema de saúde) (Conn et al., 2009; Demonceau et al., 2013; Kripalani, Yao, et al., 2007; Nieuwlaat et al., 2014), esta abordagem transcende o escopo e objetivos do presente

trabalho, assim como a moldura temporal disponível. Contudo, é necessário o desenvolvimento de intervenções que visem os prestadores de cuidados e as organizações e sistemas de saúde (Berben, Dobbels, Engberg, Hill, & de Geest, 2012; Denhaerynck et al., 2018; Morrison et al., 2015), incluindo no âmbito mais amplo das políticas de saúde. Tal é sugerido pelos achados desta investigação ao expor determinantes de adesão que são imputados aos profissionais e organizações de saúde como processos de cuidados ineficientes, inexistência de reconciliação terapêutica e continuidade e coordenação de cuidados ineficientes. Reconhece-se a relevância destes determinantes porque influenciam a adesão dos idosos. Porém, estes têm que ser analisados na perspectiva dos enfermeiros e serem propostas estratégias que os possam minimizar, podendo ser realizado também através do enquadramento BCW.

Outro aspeto relevante desta investigação é a ancoragem teórica do desenho da intervenção de adesão. O processo de desenvolvimento da intervenção foi suportado pelo modelo explicativo do comportamento humano COM-B (Michie et al., 2014). Este permitiu identificar as barreiras à capacidade percebida, oportunidade e motivação para mudar o comportamento de adesão aos medicamentos e construir a intervenção.

A maioria das intervenções descritas na literatura carece de suporte teórico robusto, o que tem sido associado ao insucesso das intervenções (Allemann et al., 2017; Nieuwlaat et al., 2014; Patton et al., 2017). Por exemplo, os ensaios clínicos incluídos na revisão da *Cochrane* (Nieuwlaat et al., 2014) foram avaliados para compreender os princípios metodológicos e compará-los nas intervenções de adesão (Haynes et al., 2015). Os autores mostraram que apenas 39% dos estudos explicitavam o referencial teórico utilizado nos 109 trabalhos incluídos (Haynes et al., 2015).

Recentemente, Conn e colegas (2016) comprovaram que as intervenções suportadas por teorias ou modelos têm um efeito significativo na adesão aos medicamentos, numa meta-análise que incluiu 124 estudos. Tal corrobora a importância da teoria no desenvolvimento das intervenções. Sem uma compreensão teórica do mecanismo de ação das intervenções é impossível decifrar os ingredientes ativos que potencialmente levarão à mudança de comportamento. Naturalmente e como defendem Michie e Johnston (2012), é possível que o uso explícito de teoria possa não garantir a efetividade da intervenção, particularmente quando o referencial teórico empregue não é adequado à mudança comportamental. Ainda assim, sugere que a probabilidade é maior e deve constituir-se como o componente-chave

do desenvolvimento rigoroso e sistemático das intervenções (Ayling, Brierley, Johnson, Heller, & Eiser, 2015; Michie & Prestwich, 2010).

As múltiplas etapas do desenvolvimento da intervenção envolveram um longo processo: desde o início da recolha de dados aos refinamentos finais da intervenção. O consumo de tempo que este processo exige é expresso por outros autores que utilizaram a mesma abordagem para o desenvolvimento de intervenções de mudança comportamental noutras áreas (McEvoy et al., 2018; Sinnott et al., 2015). Este aspeto deve ser considerado por aqueles que procuram e financiam investigação neste âmbito.

Outros investigadores desenvolvem intervenções utilizando outras teorias (e.g. teoria social cognitiva) para informar a escolha dos componentes da intervenção. Em contraste, a aplicação da BCW neste trabalho guiou o uso de evidência e resultados da exploração quantitativa e qualitativa, traduzindo um processo sistemático. Além de fundamentada teoricamente, a intervenção desenhada é lógica e prática.

O papel dos enfermeiros é reconhecido no seio da equipa multidisciplinar. O enfermeiro promove a pessoa como agente de autocuidado, facilitando a sua tomada de decisão, a melhoria ou manutenção do comportamento e a aquisição de conhecimentos e habilidades que lhe permitam gerir o seu regime medicamentoso. Contudo, as decisões também são partilhadas com outros profissionais de saúde envolvidos no processo de cuidados das pessoas idosas. Neste sentido e face à complexidade associada às intervenções de adesão, é importante a consensualização das ações nas equipas de saúde, centrando os cuidados na pessoa idosa.

Pela complexidade associada ao processo de aplicação da BCW e a natureza das intervenções de mudança de comportamento, é importante a constituição de equipas multidisciplinares no desenvolvimento destas intervenções, nomeadamente com psicólogos comportamentais. Pode ser apontada como uma limitação deste estudo, uma vez que as decisões nas várias etapas propostas pela BCW não foram discutidas e consensualizadas num grupo de investigação mais alargado.

CAPÍTULO IV

CONCLUSÃO

O trabalho apresentado nesta tese abordou uma lacuna do conhecimento, desenvolvendo uma intervenção baseada na teoria para promover a adesão aos medicamentos em idosos na transição hospital-casa. Suportada pelas orientações do *Medical Research Council* e do enquadramento *Behaviour Change Wheel* e guiada pela teoria de défice de autocuidado de enfermagem, a intervenção foi desenvolvida a partir da exploração dos determinantes do comportamento da pessoa idosa, identificados através de uma abordagem quantitativa e qualitativa.

A presente investigação destacou a utilidade da abordagem de métodos mistos na seleção dos componentes relevantes no contexto do comportamento de adesão aos medicamentos das pessoas idosas. As descobertas quantitativas e qualitativas complementam-se, permitindo identificar os componentes teóricos a considerar no desenvolvimento das intervenções.

Assim, a análise comportamental com base no modelo COM-B permitiu a ampla compreensão dos determinantes da adesão e forneceu orientações sobre os métodos necessários para apoiar a mudança na toma dos medicamentos. Vários determinantes (i.e., barreiras e facilitadores) foram identificados e atribuídos aos componentes teóricos COM-B. As barreiras emergentes foram selecionadas considerando aquelas modificáveis através da intervenção dirigida aos idosos, e mapeadas em componentes ativos da intervenção (i.e., BCTs).

A complementaridade entre o enquadramento do MRC e da BCW permitiu estabelecer os fundamentos teóricos para uma intervenção complexa de adesão aos medicamentos, robustecendo o processo de desenvolvimento e minimizando potenciais falhas associadas à implementação. O processo sistemático e exaustivo de desenvolvimento da intervenção, sustentado num modelo de mudança de comportamento, constitui-se como um ponto forte desta investigação.

Outro aspeto relevante é a identificação precisa dos ingredientes ativos da intervenção de adesão com base numa taxonomia normalizada de técnicas de mudança de comportamento, potenciando a reprodutibilidade da intervenção de enfermagem. Assim, esta investigação transpõe as críticas mencionadas na literatura sobre a descrição pouco explícita dos componentes das intervenções.

Declarar explicitamente os principais constructos teóricos e a ligação com os componentes de intervenção (i.e., BCTs) ajudará a replicar a intervenção por outros e futuras avaliações de processos para explorar o mecanismo de ação subjacente. Este é um aspeto importante da integração da teoria no desenvolvimento de intervenções e que pode ser um avanço no campo da investigação sobre adesão, explorando não apenas se as intervenções são eficazes, mas também como o são.

Presentemente, desconhecem-se publicações com a descrição do processo estruturado e transparente de desenvolvimento de intervenções de adesão em pessoas idosas, nomeadamente na transição hospital-casa, o que é mais um avanço nesta área de investigação.

Deste modo, este trabalho contribui para uma perspetiva mais holística da pessoa idosa e oferece uma orientação estruturada para a intervenção dos enfermeiros no âmbito da capacitação do idoso no processo de autocuidado na transição hospital-casa e de promoção da adesão ao regime medicamentoso.

Implicações para a prática, ensino e investigação

O facto de mais de metade das pessoas idosas com doenças crónicas serem não aderentes aos medicamentos reforça a pertinência das intervenções de enfermagem neste âmbito.

Esta investigação corrobora a evidência sobre a multidimensionalidade do comportamento de adesão aos medicamentos. Da análise quantitativa e qualitativa, emergiram diversos determinantes de adesão em pessoas mais velhas que explicam este comportamento, guiando o desenvolvimento da intervenção.

Contudo, face às limitações associadas ao tamanho da amostra e desenho de estudo, a intervenção desenvolvida não abrange todos os determinantes de adesão possíveis. Reflete assim a necessidade da investigação se focar no diagnóstico comportamental de adesão aos

medicamentos em estudos mais alargados com amostras probabilísticas representativas desta população para que possam ser generalizados.

Por conseguinte, esta pode constituir-se uma limitação da intervenção aquando da sua implementação, podendo alguns determinantes não terem sido identificados, e consequentemente, a intervenção não os considerar. Por outro lado, existe potencial de aplicabilidade desta intervenção a outro grupo-alvo, uma vez que são claramente identificadas as BCTs associadas a cada determinante de adesão. Desta forma, a ação de enfermagem deve considerar sempre a panóplia de fatores associados à adesão ao regime medicamentoso através de uma avaliação holística da pessoa idosa.

A intervenção desenvolvida envolve diversas técnicas de mudança de comportamento, que no contexto de cuidados, devem ser implementadas considerando os determinantes de adesão presentes no processo de transição de cada idoso. Torna-se fundamental a desvinculação de estratégias redutoras e pouco adaptadas aos fatores que despoletam a não adesão aos medicamentos.

Nesta perspetiva, esta investigação fornece um guia estruturado e recomendações para uma prática de cuidados mais personalizada e potencialmente mais efetiva. Ao implementar intervenções potencialmente mais efetivas, os enfermeiros reforçam a sua ação e um dos seus principais focos: manter e capacitar as pessoas para o autocuidado na doença crónica.

A depressão, as crenças sobre a necessidade da medicação e as preocupações sobre a toma de medicamentos têm valor preditivo do comportamento de adesão. No contexto clínico, estes determinantes merecem particular consideração no âmbito da análise comportamental realizada pelos enfermeiros. Existem instrumentos que podem ser úteis para a identificação destes determinantes. Sugere-se a aplicação do BMQ para a avaliação das crenças sobre os medicamentos e a utilização da escala de depressão geriátrica; instrumentos que foram usados nesta investigação e que têm a vantagem de aplicação rápida. A depressão também poderá ser confirmada através do diagnóstico documentado no processo clínico, que dispensa a utilização de um instrumento.

A partir da presente investigação, é recomendado que os enfermeiros apliquem uma *bundle* de técnicas de mudança de comportamento que foram identificadas de acordo com os determinantes de adesão. Por exemplo, ao identificar a depressão como barreira à adesão aos medicamentos, é proposta a implementação de duas técnicas de mudança de comportamento: *suporte social (inespecífico)* (3.1) e *suporte social (emocional)* (3.2). Por outro lado, se as

crenças sobre a necessidade dos medicamentos influenciam negativamente a adesão, são sugeridas 12 técnicas de mudança comportamental.

Os resultados espelharam as potenciais alterações dos medicamentos na transição hospital-casa, contribuindo para a dificuldade em gerir o regime prescrito e, conseqüentemente, para a não adesão. Neste sentido, o foco de enfermagem deverá incluir a avaliação da capacidade do idoso para gerir os seus medicamentos e a seleção de técnicas de mudança de comportamento que respondam a esta necessidade, procurando atingir a melhor adesão.

Perante a alteração do regime medicamentoso na transição hospital-casa, foram identificadas 13 técnicas de mudança de comportamento que poderão guiar a intervenção do enfermeiro. Pedir ao idoso para explicar e mostrar como tomará os medicamentos em casa, adaptando este treino ao regime medicamentoso prescrito, pode ser uma estratégia de intervenção que encerra a técnica de mudança de comportamento *treino do comportamento (8.1)*. Esta pode ser utilizada em combinação com as outras 12 técnicas de mudança de comportamento definidas para este determinante, que incluem *instruções sobre como desempenhar o comportamento (4.1)*, *planeamento da ação (1.4)*, *formação de hábitos (8.3)*, entre outras.

Numa perspetiva de cuidados centrados na pessoa, a exploração dos determinantes de adesão com o idoso é essencial, permitindo uma intervenção dirigida e potencialmente mais efetiva. Salienta-se que esta avaliação é crucial para a implementação da intervenção proposta, procurando a individualização dos cuidados. Esta permite escolher as técnicas de mudança de comportamento mais adequadas ao problema do idoso. Significa que a personalização está implícita na escolha das técnicas de mudança de comportamento predeterminadas e na definição do conteúdo destas, sendo decisivo para o sucesso da intervenção do enfermeiro.

Os enfermeiros desempenham um papel central na gestão das condições crónicas de saúde, promovendo o autocuidado das pessoas. Portanto, estão numa posição-chave para apoiar as pessoas na alteração dos comportamentos de saúde, incluindo de adesão aos medicamentos. Contudo, o apoio no autocuidado exige que os enfermeiros adaptem o estilo tradicional, focado no aconselhamento e transmissão de informação, para um estilo mais orientado para a mudança de comportamento.

Face ao envelhecimento da população e ao aumento de pessoas com multimorbilidade, torna-se fulcral o desenvolvimento de competências dos enfermeiros no campo da mudança comportamental. Portanto, os modelos de educação e formação instituídos devem acompanhar esta evolução e ser cada vez mais adaptados a este paradigma, procurando

anular as lacunas curriculares sentidas pelos estudantes e enfermeiros (Duprez, Beeckman, Verhaeghe, & Van Hecke, 2017; Westland et al., 2018) .

Portanto, revela-se como particularmente importante o desenvolvimento de produtos educativos que munam os enfermeiros de competências para apoiar a mudança comportamental das pessoas com condições de saúde crônicas, promovendo o autocuidado. Estes devem incluir a compreensão de teorias explicativas do comportamento, como estas podem suportar a prática de cuidados e como implementar as técnicas de mudança comportamental de uma forma estruturada no contexto clínico.

Concluindo, esta investigação contribui para a literatura mais ampla sobre a adesão aos medicamentos, um campo que tem tido particular interesse nas últimas décadas. É amplamente aceite que os medicamentos só serão eficazes se tomados conforme prescrito e encontrar intervenções de adesão contribui para melhores resultados de saúde. Portanto, é de vital importância que a investigação continue a estudar as intervenções de adesão mais eficazes e os componentes que as constituem.

Este trabalho poderá ser considerado como um passo em frente na definição de intervenções de enfermagem potencialmente mais efetivas. Do mesmo modo que, alicerçado na disciplina de enfermagem que guiou o presente projeto e para a qual tinha o propósito contribuir, as considerações obtidas parecem constituir um ponto de partida para o que poderão vir a ser outros desenvolvimentos desta linha de investigação.

Investigação futura

Seguir-se-á a sequência de etapas propostas pelo enquadramento do MRC em investigações futuras.

A próxima etapa deste projeto será explorar a aceitabilidade dos componentes de intervenção propostos com as principais intervenientes: enfermeiros e idosos polimedicados. Serão envolvidos enfermeiros dos cuidados de saúde primários e secundários, uma vez que se constitui como uma intervenção distribuída entre dois contextos de cuidados. A partir do conjunto de BCTs e do conteúdo sugerido será analisada a sua aceitabilidade e, num processo de coprodução, modelada a intervenção considerando também especificidades do contexto da prática de cuidados.

A modelação da intervenção de adesão na transição hospital-casa incluirá a determinação os modos de entrega de cada umas das BCTs, com base na taxonomia proposta por Marques e colaboradores (2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., de Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). *BMC Geriatrics*, *19*(195), 23. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1189-9>
- Abdou, J. K., Auyeung, V., Patel, J. P., & Arya, R. (2016). Adherence to long-term anticoagulation treatment, what is known and what the future might hold. *British Journal of Haematology*, *174*, 30–42. <https://doi.org/10.1111/bjh.14134>
- Abraham, C., Kelly, M. P., West, R., & Michie, S. (2009). The UK national institute for health and clinical excellence public health guidance on behaviour change: A brief introduction. *Psychology, Health and Medicine*, *14*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/13548500802537903>
- Aitken, M., & Gorokhovich, L. (2012). *Advancing the responsible use of medicines: Applying levers for change*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2222541>
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179–211. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074959789190020T>
- Ajzen, I. (2011). The theory of planned behaviour: Reactions and reflections. *Psychology and Health*, *26*(9), 1113–1127. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.613995>
- Albrecht, L., Archibald, M., Arseneau, D., & Scott, S. D. (2013). Development of a checklist to assess the quality of reporting of knowledge translation interventions using the Workgroup for Intervention Development and Evaluation Research (WIDER) recommendations. *Implementation Science*, *8*(52), 1–5. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-52>
- Allemann, S. S., Nieuwlaat, R., Bart, B. J., Hersberger, K. E., & Arnet, I. (2016). Matching adherence interventions to patient determinants using the theoretical domains framework. *Frontiers in Pharmacology*, *7*(NOV), 1–11. <https://doi.org/10.3389/fphar.2016.00429>
- Allemann, S. S., Nieuwlaat, R., Navarro, T., Haynes, B., Hersberger, K. E., & Arnet, I. (2017). Congruence between patient characteristics and interventions may partly explain

medication adherence intervention effectiveness: an analysis of 190 randomized controlled trials from a Cochrane systematic review. *Journal of Clinical Epidemiology*, *91*, 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.07.011>

Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: A systematic review. *BMC Health Services Research*, *14*, 1–18. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-346>

Allen, J., Hutchinson, A. M., Brown, R., & Livingston, P. M. (2017). User Experience and Care Integration in Transitional Care for Older People From Hospital to Home : A Meta-Synthesis. *Qualitative Health Research*, *27*(1), 24–36. <https://doi.org/10.1177/1049732316658267>

Alves-Conceição, V., Rocha, K. S. S., Silva, F. V. N., Silva, R. O. S., Silva, D. T. da, & Lyra-Jr, D. P. de. (2018). Medication Regimen Complexity Measured by MRCI: A Systematic Review to Identify Health Outcomes. *Annals of Pharmacotherapy*, *52*(11), 1117–1134. <https://doi.org/10.1177/1060028018773691>

Alves da Costa, F., Pedro, A. R., Teixeira, I., Bragança, F., da Silva, J. A., & Cabrita, J. (2015). Primary non-adherence in Portugal: findings and implications. *International Journal of Clinical Pharmacy*, *37*(4), 626–635. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0108-1>

Anghel, L. A., Farcas, A. M., & Oprean, R. N. (2019). An overview of the common methods used to measure treatment adherence. *Medicine and Pharmacy Reports*, *92*(2), 117–122. <https://doi.org/10.15386/mpr-1201>

Apóstolo, J., Bobrowicz-Campos, E. M., Carvalho Dos Reis, I. A., Henriques, S. J., & Correia, C. A. V. (2018). Exploring the screening capacity of the European Portuguese version of the 15-item Geriatric Depression Scale. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, *23*(2), 99–107. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.2.2018.21050>

Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., & Sfetcu, R. (2014). Contribution to the adaptation of the Geriatric Depression Scale -15 into portuguese. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV*(3), 65–73. <https://doi.org/10.12707/riv14033>

Appleton, S. C., Abel, G. A., & Payne, R. A. (2014). Cardiovascular polypharmacy is not associated with unplanned hospitalisation: Evidence from a retrospective cohort study. *BMC Family Practice*, *15*(58), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-58>

- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59–66.
- Ayling, K., Brierley, S., Johnson, B., Heller, S., & Eiser, C. (2015). Efficacy of theory-based interventions for young people with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 20(2), 428–446. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12131>
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 1–26.
- Bandura, A. (2018). Toward a Psychology of Human Agency: Pathways and Reflections. *Perspectives on Psychological Science*, 13(2), 130–136. <https://doi.org/10.1177/1745691617699280>
- Barber, N., Parsons, J., Clifford, S., Darracott, R., & Horne, R. (2004). Patients' problems with new medication for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*, 13, 172–175. <https://doi.org/10.1136/qshc.2003.005926>
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., & Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. *The Lancet*, 380, 37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
- Bauer, J. M., Kaiser, M. J., Anthony, P., Guigoz, Y., & Sieber, C. C. (2008). The Mini Nutritional Assessment - Its History, Today's Practice, and Future Perspectives. *Nutrition in Clinical Practice*, 23(4), 388–396.
- Baumgartner, P. C., Haynes, R. B., Hersberger, K. E., & Arnet, I. (2018). A systematic review of medication adherence thresholds dependent of clinical outcomes. *Frontiers in Pharmacology*, 9, 1–10. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01290>
- Berben, L., Dobbels, F., Engberg, S., Hill, M. N., & de Geest, S. (2012). An Ecological Perspective on Medication Adherence. *Western Journal of Nursing Research*, 34(5), 635–653. <https://doi.org/10.1177/0193945911434518>
- Bishop, F. L. (2015). Using mixed methods research designs in health psychology : An

illustrated discussion from a pragmatist perspective. *British Journal of Health Psychology*, 20, 5–20. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12122>

Bleijenberg, N., de Man-van Ginkel, J. M., Trappenburg, J. C. A., Ettema, R. G. A., Sino, C. G., Heim, N., ... Schuurmans, M. J. (2018). Increasing value and reducing waste by optimizing the development of complex interventions: Enriching the development phase of the Medical Research Council (MRC) Framework. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.12.001>

Blum, M. R., Øien, H., Carmichael, H. L., Heidenreich, P., Owens, D. K., & Goldhaber-Fiebert, J. D. (2020). Cost-Effectiveness of Transitional Care Services After Hospitalization With Heart Failure. *Annals of Internal Medicine*, 172(4), 248–257. <https://doi.org/0.7326/M19-1980>

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *Journal of the American Medical Association*, 288(19), 2469–2475. <https://doi.org/10.1001/jama.288.19.2469>

Bogaisky, M., & Dezieck, L. (2015). Early hospital readmission of nursing home residents and community-dwelling elderly adults discharged from the geriatrics service of an Urban teaching hospital: Patterns and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 548–552. <https://doi.org/10.1111/jgs.13317>

Borglin, G. (2015). The value of mixed methods for researching complex interventions. In D. Richards & I. R. Hallberg (Eds.), *Complex interventions in health: an overview of research methods* (pp. 29–45). London: Routledge Taylor & Francis Group. Retrieved from <https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=Gm1KCAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT273&dq=tdf+evaluation+implementation&ots=9FPXJkf-s2&sig=LID9o7VjFPJ9-CFG-pP7tJZ-3eE#v=onepage&q=tdf> evaluation implementation&f=false%0Ahttps://www.routledge.com/Complex-Interventions-in-

Bosworth, H. B., Granger, B. B., Mendys, P., Brindis, R., Burkholder, R., Czajkowski, S. M., ... Granger, C. B. (2011). Medication adherence: A call for action. *American Heart Journal*, 162(3), 412–424. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2011.06.007>

Botvinick, M. M., Niv, Y., & Barto, A. C. (2009). Hierarchically organized behavior and its neural foundations: A reinforcement learning perspective. *Cognition*, 113(3), 262–280. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2008.08.011>

- Bouwstra, H., Smit, E. B., Wattel, E. M., van der Wouden, J. C., Hertogh, C. M. P. M., Terluin, B., & Terwee, C. B. (2019). Measurement Properties of the Barthel Index in Geriatric Rehabilitation. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(4), 420-425.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.033>
- Briggs, A. M., Valentijn, P. P., Thiyagarajan, J. A., & Araujo De Carvalho, I. (2018). Elements of integrated care approaches for older people: A review of reviews. *BMJ Open*, 8, 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021194>
- Brown, L. M., & Schinka, J. A. (2005). Development of initial validation of a 15-item informant version of the Geriatric Depression Scale. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 911–918. <https://doi.org/10.1002/gps.1375>
- Brown, M. T., & Bussell, J. K. (2011). Medication adherence: WHO cares? *Mayo Clinic Proceedings*, 86(4), 304–314. <https://doi.org/10.4065/mcp.2010.0575>
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4th editio). New York: Oxford University Press.
- Buono, E. W., Vrijens, B., Bosworth, H. B., Liu, L. Z., Zullig, L. L., & Granger, B. B. (2017). Coming full circle in the measurement of medication adherence: opportunities and implications for health care. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1009–1017. <https://doi.org/10.2147/PPA.S127131>
- Cahill, K., Lancaster, T., & Green, N. (2010). Stage-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD004492). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004492.pub4>
- Caleres, G., Bondesson, Å., Midlöv, P., & Modig, S. (2018). Elderly at risk in care transitions When discharge summaries are poorly transferred and used - a descriptive study. *BMC Health Services Research*, 18(770), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3581-0>
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for desing and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*, 321, 694–696.
- Campbell, N. C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., ... Kinmonth, A. L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *British Medical Journal*, 334, 455–459.
- Cane, J., Richardson, M., Johnston, M., Ladha, R., & Michie, S. (2015). From lists of

behaviour change techniques (BCTs) to structured hierarchies: Comparison of two methods of developing a hierarchy of BCTs. *British Journal of Health Psychology*, 20(1), 130–150. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12102>

Capiau, A., Foubert, K., Van der Linden, L., Walgraeve, K., Hias, J., Spinewine, A., ... Somers, A. (2020). Medication Counselling in Older Patients Prior to Hospital Discharge: A Systematic Review. *Drugs and Aging*, 37(9), 635–655. <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00780-z>

Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661–669. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.521906>

Cereda, E. (2012). Mini nutritional assessment. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*, 15(1), 29–41. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e32834d7647>

Cereda, E., Pedrolli, C., Klersy, C., Bonardi, C., Quarleri, L., Cappello, S., ... Caccialanza, R. (2016). Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA®. *Clinical Nutrition*, 35(6), 1282–1290. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.03.008>

Chalmers, I., Bracken, M. B., Djulbegovic, B., Garattini, S., Grant, J., Gülmezoglu, A. M., ... Oliver, S. (2014). How to increase value and reduce waste when research priorities are set. *The Lancet*, 383, 156–165. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62229-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62229-1)

Chalmers, I., & Glasziou, P. (2009). Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*, 374, 86–89. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60329-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60329-9)

Chan, F. W. K., Wong, F. Y. Y., So, W. Y., Kung, K., & Wong, C. K. M. (2013). How much do elders with chronic conditions know about their medications? *BMC Geriatrics*, 13, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-59>

Chang, A. K., Fritschi, C., & Kim, M. J. (2012). Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome. *Contemporary Nurse*, 42(1), 118–128. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.42.1.118>

Chang, W. T., Kowalski, S. R., Sorich, W., & Alderman, C. P. (2017). Medication regimen complexity and prevalence of potentially inappropriate medicines in older patients after hospitalisation. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(4), 867–873. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0490-y>

- Cheen, M. H. H., Tan, Y. Z., Oh, L. F., Wee, H. L., & Thumboo, J. (2019). Prevalence of and factors associated with primary medication non-adherence in chronic disease: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 73, 1–18. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13350>
- Chick, N., & Meleis, A. Ibrahim. (1986). Transitions: a nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology* (pp. 237–257). Boulder, CO: Aspen Publication.
- Choi, Y. J., & Smaldone, A. M. (2018). Factors Associated With Medication Engagement Among Older Adults With Diabetes: Systematic Review and Meta-Analysis. *Diabetes Educator*, 44(1), 15–30. <https://doi.org/10.1177/0145721717747880>
- Cicolini, G., Simonetti, V., Comparcini, D., Celiberti, I., Di Nicola, M., Capasso, L. M., ... Manzoli, L. (2014). Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 51(6), 833–843. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.010>
- CIOMS. (2016). *International Ethical Guidelines for Health-related research involving humans* (Fourth edi). Geneva. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6VC6-45F5X02-9C/2/e44bc37a6e392634b1cf436105978f01>
- Cobretti, M. R., Page, R. L., Linnebur, S. A., Deininger, K. M., Ambardekar, A. V., Lindenfeld, J. A., & Aquilante, C. L. (2017). Medication regimen complexity in ambulatory older adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 679–686. <https://doi.org/10.2147/CIA.S130832>
- Coelho, A., Vilares, C., Silva, M., Rodrigues, C., Costa, M., Gordicho, S., & Caetano, P. (2017). Investigação sobre adesão à terapêutica na população portuguesa: uma revisão de âmbito. *Rev Port Med Geral Fam*, 33, 262–276.
- Coffey, A., Mulcahy, H., Savage, E., Fitzgerald, S., Bradley, C., Benefield, L., & Leahy-Warren, P. (2017). Transitional care interventions: Relevance for nursing in the community. *Public Health Nursing*, 34, 454–460. <https://doi.org/10.1111/phn.12324>
- Colavecchia, A. C., Putney, D. R., Johnson, M. L., & Aparasu, R. R. (2017). Discharge medication complexity and 30-day heart failure readmissions. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(4), 857–863. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.10.002>

- Coleman, E. A., & Berenson, R. A. (2004). Lost in transition: Challenges and opportunities for improving the quality of transitional care. *Annals of Internal Medicine*, *141*(7), 533–536. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-141-7-200410050-00009>
- Coleman, E. A., & Boulton, C. (2003). Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*, 556–557. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52230_15.x
- Coleman, E. A., Min, S. J., Chomiak, A., & Kramer, A. M. (2004). Posthospital care transitions: Patterns, complications, and risk identification. *Health Services Research*, *39*(5), 1449–1465. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2004.00298.x>
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S., & Min, S. (2006). The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*, *166*, 1822–1828. <https://doi.org/10.1002/9781118785775.ch13>
- Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Eilertsen, T. B., Thiare, J. N., & Kramer, A. M. (2002). Development and testing of a measure designed to assess the quality of care transitions. *International Journal of Integrated Care*, *2*(2), 1–9. <https://doi.org/http://doi.org/10.5334/ijic.60>
- Coleman, E. A., Smith, J. D., Frank, J. C., Min, S. J., Parry, C., & Kramer, A. M. (2004). Preparing patients and caregivers to participate in care delivered across settings: The care transitions intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*, 1817–1825. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52504.x>
- Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. (1988). The barthel ADL index: A reliability study. *Disability and Rehabilitation*, *10*(2), 61–63. <https://doi.org/10.3109/09638288809164103>
- Conn, V. S., Enriquez, M., Ruppert, T. M., & Chan, K. C. (2016). Meta-analyses of theory use in medication adherence intervention research. *American Journal of Health Behavior*, *40*(2), 155–171. <https://doi.org/10.5993/AJHB.40.2.1>
- Conn, V. S., Hafdahl, A. R., Cooper, P. S., Ruppert, T. M., Mehr, D. R., & Russell, C. L. (2009). Interventions to improve medication adherence among older adults: Meta-analysis of adherence outcomes among randomized controlled trials. *Gerontologist*, *49*(4), 447–462. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp037>
- Conn, V. S., & Ruppert, T. M. (2017). Medication adherence outcomes of 771 intervention

trials: Systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, 99, 269–276. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.03.008>

Conn, V. S., Ruppap, T. M., Enriquez, M., & Cooper, P. (2016). Medication Adherence Interventions That Target Subjects with Adherence Problems: Systematic Review and Meta-analysis. *Res Social Adm Pharm*, 12(2), 218–246. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.06.001>

Cornish, F., & Gillespie, A. (2009). A pragmatist approach to the problem of knowledge in health psychology. *Journal of Health Psychology*, 14(6), 800–809. <https://doi.org/10.1177/1359105309338974>

Costa, E., Giardini, A., Savin, M., Menditto, E., Lehane, E., Laosa, O., ... Marengoni, A. (2015). Interventional tools to improve medication adherence: Review of literature. *Patient Preference and Adherence*, 9, 1303–1314. <https://doi.org/10.2147/PPA.S87551>

Craftman, Å. G., Johnell, K., Fastbom, J., Westerbotn, M., & von Strauss, E. (2016). Time trends in 20 years of medication use in older adults: Findings from three elderly cohorts in Stockholm, Sweden. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63, 28–35. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.11.010>

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). *Developing and evaluating complex interventions*. London: MRC.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2013). Developing and evaluating complex interventions: The new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 587–592. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.009>.

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., Petticrew, M., ... Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions : new guidance. *BMJ*, 337(a1655), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

Crawshaw, J., Auyeung, V., Norton, S., & Weinman, J. (2016). Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 90, 10–32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.003>

Crayton, E., Wright, A. J., & Ashworth, M. (2018). Improving medication adherence in stroke survivors: The intervention development process. *BMC Health Services Research*,

18(772), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3572-1>

Creswell, J. W. (2014). *Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. USA: Sage Publications Inc.

Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2 nd ed.). Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Cross, A., Elliott, R., Petrie, K., Kuruvilla, L., & George, J. (2020). Adherence in older adults prescribed multiple medications (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012419.pub2>. www.cochranelibrary.com

Cutler, R. L., Fernandez-Llimos, F., Frommer, M., Benrimoj, C., & Garcia-Cardenas, V. (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: A systematic review. *BMJ Open*, 8(e016982), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016982>

Daliri, S., Bekker, C. L., Buurman, B. M., Scholte Op Reimer, W. J. M., Van Den Bemt, B. J. F., & Karapinar-Çarkit, F. (2019). Barriers and facilitators with medication use during the transition from hospital to home: A qualitative study among patients. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4028-y>

Daliri, S., Boujarfi, S., Mokaddam, A., Scholte, W. J. M., Riet, G., Haan, C. Den, ... Karapinar-çarkit, F. (2020). Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf*, 0, 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-010927>

Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behaviour and behaviour change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review*, 9(3), 323–344. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1080/17437199.2014.941722>

De las Cuevas, C. (2011). Towards a Clarification of Terminology in Medicine Taking Behavior: Compliance, Adherence and Concordance are Related Although Different Terms with Different Uses. *Current Clinical Pharmacology*, 6(2), 74–77. <https://doi.org/10.2174/157488411796151110>

DeFulio, A., & Silverman, K. (2012). The use of incentives to reinforce medication adherence. *Prev Med*, 55, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.04.017>

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81–100. Retrieved

from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v2n2/v2n2a06.pdf>

Demonceau, J., Ruppard, T., Kristanto, P., Hughes, D., Fargher, E., Kardas, P., ... Vrijens, B. (2013). Identification and Assessment of Adherence-Enhancing Interventions in Studies Assessing Medication Adherence Through Electronically Compiled Drug Dosing Histories: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Drugs*, 73, 545–562. <https://doi.org/10.1007/s40265-013-0041-3>

Denhaerynck, K., Berben, L., Dobbels, F., Russell, C. L., Crespo-Leiro, M. G., Poncelet, A. J., ... Maddicks-Law, J. (2018). Multilevel factors are associated with immunosuppressant nonadherence in heart transplant recipients: The international BRIGHT study. *American Journal of Transplantation*, 18(6), 1447–1460. <https://doi.org/10.1111/ajt.14611>

des Bordes, J., Prasad, S., Pratt, G., Suarez-Almazor, M. E., & Lopez-Olivo, M. A. (2020). Knowledge, beliefs, and concerns about bone health from a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *PLoS ONE*, 15(1), 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227765>

DiMatteo, M. R., Haskard-Zolnierok, K. B., & Martin, L. R. (2012). Improving patient adherence: A three-factor model to guide practice. *Health Psychology Review*, 6(1), 74–91. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.537592>

Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa. <https://doi.org/972-675-155-1>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020*.

Direção-Geral de Saúde. (2012). Prescrição e determinação da hemoglobina glicada A1c.

Direção-Geral de Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025*. Retrieved from <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Processos Assistenciais Integrados*. Retrieved from www.dgs.pt

Doggrell, S. A. (2010). Adherence to medicines in the older-aged with chronic conditions: Does intervention by an allied health professional help? *Drugs and Aging*, 27(3), 239–254. <https://doi.org/10.2165/11532870-000000000-00000>

Dossa, A. R., Moisan, J., Guénette, L., Lauzier, S., & Grégoire, J.-P. (2017). Association

between interpersonal continuity of care and medication adherence in type 2 diabetes: an observational cohort study. *CMAJ Open*, 5(2), E359–E364. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20160063>

Douglas, S. P., & Craig, C. S. (2007). Collaborative and iterative translation: An alternative approach to back translation. *Journal of International Marketing*, 15(1), 30–43. <https://doi.org/10.1509/jimk.15.1.030>

Duerden, M., Avery, T., & Payne, R. (2013). *Polypharmacy and medicines optimisation: making it safe and sound*. London. Retrieved from https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf.

Duprez, V., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2017). Self-management support by final year nursing students: A correlational study of performance and person-related associated factors. *International Journal of Nursing Studies*, 74(June), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.06.010>

Eibergen, L., Janssen, M. J. A., Blom, L., & Karapinar-Çarkit, F. (2018). Informational needs and recall of in-hospital medication changes of recently discharged patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(2), 146–152. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.01.006>

Eide, P., & Kahn, D. (2008). Ethical issues in the qualitative researcher - participant relationship. *Nursing Ethics*, 15(2), 199–207.

Eisenberg, I. W., Bissett, P. G., Canning, J. R., Dallery, J., Enkavi, A. Z., Whitfield-Gabrieli, S., ... Poldrack, R. A. (2018). Applying novel technologies and methods to inform the ontology of self-regulation. *Behaviour Research and Therapy*, 101, 46–57. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.09.014>

El-Saifi, N., Moyle, W., Jones, C., & Tuffaha, H. (2018). Medication Adherence in Older Patients With Dementia: A Systematic Literature Review. *Journal of Pharmacy Practice*, 31(3), 1–13. <https://doi.org/10.1177/0897190017710524>

El Morabet, N., Uitvlugt, E. B., van den Bemt, B. J. F., van den Bemt, P. M. L. A., Janssen, M. J. A., & Karapinar-Çarkit, F. (2018). Prevalence and Preventability of Drug-Related Hospital Readmissions: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 66(3), 602–608. <https://doi.org/10.1111/jgs.15244>

- Elissen, A., Nolte, E., Knai, C., Brunn, M., Chevreur, K., Conklin, A., ... Vrijhoef, H. (2013). Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*, *13*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-117>
- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, *4*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1177/2158244014522633>
- Enderlin, C. A., McLeskey, N., Rooker, J. L., Steinhäuser, C., D’Avolio, D., Gusewelle, R., & Ennen, K. A. (2013). Review of current conceptual models and frameworks to guide transitions of care in older adults. *Geriatric Nursing*, *34*, 47–52. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.08.003>
- Ensing, H. T., Koster, E. S., Dubero, D. J., van Dooren, A. A., & Bouvy, M. L. (2018). Collaboration between hospital and community pharmacists to address drug-related problems: The HomeCoMe-program. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *15*(3), 267–278. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.05.001>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2014). *Estudo sobre as Unidades de Saúde Familiar e as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. Retrieved from https://www.ers.pt/uploads/document/file/5657/Plano_actividades_2015_ERS.pdf
- European Commission. (2013). *Ethics for researchers*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2777/7491>
- European Union. (2012). *Charter of Fundamental Rights of the European Union*. Retrieved from https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv%3AOJ.C_.2010.083.01.0389.01.ENG
- Eurostat. (2019a). Population (Demography, migration and projections). Retrieved October 17, 2019, from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/population-demography-migration-projections/data/main-tables>
- Eurostat. (2019b). *Population structure and ageing*. Retrieved from https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing
- Facchinetti, G., D’Angelo, D., Piredda, M., Petitti, T., Matarese, M., Oliveti, A., & De Marinis, M. G. (2020). Continuity of care interventions for preventing hospital readmission

of older people with chronic diseases: A meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *101*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103396>

Fallis, B. A., Dhalla, I. A., Klemensberg, J., & Bell, C. M. (2013). Primary Medication Non-Adherence after Discharge from a General Internal Medicine Service. *PLoS ONE*, *8*(5), 3–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061735>

Farmer, A., Hardeman, W., Hughes, D., Prevost, A. T., Kim, Y., Craven, A., ... Kinmonth, A.-L. (2012). An explanatory randomised controlled trial of a nurse-led, consultation-based intervention to support patients with adherence to taking glucose lowering medication for type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, *13*(1), 30–38. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-30>

Farmer, C., Fenu, E., O’Flynn, N., & Guthrie, B. (2016). Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ (Online)*, *354*, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4843>

Félix, I. B., Guerreiro, M. P., Cavaco, A., Cláudio, A. P., Mendes, A., Balsa, J., ... Henriques, A. (2019). Development of a Complex Intervention to Improve Adherence to Antidiabetic Medication in Older People Using an Anthropomorphic Virtual Assistant Software. *Frontiers in Pharmacology*, *10*, 1–13. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00680>

Feltner, C., Jones, C. D., Cené, C. W., Zheng, Z. J., Sueta, C. A., Coker-Schwimmer, E. J. L., ... Jonas, D. E. (2014). Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, *160*(11), 774–784. <https://doi.org/10.7326/M14-0083>

Fernandez-Lazaro, C. I., García-González, J. M., Adams, D. P., Fernandez-Lazaro, D., Mielgo-Ayuso, J., Caballero-Garcia, A., ... Miron-Canelo, J. A. (2019). Adherence to treatment and related factors among patients with chronic conditions in primary care: A cross-sectional study. *BMC Family Practice*, *20*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1019-3>

Field, A. (2013). *Discovering Statistics using SPSS* (4th Editio). London: Sage Publications, Ltd.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189–198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

- Foot, H., La Caze, A., Gujral, G., & Cottrell, N. (2016). The necessity-concerns framework predicts adherence to medication in multiple illness conditions: A meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, *99*, 706–717. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.004>
- Forbes, C. A., Deshpande, S., Sorio-Vilela, F., Kutikova, L., Duffy, S., Gouni-Berthold, I., & Hagström, E. (2018). A systematic literature review comparing methods for the measurement of patient persistence and adherence. *Current Medical Research and Opinion*, *34*(9), 1613–1625. <https://doi.org/10.1080/03007995.2018.1477747>
- Forster, A. J., Murff, H. J., Peterson, J. F., Gandhi, T. K., & Bates, D. W. (2003). The incidence and severity of adverse events affecting patients after discharge from the hospital. *Annals of Internal Medicine*, *138*(3), 161–167. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-138-3-200302040-00007>
- Foulon, V., Wuyts, J., Desplenter, F., Spinewine, A., Lacour, V., Paulus, D., & De Lepeleire, J. (2018). Problems in continuity of medication management upon transition between primary and secondary care: patients' and professionals' experiences. *Acta Clinica Belgica*, *74*(4), 263–271. <https://doi.org/10.1080/17843286.2018.1483561>
- Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, *25*(10), 1229–1245. <https://doi.org/10.1080/08870440903194015>
- Friis, K., Lasgaard, M., Osborne, R. H., & Maindal, H. T. (2016). Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: A population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. *BMJ Open*, *6*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009627>
- Fulton, E., Brown, K., Kwah, K., & Wild, S. (2016). StopApp: Using the Behaviour Change Wheel to Develop an App to Increase Uptake and Attendance at NHS Stop Smoking Services. *Healthcare*, *4*(31), 2–15. <https://doi.org/10.3390/healthcare4020031>
- Fusch, P. I., & Ness, L. R. (2015). Are we there yet? Data saturation in qualitative research. *Qualitative Report*, *20*(9), 1408–1416.
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S., & Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, *13*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13->

Gallacher, K. I., Batty, G. D., McLean, G., Mercer, S. W., Guthrie, B., May, C. R., ... Mair, F. S. (2014). Stroke, multimorbidity and polypharmacy in a nationally representative sample of 1,424,378 patients in Scotland: Implications for treatment burden. *BMC Medicine*, *12*(151), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12916-014-0151-0>

Garcia-Caballos, M., Ramos-Diaz, F., Jimenez-Moleon, J. J., & Bueno-Cavanillas, A. (2010). Drug-related problems in older people after hospital discharge and interventions to reduce them. *Age and Ageing*, *39*(4), 430–438. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq045>

Gardner, R., Li, Q., Baier, R. R., Butterfield, K., Coleman, E. A., & Gravenstein, S. (2014). Is implementation of the care transitions intervention associated with cost avoidance after hospital discharge? *Journal of General Internal Medicine*, *29*(6), 878–884. <https://doi.org/10.1007/s11606-014-2814-0>

Garza, K. B., Owensby, J. K., Braxton Lloyd, K., Wood, E. A., & Hansen, R. A. (2015). Pilot study to test the effectiveness of different financial incentives to improve medication adherence. *Annals of Pharmacotherapy*, *50*(1), 32–38. <https://doi.org/10.1177/1060028015609354>

Gast, A., & Mathes, T. (2019). Medication adherence influencing factors - An (updated) overview of systematic reviews. *Systematic Reviews*, *8*(112), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8>

Gellad, W. F., Grenard, J. L., & Marcum, Z. A. (2011). A systematic review of barriers to medication adherence in the elderly: looking beyond cost and regimen complexity. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, *9*(1), 11–23. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=104571060&site=ehost-live>

Gellad, W. F., Thorpe, C. T., Steiner, J. F., & Voils, C. I. (2017). The myths of medication adherence. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *26*(12), 1437–1441. <https://doi.org/10.1002/pds.4334>

George, J., Phun, Y. T., Bailey, M. J., Kong, D. C. M., & Stewart, K. (2004). Development validation of the medication regimen complexity index. *Annals of Pharmacotherapy*, *38*(9), 1369–1376. <https://doi.org/10.1345/aph.1D479>

Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2015). *Health Behaviour: Theory*,

Research and Practice (Fifth Edit). San Francisco: Jossey-Bass public health.
<https://doi.org/10.1192/bjp.111.479.1009-a>

Glasgow, R. E., Davis, C. L., Funnell, M. M., & Beck, A. (2003). Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 29(11), 563–574. [https://doi.org/10.1016/S1549-3741\(03\)29067-5](https://doi.org/10.1016/S1549-3741(03)29067-5)

Glasziou, P., Altman, D. G., Bossuyt, P., Boutron, I., Clarke, M., Julious, S., ... Wager, E. (2014). Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. *The Lancet*, 383(9913), 267–276. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62228-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62228-X)

Gold, D. A. (2012). An examination of instrumental activities of daily living assessment in older adults and mild cognitive impairment. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 34(1), 11–34. <https://doi.org/10.1080/13803395.2011.614598>

Gomes, D., Placido, A. I., M6, R., Sim6es, J. L., Amaral, O., Fernandes, I., ... Roque, F. (2020). Daily medication management and adherence in the polymedicated elderly: A cross-sectional study in Portugal. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1). <https://doi.org/10.3390/ijerph17010200>

Gonzalez, J. S., & Schneider, H. E. (2011). Methodological issues in the assessment of diabetes treatment adherence. *Current Diabetes Reports*, 11(6), 472–479. <https://doi.org/10.1007/s11892-011-0229-4>

Graf, C. (2008). The lawton instrumental activities of daily living scale. *American Journal of Nursing*, 108(4), 52–62. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000314810.46029.74>

Green, J., & Thorogood, N. (2014). *Qualitative Methods for Health Research* (3rd editio). London: SAGE Publications.

Griffiths, P., & Norman, I. (2013). Qualitative or quantitative? Developing and evaluating complex interventions: Time to end the paradigm war. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 583–584. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.008>

Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leit6o, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adapta76o a popula76o portuguesa da tradu76o do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9–10.

Guigoz, Y. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature - What does it tell us? *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 10(6), 466–485.

- Guthrie, B., Payne, K., Alderson, P., McMurdo, M. E. T., & Mercer, S. W. (2012). Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ*, *345*, 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.e6341>
- Guthrie, B., Thompson, A., Dumbreck, S., Flynn, A., Alderson, P., Nairn, M., ... Payne, K. (2017). Better guidelines for better care: accounting for multimorbidity in clinical guidelines – structured examination of exemplar guidelines and health economic modelling. *Health Services and Delivery Research*, *5*(16), 1–150. <https://doi.org/10.3310/hsdr05160>
- Guynn, M. J., Mcdaniel, M. A., & Einstein, G. O. (1998). Prospective memory: When reminders fail. *Memory and Cognition*, *26*(2), 287–298. <https://doi.org/10.3758/BF03201140>
- Hacihasanoglu, R., & Gözüm, S. (2011). The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *Journal Of Clinical Nursing*, *20*(5–6), 692–705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x>
- Harris, C. M., Sridharan, A., Landis, R., Howell, E., & Wright, S. (2013). What Happens to the Medication Regimens of Older Adults During and After an Acute Hospitalization? *Journal of Patient Safety*, *9*(3), 150–153. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e318286f87d>
- Haynes, R. B., Jeffery, R. A., Keepanasseril, A., Wilczynski, N. L., Navarro-Ruan, T., Mustafa, R. A., ... Patient Adherence Review (PAR) Team. (2015). Methods for trials of interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions, based on a systematic review of recent randomized trials. *Clinical Research and Trials*, *1*(1), 20–25. <https://doi.org/10.15761/crt.1000106>
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., Sackett, D. L., Gibson, E. S., Bernholz, C. D., & Mukherjee, J. (1980). Can simple clinical measurements detect patient noncompliance? *Hypertension*, *2*, 757–764. <https://doi.org/10.1161/01.hyp.2.6.757>
- Heneghan, M. B., Hussain, T., Barrera, L., Cai, S. W., Haugen, M., Duff, A., ... Badawy, S. M. (2020). Applying the COM-B model to patient-reported barriers to medication adherence in pediatric acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Blood and Cancer*, (e28216), 1–9. <https://doi.org/10.1002/pbc.28216>
- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*, *27*(4), 591–

608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>

Henriques, M. A., Costa, M. A., & Cabrita, J. (2012). Adherence and medication management by the elderly. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(21–22), 3096–3105. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04144.x>

Hesselink, G., Flink, M., Olsson, M., Barach, P., Dudzik-Urbaniak, E., Orrego, C., ... Wollersheim, H. (2012). Are patients discharged with care? A qualitative study of perceptions and experiences of patients, family members and care providers. *BMJ Quality and Safety*, *21*(SUPPL. 1), 39–49. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001165>

Hestevik, C. H., Molin, M., Debesay, J., Bergland, A., & Bye, A. (2019). Older persons' experiences of adapting to daily life at home after hospital discharge: a qualitative metasummary. *BMC Health Services Research*, *19*(224), 1–13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-019-4035-z>

Hirschman, K. B., Shaid, E., McCauley, K., Pauly, M. V., & Naylor, M. D. (2015). Continuity of care: The transitional care mode. *Online Journal of Issues in Nursing*, *20*(3). <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol20No03Man01>

Hoffmann, T. C., Glasziou, P. P., Boutron, I., Milne, R., Perera, R., Moher, D., ... Michie, S. (2014). Better reporting of interventions: Template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ (Online)*, *348*, 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1687>

Holmes, E. A. F., Hughes, D. A., & Morrison, V. L. (2014). Predicting adherence to medications using health psychology theories: A systematic review of 20 years of empirical research. *Value in Health*, *17*, 863–876. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.2671>

Horne, Rob, Chapman, S. C. E., Parham, R., Freemantle, N., Forbes, A., & Cooper, V. (2013). Understanding patients' adherence-related Beliefs about Medicines prescribed for long-term conditions: A meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework. *PLoS ONE*, *8*(12), 1–24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080633>

Horne, Rob, Weinman, J., Barber, N., Elliott, R., & Morgan, M. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D (NCCSDO). Retrieved from http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf

Horne, Robert, & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their

role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555–567.

Horne, Robert, Weinman, J., & Hankins, M. (1999). The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/08870449908407311>

Hoskins, K., Ulrich, C. M., Shinnick, J., & Buttenheim, A. M. (2019). Acceptability of financial incentives for health-related behavior change: An updated systematic review. *Preventive Medicine*, 126(February), 105762. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105762>

Houghton, C., Casey, D., Shaw, D., & Murphy, K. (2010). Ethical challenges in qualitative research: examples from practice. *Nurse Researcher*, 18(1), 15–25. <https://doi.org/10.7748/nr2010.10.18.1.15.c8044>

Hughes, C. M., Cadogan, C. A., Patton, D., & Ryan, C. A. (2016). Pharmaceutical strategies towards optimising polypharmacy in older people. *International Journal of Pharmaceutics*, 512, 360–365. <https://doi.org/10.1016/j.ijpharm.2016.02.035>

Huurne, K. K. Ter, Movig, K., Van Der Valk, P., Van Der Palen, J., & Brusse-Keizer, M. (2015). Differences in adherence to common inhaled medications in COPD. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 12(6), 643–648. <https://doi.org/10.3109/15412555.2014.995292>

IBM Corp. (2017). IBM SPSS Statistics for Mac, Version 25. Armonk, NY: IBM Corp.

Im, E.-O. (2011). Transitions theory: A trajectory of theoretical development in nursing. *Nursing Outlook*, 59(5), 278–285. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2011.03.008>

Im, E.-O. (2014). Afaf Ibrahim Meleis: Transitions Theory. In M. R. Alligood (Ed.), *Nursing theorists and their work* (Eighth ed., pp. 378–398). Missouri: Elsevier Mosby.

INE. (2019). *Anuário Estatístico de Portugal 2018*. (I. Instituto Nacional de Estatística, Ed.). Lisboa.

Infopédia. (2020). Dicionários Porto Editora. Retrieved from <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comportamento>

Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*.

International Council of Nurses. (2002). Nursing Definitions. Retrieved October 1, 2019,

from <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>

Iuga, A. O., & McGuire, M. J. (2014). Adherence and health care costs. *Risk Management and Healthcare Policy*, 7, 35–44. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S19801>

Jaarsma, T., Westland, H., Vellone, E., Freedland, K. E., Schröder, C., Trappenburg, J. C. A., ... Riegel, B. (2020). Status of theory use in self-care research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 1–13. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249480>

Jackson, C., Eliasson, L., Barber, N., & Weinman, J. (2014). Applying COM-B to medication adherence: A suggested framework for research and interventions. *European Health Psychology Society*, 16(1), 7–17. Retrieved from http://www.ehps.net/ehp/issues/2014/v16iss1February2014/16_1_EHP_February2014
Jackson et al.pdf

Jencks, S., Williams, M., & Coleman, E. (2009). Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for-service program. *New England Journal of Medicine*, 360(14), 1418–1428. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0803563>

Jones, C. J., Smith, H., & Llewellyn, C. (2014). Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: a systematic review. *Health Psychology Review*, 8(3), 253–269. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.802623>

Jongenelis, K., Pot, A. M., Eisses, A. M. H., Gerritsen, D. L., Derksen, M., Beekman, A. T. F., ... Ribbe, M. W. (2005). Diagnostic accuracy of the original 30-item and shortened versions of the Geriatric Depression Scale in nursing home patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(11), 1067–1074. <https://doi.org/10.1002/gps.1398>

Kallio, H., Pietilä, A. M., Johnson, M., & Kangasniemi, M. (2016). Systematic methodological review: developing a framework for a qualitative semi-structured interview guide. *Journal of Advanced Nursing*, 72(12), 2954–2965. <https://doi.org/10.1111/jan.13031>

Kantor, E. D., Rehm, C. D., Haas, J. S., Chan, A. T., & Giovannucci, E. L. (2015). Trends in Prescription Drug Use among Adults in the United States from 1999–2012. *JAMA*, 314(17), 1818–1831. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.13766>

Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, 4(91), 1–16. <https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091>

- Karve, S., Cleves, M. A., Helm, M., Hudson, T. J., West, D. S., & Martin, B. C. (2009). Good and poor adherence: optimal cut-point for adherence measures using administrative claims data. *Current Medical Research and Opinion*, 25(9), 2303–2310. <https://doi.org/10.1185/03007990903126833>
- Kattel, S., Manning, D. M., Erwin, P. J., Wood, H., Kashiwagi, D. T., & Murad, M. H. (2020). Information Transfer at Hospital Discharge: A Systematic Review. *Journal of Patient Safety*, 16(1), e25–e33. <https://doi.org/doi:10.1097/PTS.0000000000000248>
- Kelly, M. P., & Barker, M. (2016). Why is changing health-related behaviour so difficult? *Public Health*, 136, 109–116. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.03.030>
- Kesmodel, U. S. (2018). Cross-sectional studies – what are they good for? *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 97(4), 388–393. <https://doi.org/10.1111/aogs.13331>
- Khera, R., Jain, S., Pandey, A., Agusala, V., Kumbhani, D. J., Das, S. R., ... Girotra, S. (2017). Comparison of Readmission Rates After Acute Myocardial Infarction in 3 Patient Age Groups (18 to 44, 45 to 64, and ≥ 65 Years) in the United States. *American Journal of Cardiology*, 120(10), 1761–1767. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2017.07.081>
- Khezrian, M., McNeil, C. J., Murray, A. D., & Myint, P. K. (2020). An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Therapeutic Advances in Drug Safety Review*, 11, 1–10. <https://doi.org/10.1177/2042098620933741>
- Kim, J., & Parish, A. L. (2017). Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. *Nursing Clinics N Am*, 52, 457–468. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.007>
- Kim, S., Bennett, K., Wallace, E., Fahey, T., & Cahir, C. (2018). Measuring medication adherence in older community-dwelling patients with multimorbidity. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 74, 357–364. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2388-y>
- Kitsiou, S., Paré, G., & Jaana, M. (2015). *Effects of home telemonitoring interventions on patients with chronic heart failure: An overview of systematic reviews*. *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 17). <https://doi.org/10.2196/jmir.4174>
- Knight, D. A., Thompson, D., Mathie, E., & Dickinson, A. (2011). “Seamless care? Just a list would have helped!” Older people and their carer’s experiences of support with medication on discharge home from hospital. *Health Expectations*, 16, 277–291. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2011.00714.x>
- Koyfman, I., & Finnell, D. (2019). A call for interfacing measures of instrumental activities

of daily living across the transition of care. *Home Healthcare Now*, 37(1), 44–49. <https://doi.org/0.1097/NHH.0000000000000715>

Krass, I., Schieback, P., & Dhippayom, T. (2015). Adherence to diabetes medication: A systematic review. *Diabetic Medicine*, 32, 725–737. <https://doi.org/10.1111/dme.12651>

Krause, O., Glaubitz, S., Hager, K., Schleef, T., Wiese, B., & Junius-Walker, U. (2019). Post-discharge adjustment of medication in geriatric patients: A prospective cohort study. *Z Gerontol Geriat*, (May), 1–8. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00391-019-01601-8>

Kripalani, S., LeFevre, F., Phillips, C. O., Williams, M. V., Basaviah, P., & Baker, D. W. (2007). Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: Implications for patient safety and continuity of care. *Journal of the American Medical Association*, 297(8), 831–841. <https://doi.org/10.1001/jama.297.8.831>

Kripalani, S., Yao, X., & Haynes, R. B. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 167, 540–550. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.6.540>

Krousel-Wood, M., Joyce, C., Holt, E., Muntner, P., Webber, L. S., Morisky, D. E., ... Re, R. N. (2011). Predictors of decline in medication adherence: Results from the cohort study of medication adherence among older adults. *Hypertension*, 58(5), 804–810. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.176859>

Krueger, K., Botermann, L., Schorr, S. G., Griese-Mammen, N., Laufs, U., & Schulz, M. (2015). Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: A systematic literature review. *International Journal of Cardiology*, 184, 728–735. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.03.042>

Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2015/217047>

Larkin, M. E., Beardslee, B., Cagliero, E., Griffith, C. A., Milaszewski, K., Mugford, M. T., ... Witte, E. R. (2017). Ethical challenges experienced by clinical research nurses: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 26(1), 172–184. <https://doi.org/10.1177/0969733017693441>

Lauffenburger, J. C., Isaac, T., Bhattacharya, R., Sequist, T. D., Gopalakrishnan, C., & Choudhry, N. K. (2020). Prevalence and Impact of Having Multiple Barriers to Medication

- Adherence in Nonadherent Patients With Poorly Controlled Cardiometabolic Disease. *American Journal of Cardiology*, 125(3), 376–382. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2019.10.043>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 9(3), 179–186.
- Lawton, M. P., Moss, M., Fulcomer, M., & Kleban, M. H. (1982). A research and service oriented multilevel assessment instrument. *Journals of Gerontology*, 37(1), 91–99. <https://doi.org/10.1093/geronj/37.1.91>
- Le Berre, M., Maimon, G., Sourial, N., Guériton, M., & Vedel, I. (2017). Impact of Transitional Care Services for Chronically Ill Older Patients: A Systematic Evidence Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(7), 1597–1608. <https://doi.org/10.1111/jgs.14828>
- Lee, V. W., Pang, K. K., Hui, K. C., Kwok, J. C., Leung, S. L., Yu, D. S. F., & Lee, D. T. F. (2013). Medication adherence: Is it a hidden drug-related problem in hidden elderly? *Geriatrics and Gerontology International*, 13(4), 978–985. <https://doi.org/10.1111/ggi.12042>
- Lee, Y. M., Yu, H. Y., You, M. A., & Son, Y. J. (2017). Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian*, 24(1), 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.08.003>
- Lehane, E., & McCarthy, G. (2007). Intentional and unintentional medication non-adherence: A comprehensive framework for clinical research and practice? A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 44(8), 1468–1477. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.010>
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Li, Y. T., Wang, H. H. X., Liu, K. Q. L., Lee, G. K. Y., Chan, W. M., Griffiths, S. M., & Chen, R. L. (2016). Medication Adherence and Blood Pressure Control Among Hypertensive Patients With Coexisting Long-Term Conditions in Primary Care Settings: A Cross-Sectional Analysis. *Medicine*, 95(18), e3572–e3572.

<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000003572>

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, *14*, 56–61.

Makovski, T. T., Schmitz, S., Zeegers, M. P., Stranges, S., & van den Akker, M. (2019). Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, *53*. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.04.005>

Manias, E., & Hughes, C. (2015). Challenges of managing medications for older people at transition points of care. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *11*(3), 442–447. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2014.10.001>

Mann, D. M., Woodward, M., Muntner, P., Falzon, L., & Kronish, I. (2010). Predictors of nonadherence to statins: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*, *44*, 1410–1421. <https://doi.org/10.1345/aph.1P150>

Mansur, N., Weiss, A., & Beloosesky, Y. (2008). Relationship of in-hospital medication modifications of elderly patients to postdischarge medications, adherence, and mortality. *Annals of Pharmacotherapy*, *42*(6), 783–789. <https://doi.org/10.1345/aph.1L070>

Mansur, N., Weiss, A., Hoffman, A., Gruenewald, T., & Beloosesky, Y. (2008). Continuity and adherence to long-term drug treatment by geriatric patients after hospital discharge: A prospective cohort study. *Drugs and Aging*, *25*(10), 861–870. <https://doi.org/10.2165/00002512-200825100-00005>

Mantzoukas, S. (2009). The research evidence published in high impact nursing journals between 2000 and 2006: A quantitative content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *46*(4), 479–489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.12.016>

Marcum, Z. A., Hanlon, J. T., & Murray, M. D. (2017). Improving Medication Adherence and Health Outcomes in Older Adults: An Evidence-Based Review of Randomized Controlled Trials. *Drugs Aging*, *34*(3), 191–201. <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0433-7>. Improving

Marcum, Z. A., Zheng, Y., Perera, S., Strotmeyer, E., Newman, A. B., Simonsick, E. M., ... Hanlon, J. T. (2013). Prevalence and correlates of self-reported medication non-adherence among older adults with coronary heart disease, diabetes mellitus, and/or hypertension. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, *9*(6), 817–827. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2012.12.002>

- Marengoni, A., Monaco, A., Costa, E., Cherubini, A., Prados-Torres, A., Muth, C., ... Onder, G. (2016). Strategies to Improve Medication Adherence in Older Persons: Consensus Statement from the Senior Italia Federanziani Advisory Board. *Drugs and Aging*, 33(9), 629–637. <https://doi.org/10.1007/s40266-016-0387-9>
- Marques, M. M., Carey, R. N., Norris, E., Evans, F., Finnerty, A. N., Hastings, J., ... Michie, S. (2020). Delivering Behaviour Change Interventions: Development of a Mode of Delivery Ontology. *Wellcome Open Research*, 5, 125. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15906.1>
- Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17(230), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2>
- Mastellos, N., Lh, G., Lm, F., Car, J., & Majeed, A. (2014). Transtheoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults (Review). *Cochrane Library*, 2(CD008066), 1–90. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008066.pub3.www.cochranelibrary.com>
- McEvoy, C. T., Moore, S. E., Appleton, K. M., Cupples, M. E., Erwin, C., Kee, F., ... Woodside, J. V. (2018). Development of a peer support intervention to encourage dietary behaviour change towards a Mediterranean diet in adults at high cardiovascular risk. *BMC Public Health*, 18(1194), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6108-z>
- Melchior, A. C., Correr, C. J., & Fernández-Llimos, F. (2007). Tradução e validação para o Português do medication regimen complexity index. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(4), 210–218.
- Meleis, A. I. (Ed.). (2010). *Transitions Theory. Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mendes, R., Martins, S., & Fernandes, L. (2019). Adherence to Medication, Physical Activity and Diet in Older Adults With Diabetes: Its Association With Cognition, Anxiety and Depression. *Journal of Clinical Medicine Research*, 11(8), 583–592. <https://doi.org/10.14740/jocmr3894>

- Meyer-Masseti, C., Meier, C. R., & Guglielmo, B. J. (2018). The scope of drug-related problems in the home care setting. *International Journal of Clinical Pharmacy*, *40*(2), 325–334. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0581-9>
- Michie, S., Atkins, L., & West, R. (2014). *The Behavior Change Wheel: A Guide To Designing Interventions* (First edit). London: Silverback Publishing.
- Michie, S., Carey, R. N., Johnston, M., Rothman, A. J., De Bruin, M., Kelly, M. P., & Connell, L. E. (2018). From theory-inspired to theory-based interventions: A protocol for developing and testing a methodology for linking behaviour change techniques to theoretical mechanisms of action. *Annals of Behavioral Medicine*, *52*, 501–512. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9816-6>
- Michie, S., Fixsen, D., Grimshaw, J. M., & Eccles, M. P. (2009). Specifying and reporting complex behaviour change interventions: The need for a scientific method. *Implementation Science*, *4*(40), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-40>
- Michie, S., & Johnston, M. (2012). Theories and techniques of behaviour change: Developing a cumulative science of behaviour change. *Health Psychology Review*, *6*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1080/17437199.2012.654964>
- Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman, W., & Eccles, M. (2008). From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. *Applied Psychology*, *57*(4), 660–680. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00341.x>
- Michie, S., & Prestwich, A. (2010). Are interventions theory-based? Development of a theory coding scheme. *Health Psychology*, *29*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1037/a0016939>
- Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., ... Wood, C. E. (2013). The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: Building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, *46*, 81–95. <https://doi.org/10.1007/s12160-013-9486-6>
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, *6*(42), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Michie, S., Wood, C. E., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J. J., & Hardeman, W. (2015).

Behaviour change techniques: The development and evaluation of a taxonomic method for reporting and describing behaviour change interventions (a suite of five studies involving consensus methods, randomised controlled trials and analysis of qualitative data. *Health Technology Assessment*, 19(99), 1–187. <https://doi.org/10.3310/hta19990>

Midão, L., Giardini, A., Menditto, E., Kardas, P., & Costa, E. (2018). Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 78, 213–220. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.018>

Miller, A. L., Gearhardt, A. N., Fredericks, E. M., Katz, B., Shapiro, L. F., Holden, K., ... Lumeng, J. C. (2018). Targeting self-regulation to promote health behaviors in children. *Behaviour Research and Therapy*, 101, 71–81. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.09.008>

Mitchell, B., Chong, C., & Lim, W. K. (2016). Medication adherence 1 month after hospital discharge in medical inpatients. *Internal Medicine Journal*, 46(2), 185–192. <https://doi.org/10.1111/imj.12965>

Mohammed, M. A., Moles, R. J., & Chen, T. F. (2016). Medication-related burden and patients' lived experience with medicine: A systematic review and metasynthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 6(2), 1–16. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010035>

Mongkhon, P., Ashcroft, D. M., Scholfield, C. N., & Kongkaew, C. (2018). Hospital admissions associated with medication non-adherence: A systematic review of prospective observational studies. *BMJ Quality and Safety*, 27, 902–914. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007453>

Monnette, A., Zhang, Y., Shao, H., & Shi, L. (2018). Concordance of Adherence Measurement Using Self-Reported Adherence Questionnaires and Medication Monitoring Devices: An Updated Review. *Pharmacoeconomics*, 36, 17–27. <https://doi.org/10.1007/s40273-017-0570-9>

Monterroso, L., Pierdevara, L., & Joaquim, N. (2012). Avaliação da Adesão Regime Terapêutico dos Utentes Seguidos na Consulta Externa de Psiquiatria do Centro Hospitalar Barlavento Algarvio. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 7(7), 39–45. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0078>

Moore, G. F., & Evans, R. E. (2017). What theory, for whom and in which context? Reflections on the application of theory in the development and evaluation of complex

population health interventions. *SSM - Population Health*, 3(December 2016), 132–135. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.12.005>

Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Sinapse*, 9(2), 10–16. <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2015.05.002>

Morisky, D. E., & Dimatteo, M. R. (2011). Improving the measurement of self-reported medication nonadherence: Final response. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(3), 262–263. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.09.010>

Morisky, D. E., Green, L. W., & Levine, D. M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24(1), 67–74. <https://doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>

Morrison, V. L., Holmes, E. A. F., Parveen, S., Plumpton, C. O., Clyne, W., De Geest, S., ... Hughes, D. A. (2015). Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: A multinational, cross-sectional survey. *Value in Health*, 18, 206–216. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.12.013>

Moser, A., & Korstjens, I. (2018). Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *European Journal of General Practice*, 24(1), 9–18. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375091>

Murphy, M. E., Byrne, M., Zarabzadeh, A., Corrigan, D., Fahey, T., & Smith, S. M. (2017). Development of a complex intervention to promote appropriate prescribing and medication intensification in poorly controlled type 2 diabetes mellitus in Irish general practice. *Implementation Science*, 12(115), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0647-z>

Muth, C., Blom, J. W., Smith, S. M., Johnell, K., Gonzalez-Gonzalez, A. I., Nguyen, T. S., ... Valderas, J. M. (2019). Evidence supporting the best clinical management of patients with multimorbidity and polypharmacy: a systematic guideline review and expert consensus. *Journal of Internal Medicine*, 285, 272–288. <https://doi.org/10.1111/joim.12842>

Muth, C., & Glasziou, P. P. (2015). Guideline recommended treatments in complex patients with multimorbidity. *BMJ (Online)*, 351, 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.h5145>

Náfrádi, L., Nakamoto, K., & Schulz, P. J. (2017). Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS ONE*, 12(10), 1–23.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186458>

Namey, E., Guest, G., McKenna, K., & Chen, M. (2016). Evaluating Bang for the Buck: A Cost-Effectiveness Comparison Between Individual Interviews and Focus Groups Based on Thematic Saturation Levels. *American Journal of Evaluation*, 37(3), 425–440. <https://doi.org/10.1177/1098214016630406>

Napolitano, F., Napolitano, P., & Angelillo, I. F. (2016). Medication adherence among patients with chronic conditions in Italy. *European Journal of Public Health*, 26(1), 48–52. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv147>

National Guideline Centre. (2016). *Multimorbidity: assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidity*. UK. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih>.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *NICE Guidance: Behaviour change: individual approaches*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/ph49>

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes*. NICE guideline. <https://doi.org/ISBN:978-1-4731-1057-1>

Naylor, M. D., Aiken, L. H., Kurtzman, E. T., Olds, D. M., & Hirschman, K. B. (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs*, 30(4), 746–754. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>

Naylor, M. D., Brooten, D. A., Campbell, R. L., Maislin, G., McCauley, K. M., & Schwartz, J. S. (2004). Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(5), 675–684. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52202.x>

Naylor, M. D., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., Bowles, K. H., Bradway, C., McCauley, K. M., & Pauly, M. V. (2014). Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults. *J Comp Eff Res*, 3(3), 245–257. <https://doi.org/10.2217/ce.14.14>

Naylor, M. D., & Keaying, S. A. (2008). Transitional Care: Moving patients from one care setting to another. *Am J Nurs*, 108(9), 58–63. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a>

Neiterman, E., Wodchis, W. P., & Bourgeault, I. L. (2015). Experiences of Older Adults in

Transition from Hospital to Community Experiences of Older Adults in Transition from Hospital to Community. *Canadian Journal on Aging*, 34, 90–99. <https://doi.org/10.1017/S0714980814000518>

Neumiller, J. J., Mandal, B., Weeks, D. L., Bautista, E., Gates, B. J., & Corbett, C. F. (2019). Potential Adverse Drug Events and Associated Costs During Transition from Hospital to Home. *Sr Care Pharm*, 34(6), 384–392. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2019.384>. PMID: 31164185

Newman-Casey, P. A., Robin, A. L., Blachley, T., Heisler, M., Resnicow, K., & Lee, P. P. (2015). Most common barriers to glaucoma medication adherence: a cross-sectional survey. *Ophthalmology*, 122(7), 1308–1316. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2015.03.026>.

Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364, 1523–1537. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17277-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17277-2)

NICE. (2009). *Medicines adherence: Involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence*. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg76>

Nie, B., Chapman, S. C. E., Chen, Z., Wang, X., & Wei, L. (2019). Utilization of the beliefs about medicine questionnaire and prediction of medication adherence in China: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 122, 54–68. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.03.184>

Nieuwenhuis-Mark, R. E. (2010). The death knoll for the MMSE: Has it outlived its purpose? *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23(3), 151–157. <https://doi.org/10.1177/0891988710363714>

Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keepanasseril, A., ... Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(CD000011), 1–730. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000011.pub4>

Nilsen, P. (2015). Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 10(53), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Notenboom, K., Beers, E., Van Riet-Nales, D. A., Egberts, T. C. G., Leufkens, H. G. M., Jansen, P. A. F., & Bouvy, M. L. (2014). Practical problems with medication use that older people experience: A qualitative study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12),

2339–2344. <https://doi.org/10.1111/jgs.13126>

Nunes, B. P., Flores, T. R., Mielke, G. I., Thumé, E., & Facchini, L. A. (2016). Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *67*, 130–138. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.07.008>

OECD/European Union. (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*. OECD. Paris. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

OECD. (2017). Informal carers. In *Health at a Glance 2017: OECD Indicators* (pp. 208–209). Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-78-en

Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Osborn, D., Burton, A., Walters, K., Atkins, L., Barnes, T., Blackburn, R., ... Zomer, E. (2019). *Primary care management of cardiovascular risk for people with severe mental illnesses: the Primrose research programme including cluster RCT*. *Programme Grants for Applied Research* (Vol. 7). <https://doi.org/10.3310/pgfar07020>

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, *353*, 487–497. <https://doi.org/10.1056/nejm200511033531819>

Pagès-Puigdemont, N., Tuneu, L., Masip, M., Valls, P., Puig, T., & Mangués, M. A. (2018). Determinants of medication adherence among chronic patients from an urban area: a cross-sectional study. *European Journal of Public Health*, *29*(3), 419–424. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky259>

Pantuzza, L. L., Ceccato, M. das G. B., Silveira, M. R., Junqueira, L. M. R., & Reis, A. M. M. (2017). Association between medication regimen complexity and pharmacotherapy adherence: a systematic review. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *73*, 1475–1489. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2315-2>

Patton, D. E., Cadogan, C. A., Ryan, C., Francis, J. J., Gormley, G. J., Passmore, P., ... Hughes, C. M. (2018). Improving adherence to multiple medications in older people in primary care: Selecting intervention components to address patient-reported barriers and facilitators. *Health Expectations*, *21*(1), 138–148. <https://doi.org/10.1111/hex.12595>

Patton, D. E., Hughes, C. M., Cadogan, C. A., & Ryan, C. A. (2017). Theory-Based Interventions to Improve Medication Adherence in Older Adults Prescribed Polypharmacy: A Systematic Review. *Drugs and Aging*, *34*, 97–113. <https://doi.org/10.1007/s40266-016->

Pauly, M. V., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., Huang, L., Bowles, K. H., Bradway, C., ... Naylor, M. D. (2018). Cost impact of the transitional care model for hospitalized cognitively impaired older adults. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 7(9), 913–922. <https://doi.org/10.2217/cer-2018-0040>

Payne, R. A., Abel, G. A., Avery, A. J., Mercer, S. W., & Roland, M. O. (2014). Is polypharmacy always hazardous? A retrospective cohort analysis using linked electronic health records from primary and secondary care. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77(6), 1073–1082. <https://doi.org/10.1111/bcp.12292>

Pednekar, P. P., Ágh, T., Malmenäs, M., Raval, A. D., Bennett, B. M., Borah, B. J., ... Peterson, A. M. (2019). Methods for Measuring Multiple Medication Adherence: A Systematic Review—Report of the ISPOR Medication Adherence and Persistence Special Interest Group. *Value in Health*, 22(2), 139–156. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2018.08.006>

Pérez-Jover, V., Mira, J. J., Carratala-Munuera, C., Gil-Guillen, V. F., Basora, J., López-Pineda, A., & Orozco-Beltrán, D. (2018). Inappropriate use of medication by elderly, polymedicated, or multipathological patients with chronic diseases. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph15020310>

Perneger, T. V., Courvoisier, D. S., Hudelson, P. M., & Gayet-Ageron, A. (2015). Sample size for pre-tests of questionnaires. *Quality of Life Research*, 24, 147–151. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0752-2>

Pharmaceutical Care Network Europe. (2006). *The PCNE Classification for Drug related problems V 5.01*. Zuidlaren, The Netherlands. Retrieved from http://www.pcne.org/upload/files/16_PCNE_classification_V5.01.pdf

Pileggi, C., Caligiuri, E., Nobile, C. G. A., & Pavia, M. (2018). Information about management of chronic drug therapies prescribed at hospital discharge: Does it affect patients' knowledge and self-confidence? *BMC Health Services Research*, 18, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2895-2>

Poitras, M. E., Maltais, M. E., Bestard-Denommé, L., Stewart, M., & Fortin, M. (2018). What are the effective elements in patient-centered and multimorbidity care? A scoping review. *BMC Health Services Research*, 18, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3213-8>

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2018). *Essentials of nursing research : appraising evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia, Pennsylvania: Wolters Kluwer, cop.
- Pope, C., Ziebland, S., & Mays, N. (2000). Qualitative research in health care: analysing qualitative data. *BMJ*, *320*, 114–116.
- Pouliou, K. A., Yannakoulia, M., Karageorgou, D., Gamaletsou, M., Panagiotakos, D. B., Sipsas, N. V., & Zampelas, A. (2012). Evaluation of the efficacy of six nutritional screening tools to predict malnutrition in the elderly. *Clinical Nutrition*, *31*, 378–385. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2011.11.017>
- Prestwich, A., Sniehotta, F. F., Whittington, C., Dombrowski, S. U., Rogers, L., & Michie, S. (2014). Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? Meta-analysis. *Health Psychology*, *33*(5), 465–474. <https://doi.org/10.1037/a0032853>
- Priebe, S., Bremner, S. A., Lauber, C., Henderson, C., & Burns, T. (2016). Financial incentives to improve adherence to antipsychotic maintenance medication in non-adherent patients: A cluster randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, *20*(70), 1–150. <https://doi.org/10.3310/hta20700>
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, *12*(1), 38–48. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-12.1.38>
- Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Implementation strategies: Recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science*, *8*(139), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>
- Quitério, F., Brito, D., Teixeira, I., Magalhães, E., Antunes, E., Alves, P., & Branco, P. (2018). *Lisboa Central - Plano Local de Saúde 2018-2021 - Uma responsabilidade de todos* (1ª edição). Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa Central.
- Rabionet, S. E. (2011). How I learned to design and conduct semi-structured interviews: An ongoing and continuous journey. *The Qualitative Report*, *16*(2), 563–566.
- Ramalho-de Oliveira, D., Shoemaker, S. J., Ekstrand, M., & Alves, M. R. (2012). Preventing and resolving drug therapy problems by understanding patients' medication experiences.

Journal of the American Pharmacists Association, 52(1), 71–80.
<https://doi.org/10.1331/JAPhA.2012.10239>

Rankin, A., Cadogan, C. A., Patterson, S. M., Kerse, N., Cardwell, C. R., Bradley, M. C., ... Hughes, C. (2018). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(CD008165), 1–213.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub4>

Ratanawongsa, N., Karter, A. J., Parker, M. M., Lyles, C. R., Heisler, M., Moffet, H. H., ... Schillinger, D. (2013). Communication and Medication Adherence: The Diabetes Study of Northern California. *JAMA Intern Med*, 173(3), 210–218.
<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1216>

Read, J. R., Sharpe, L., Modini, M., & Dear, B. F. (2017). Multimorbidity and depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 221, 36–46.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.06.009>

Redmond, P., Grimes, T., McDonnell, R., Boland, F., Hughes, C., & Fahey, T. (2018). Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(CD010791), 1–152.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD010791.pub2>. www.cochranelibrary.com

Richards, D., & Borglin, G. (2011). Complex interventions and nursing: Looking through a new lens at nursing research. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 531–533.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.013>

Richards, D., Coulthard, V., & Borglin, G. (2014). The state of european nursing research: Dead, alive, or chronically diseased? A systematic literature review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(3), 147–155. <https://doi.org/10.1111/wvn.12039>

Riegel, B., Westland, H., Iovino, P., Barelds, I., Bruins Slot, J., Stawnychy, M. A., ... Jaarsma, T. (2020). Characteristics of self-care interventions for patients with a chronic condition: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 103713.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103713>

Ritchie, J., & Lewis, J. (2003). *Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers*. (J. Ritchie & J. Lewis, Eds.). London: Sage Publications.

Ritschl, V., Lackner, A., Boström, C., Mosor, E., Lehner, M., Omara, M., ... Stamm, T. A. (2018). I do not want to suppress the natural process of inflammation: New insights on

factors associated with non-adherence in rheumatoid arthritis. *Arthritis Research and Therapy*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13075-018-1732-7>

Robinson, E., Higgs, S., Daley, A. J., Jolly, K., Lycett, D., Lewis, A., & Aveyard, P. (2013). Development and feasibility testing of a smart phone based attentive eating intervention. *BMC Public Health*, 13, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-639>

Rochester-Eyeguokan, C. D., Pincus, K. J., Patel, R. S., & Reitz, S. J. (2016). The Current Landscape of Transitions of Care Practice Models: A Scoping Review. *Pharmacotherapy*, 36(1), 117–133. <https://doi.org/10.1002/phar.1685>

Romain, A. J., Bortolon, C., Gourlan, M., Carayol, M., Decker, E., Lareyre, O., ... Bernard, P. (2018). Matched or nonmatched interventions based on the transtheoretical model to promote physical activity. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Sport and Health Science*, 7, 50–57. <https://doi.org/10.1016/j.jshs.2016.10.007>

Rosen, O. Z., Fridman, R., Rosen, B. T., Shane, R., & Pevnick, J. M. (2017). Medication adherence as a predictor of 30-day hospital readmissions. *Patient Preference and Adherence*, 11, 801–810. <https://doi.org/10.2147/PPA.S125672>

Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328–335. <https://doi.org/10.1177/109019817400200403>

Rosenstock, I. M. (2005). Why People Use Health Services. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 1–32. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00425.x>

Royal College of Nursing. (2003). *Defining nursing*. London.

Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies*. Switzerland: World Health Organization.

Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers* (2nd editio). London: SAGE Publications.

Salgado, T., Marques, A., Geraldés, L., Benrimoj, S., Horne, R., & Fernandez-Llimos, F. (2013). Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. *Sao Paulo Medical Journal*, 131(2), 88–94. <https://doi.org/10.1590/s1516-31802013000100018>

Salgado, T., Ramos, S., Sobreira, C., Canas, R., Cunha, I., Benrimoj, S. I., & Fernandez-Llimos, F. (2013). Newest vital sign as a proxy for medication adherence in older adults.

Journal of the American Pharmacists Association, 53(6), 611–617.
<https://doi.org/10.1331/JAPhA.2013.12249>

Salisbury, C. (2012). Multimorbidity: Redesigning health care for people who use it. *The Lancet*, 380, 7–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60482-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60482-6)

Sanders, M. J., & Van Oss, T. (2013). Using daily routines to promote medication adherence in older adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 67, 91–99. <https://doi.org/10.5014/ajot.2013.005033>

Sasaki, J., Kawayama, T., Yoshida, M., Takahashi, K., Fujii, K., Machida, K., ... Hoshino, T. (2018). Adherence barriers to inhaled medicines in Japanese older patients with asthma evaluated using the “Adherence Starts with Knowledge 20” (ASK-20) questionnaire. *Journal of Asthma*, 56(6), 632–641. <https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1484132>

Schenk, A., Eckardt-Felmborg, R., Steinhagen-Thiessen, E., & Stegemann, S. (2019). Patient behaviour in medication management: Findings from a patient usability study that may impact clinical outcomes. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1–11. <https://doi.org/10.1111/bcp.13946>

Schoonover, H., Corbett, C. F., Weeks, D. L., Willson, M. N., & Setter, S. M. (2014). Predicting potential postdischarge adverse drug events and 30-day unplanned hospital readmissions from medication regimen complexity. *Journal of Patient Safety*, 10(4), 186–191. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000067>

Schumacher, K. L., Jones, P. S., & Meleis, A. I. (1999). Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.), *Life transitions in the older adult: issues for nurses and other health professionals*. (pp. 1–26). New York: Springer. Retrieved from <http://repository.upenn.edu/nrs>
<http://repository.upenn.edu/nrs/10>

Schumacher, K. L., & Meleis, A. Ibrahim. (1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Image Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119–127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sedlar, N., Lainscak, M., Mårtensson, J., Strömberg, A., Jaarsma, T., & Farkas, J. (2017). Factors related to self-care behaviours in heart failure: A systematic review of European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale studies. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 272–282. <https://doi.org/10.1177/1474515117691644>

- Seewoodharry, M. D., Maconachie, G. D. E., Gillies, C. L., Gottlob, I., & McLean, R. J. (2017). The Effects of Feedback on Adherence to Treatment: A Systematic Review and Meta-analysis of RCTs. *American Journal of Preventive Medicine*, *53*(2), 232–240. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.03.005>
- Segal, J. Z. (2007). “Compliance” to “concordance”: A critical view. *Journal of Medical Humanities*, *28*(2), 81–96. <https://doi.org/10.1007/s10912-007-9030-4>
- Senesael, E., Borgermans, L., Van de Vijver, E., & Devroey, D. (2013). Effectiveness of a quality improvement intervention targeting cardiovascular risk factors: Are patients responsive to information and encouragement by mail or post? *Vascular Health and Risk Management*, *9*(1), 13–20. <https://doi.org/10.2147/VHRM.S39919>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale: recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, *5*(1–2), 165–173. <https://doi.org/10.1300/J018v05n01>
- Shi, L., Liu, J., Fonseca, V., Walker, P., Kalsekar, A., & Pawaskar, M. (2010). Correlation between adherence rates measured by MEMS and self-reported questionnaires: A meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, *8*, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-99>
- Simões, J. D. A., Augusto, G. F., & Hernández-Quevedo, C. (2017). Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, *19*(2), 1–184.
- Simpson, S. H., Eurich, D. T., Majumdar, S. R., Padwal, R. S., Tsuyuki, R. T., Varney, J., & Johnson, J. A. (2006). A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *Bmj*, *333*(15), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.38875.675486.55>
- Sinnott, C., Mercer, S. W., Payne, R. A., Duerden, M., Bradley, C. P., & Byrne, M. (2015). Improving medication management in multimorbidity: Development of the Multimorbidity Collaborative Medication Review And DEcision Making (MY COMRADE) intervention using the Behaviour Change Wheel. *Implementation Science*, *10*, 1–11. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0322-1>
- Smaje, A., Weston-clark, M., Raj, R., Orlu, M., & Davis, D. (2018). Factors associated with medication adherence in older patients : A systematic review. *Aging Med*, *1*(3), 254–266. <https://doi.org/10.1002/agm2.12045>.
- Sniehotta, F. F., Presseau, J., & Araújo-Soares, V. (2014). Time to retire the theory of

planned behaviour. *Health Psychology Review*, 8(1), 1–7. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.869710>

Snowden, A., Martin, C., Mathers, B., & Donnell, A. (2013). Concordance: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 46–59. <https://doi.org/10.1111/jan.12147>

Stawarz, K., Gardner, B., Cox, A., & Blandford, A. (2020). What influences the selection of contextual cues when starting a new routine behaviour? An exploratory study. *BMC Psychology*, 8(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-0394-9>

Stawarz, K., Rodríguez, M. D., Cox, A. L., & Blandford, A. (2016). Understanding the use of contextual cues: design implications for medication adherence technologies that support remembering. *Digital Health*, 2, 1–18. <https://doi.org/10.1177/2055207616678707>

Stewart, D., & Klein, S. (2016). The use of theory in research. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 38(3), 615–619. <https://doi.org/10.1007/s11096-015-0216-y>

Stirratt, M. J., Curtis, J. R., Danila, M. I., Hansen, R., Miller, M. J., & Gakumo, C. A. (2018). Advancing the Science and Practice of Medication Adherence. *Journal of General Internal Medicine*, 33(2), 216–222. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4198-4>

Suzman, R., Beard, J. R., Boerma, T., & Chatterji, S. (2015). Health in an ageing world - What do we know? *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61597-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61597-X)

Tan, E. C. K., Sluggett, J. K., Johnell, K., Onder, G., Elseviers, M., Morin, L., ... Optimizing Geriatric Pharmacotherapy through Pharmacoepidemiology Network (OPPEN) Group. (2018). Research Priorities for Optimizing Geriatric Pharmacotherapy: An International Consensus. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19, 193–199. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.12.002>

Tan, J. P., Cheng, K. K. F., & Siah, R. C. J. (2019). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of education on medication adherence for patients with hypertension, hyperlipidaemia and diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2478–2494. <https://doi.org/10.1111/jan.14025>

Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of Mixed Methods Research: Integrating Quantitative and Qualitative Approaches in the Social and Behavioral Sciences*. California: Sage Publications Inc. Retrieved from <https://books.google.ca/books?id=c3uojOS7pK0C&pg=PT160&lpg=PT160&dq=meta+inference&source=bl&ots=QapBVngRXC&sig=5aKtyZG8lFhtIVJ5IFGCQDSgTEQ&hl=en>

&sa=X&ei=Yor1VMzrBY6nyASJqoGQBQ&ved=0CEkQ6AEwBg#v=onepage&q=meta
inference&f=false

Thórarinsdóttir, K., & Kristjánsson, K. (2014). Patients' perspectives on person-centred participation in healthcare: A framework analysis. *Nursing Ethics*, *21*(2), 129–147. <https://doi.org/10.1177/0969733013490593>

Tombor, I., Shahab, L., Brown, J., Crane, D., Michie, S., & West, R. (2016). Development of SmokeFree Baby: a smoking cessation smartphone app for pregnant smokers. *Translational Behavioral Medicine*, *6*, 533–545. <https://doi.org/10.1007/s13142-016-0438-0>

Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, *19*(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Toots, A., Lindelöf, N., Littbrand, H., Wiklund, R., Holmberg, H., Nordström, P., ... Rosendahl, E. (2016). Effects of a High-Intensity Functional Exercise Program on Dependence in Activities of Daily Living and Balance in Older Adults with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, *64*, 55–64. <https://doi.org/10.1111/jgs.13880>

Tordoff, J. M., Bagge, M. L., Gray, A. R., Campbell, A. J., & Norris, P. T. (2010). Medicine-taking practices in community-dwelling people aged ≥ 75 years in New Zealand. *Age and Ageing*, *39*(5), 574–580. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq069>

Tordoff, J. M., Simonsen, K., Thomson, W. M., & Norris, P. T. (2010). "It's just routine." A qualitative study of medicine-taking amongst older people in New Zealand. *Pharmacy World and Science*, *32*(2), 154–161. <https://doi.org/10.1007/s11096-009-9361-5>

Torres-Robles, A., Wiecek, E., Tonin, F. S., Benrimoj, S. I., Fernandez-Llimos, F., & Garcia-Cardenas, V. (2018). Comparison of Interventions to Improve Long-Term Medication Adherence Across Different Clinical Conditions: A Systematic Review With Network Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology*, *9*(December). <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.01454>

Uchmanowicz, B., Jankowska, E. A., Uchmanowicz, I., & Morisky, D. E. (2019). Self-Reported Medication Adherence Measured With Morisky Medication Adherence Scales and Its Determinants in Hypertensive Patients Aged ≥ 60 Years: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Pharmacology*, *10*, 1–11. <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00168>

UNESCO Institute for Statistics. (2012). *International Standard Classification of Education (ISCED)*. Quebec, Canada.

United Nations, D. (2019). *World population prospects 2019: highlights*. Retrieved from https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf

Van Dulmen, S., Sluijs, E., Van Dijk, L., De Ridder, D., Heerdink, R., & Bensing, J. (2007). Patient adherence to medical treatment: A review of reviews. *BMC Health Services Research*, 7(55), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-55>

Van Walraven, C., Taljaard, M., Bell, C. M., Etchells, E., Stiell, I. G., Zarnke, K., & Forster, A. J. (2010). A prospective cohort study found that provider and information continuity was low after patient discharge from hospital. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(9), 1000–1010. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.01.023>

Vandermause, R., Neumiller, J. J., Gates, B. J., David, P., Altman, M., Healey, D. J., ... Corbett, C. F. (2016). Preserving Self: Medication-Taking Practices and Preferences of Older Adults With Multiple Chronic Medical Conditions. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(6), 533–542. <https://doi.org/10.1111/jnu.12250>

Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P. J., Nourhashemi, F., Bennahum, D., Lauque, S., & Albarede, J.-L. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderl. *Nutrition*, 15(2), 116–122.

Verloo, H., Chiolo, A., Kiszio, B., Kampel, T., & Santschi, V. (2017). Nurse interventions to improve medication adherence among discharged older adults: A systematic review. *Age and Ageing*, 46(5), 747–754. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx076>

Viktil, K. K., Blix, H. S., Eek, A. K., Davies, M. N., Moger, T. A., & Reikvam, A. (2012). How are drug regimen changes during hospitalisation handled after discharge: A cohort study. *BMJ Open*, 2(6), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001461>

Vink, N. M., Klungel, O. H., Stolk, R. P., & Denig, P. (2009). Comparison of various measures for assessing medication refill adherence using prescription data. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18, 159–165. <https://doi.org/10.1002/pds.1698>

Viswanathan, M., Golin, C. E., Jones, C. D., Ashok, M., Blalock, S. J., Wines, R. C. M., ... Lohr, K. N. (2012). Interventions to Improve Adherence to Self-administered Medications for Chronic Diseases in the United States: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 157, 785–795.

- von Elm, E., Altman, D. G., Egger, M., Pocock, S. J., Gøtzsche, P. C., & Vandenbroucke, J. P. (2007). The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *The Lancet*, *370*(20), 1453–1457. <https://doi.org/10.1016/j.ijisu.2014.07.013>
- Vrijens, B., De Geest, S., Hughes, D. A., Przemyslaw, K., Demonceau, J., Ruppard, T., ... Urquhart, J. (2012). A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *73*(5), 691–705. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>
- Wagner, E. H., Austin, B. T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., & Bonomi, A. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, *20*(6), 64–78. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.6.64>
- Walentynowicz, M., Schneider, S., & Stone, A. A. (2018). The effects of time frames on self-report. *PLoS ONE*, *13*(8), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0201655>
- Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., & Smith, S. M. (2015). Managing patients with multimorbidity in primary care. *BMJ (Online)*, *350*, 6–11. <https://doi.org/10.1136/bmj.h176>
- Walsh, C. A., Cahir, C., Tecklenborg, S., Byrne, C., Culbertson, M. A., & Bennett, K. E. (2019). The association between medication non-adherence and adverse health outcomes in ageing populations: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Pharmacology*, *85*(11), 2464–2478. <https://doi.org/10.1111/bcp.14075>
- Wang, L., Si, L., Cocker, F., Palmer, A. J., & Sanderson, K. (2018). A Systematic Review of Cost-of-Illness Studies of Multimorbidity. *Applied Health Economics and Health Policy*, *16*(1), 15–29. <https://doi.org/10.1007/s40258-017-0346-6>
- Wastesson, J. W., Fastbom, J., & Johnell, K. (2016). Expanding the Proportion of Life With Polypharmacy in Sweden: 2006–2013. *Journal of the American Medical Directors Association*, *17*(10), 957–958. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.006>
- Weir, D. L., Motulsky, A., Abrahamowicz, M., Lee, T. C., Morgan, S., Buckeridge, D. L., & Tamblyn, R. (2019). Challenges at Care Transitions: Failure to Follow Medication Changes Made at Hospital Discharge. *American Journal of Medicine*, *132*(10), 1216–1224.e5. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.05.003>
- Wells, M., Williams, B., Treweek, S., Coyle, J., & Taylor, J. (2012). Intervention description

is not enough: evidence from an in-depth multiple case study on the untold role and impact of context in randomised controlled trials of seven complex interventions. *Trials*, *13*(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-13-95>

West, L. M., Borg Theuma, R., & Cordina, M. (2018). The ‘Necessity–Concerns Framework’ as a means of understanding non-adherence by applying polynomial regression in three chronic conditions. *Chronic Illness*, *0*(0), 1–13. <https://doi.org/10.1177/1742395318799847>

West, R. (2005). Time for a change: Putting the Transtheoretical (Stages of Change) Model to rest. *Addiction*, *100*(8), 1036–1039. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01139.x>

West, R., Godinho, C. A., Bohlen, L. C., Carey, R. N., Hastings, J., Lefevre, C. E., & Michie, S. (2019). Development of a formal system for representing behaviour-change theories. *Nature Human Behaviour*, *3*(5), 526–536. <https://doi.org/10.1038/s41562-019-0561-2>

Westland, H., Schröder, C. D., de Wit, J., Frings, J., Trappenburg, J. C. A., & Schuurmans, M. J. (2018). Self-management support in routine primary care by nurses. *British Journal of Health Psychology*, *23*(1), 88–107. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12276>

Wiecek, E., Tonin, F. S., Torres-Robles, A., Benrimoj, S. I., Fernandez-Llimos, F., & Garcia-Cardenas, V. (2019). Temporal effectiveness of interventions to improve medication adherence: A network meta-analysis. *PLoS ONE*, *14*(3), 7–9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213432>

Wilhelmsen, N. C., & Eriksson, T. (2019). Medication adherence interventions and outcomes: An overview of systematic reviews. *European Journal of Hospital Pharmacy*, *26*(4), 187–192. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2018-001725>

Williams, H., Edwards, A., Hibbert, P., Rees, P., Evans, H. P., Panesar, S., ... Carson-Stevens, A. (2015). Harms from discharge to primary care: mixed methods analysis of incident reports. *British Journal of General Practice*, *65*(641), e829–e837. <https://doi.org/10.3399/bjgp15X687877>

Williams, L. M., Pines, A., Goldstein-Piekarski, A. N., Rosas, L. G., Kullar, M., Sacchet, M. D., ... Ma, J. (2018). The ENGAGE study: Integrating neuroimaging, virtual reality and smartphone sensing to understand self-regulation for managing depression and obesity in a precision medicine model. *Behaviour Research and Therapy*, *101*, 58–70. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.09.012>

- Wilson, T. E., Hennessy, E. A., Falzon, L., Boyd, R., Kronish, I. M., & Birk, J. L. (2020). Effectiveness of interventions targeting self-regulation to improve adherence to chronic disease medications: a meta-review of meta-analyses. *Health Psychology Review, 14*(1), 66–85. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1706615>
- Wimmer, B. C., Cross, A. J., Jokanovic, N., Wiese, M. D., George, J., Johnell, K., ... Bell, J. S. (2017). Clinical Outcomes Associated with Medication Regimen Complexity in Older People: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society, 65*(4), 747–753. <https://doi.org/10.1111/jgs.14682>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva, Switzerland. <https://doi.org/10.1080/tam.5.1.1.37>
- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization. (2016). *Transitions of Care: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf;jsessionid=00AA8AB602245684D209D7A5D2170FA5?sequence=1>
- World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. Geneva, Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-319-96529-1_19
- World Health Organization. (2018a). *Disease Burden and Mortality Estimates: Disease Burden, 2000–2016*. Geneva, Switzerland. Retrieved from http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/
- World Health Organization. (2018b). Noncommunicable diseases. Retrieved February 20, 2020, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization. (2019). *Medication Safety in Transitions of Care*. Geneva. Retrieved from <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/technical-reports/en/>
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *Clinical Review and Education, 310*(20), 2191–2194.
- Wu, J. R., Corley, D. J., Lennie, T. A., & Moser, D. K. (2012). Effect of a medication-taking behavior feedback theory-based intervention on outcomes in patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure, 18*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2011.09.006>

- Yap, A. F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatrics and Gerontology International*, *16*, 1093–1101. <https://doi.org/10.1111/ggi.12616>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zullig, L. L., Blalock, D. V., Dougherty, S., Henderson, R., Ha, C. C., Oakes, M. M., & Bosworth, H. B. (2018). The new landscape of medication adherence improvement: Where population health science meets precision medicine. *Patient Preference and Adherence*, *12*, 1225–1230. <https://doi.org/10.2147/PPA.S165404>
- Zwerink, M., Brusse-Keizer, M., van der Valk, P. D. L. P. M., Zielhuis, G. A., Monninkhof, E. M., van der Palen, J., ... Effing, T. (2014). Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *3*(CD002990), 1–121. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002990.pub3>. www.cochranelibrary.com

APÊNDICES

Apêndice A: Instrumentos de recolha de dados

Dados sociodemográficos

Código participante _____ Data

D	M	A
---	---	---

PDSD1 ACES Lisboa Central

1	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF Vasco Gama	10	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	UCSP Lapa
2	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF Jardins da Encarnação	11	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	UCSP São Nicolau
3	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	UCSP Olivais	12	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	UCSP Marvila
4	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	UCC Oriente	13	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF São João Evangelista de Lóios
5	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF Oriente	14	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	UCSP Penha de França
6	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF Monte Pedral	15	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF Ribeira Nova
7	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF Sétima Colina	16	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	UCSP Mónicas
8	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	UCSP Alameda	17	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF Sofia Abecassis
9	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF Arco	18	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	USF STº Condestável

Naturalidade

Telefone

PDSD2 Data de Nascimento

D	M	A
---	---	---

 Idade

PDSD3 Sexo

<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Fem	0
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Masc	1

PDSD4 Estado Civil

Solteiro	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	1
Casado	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	2
Viúvo	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	3
Divorciado	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	4

PDSD5 Reside só

<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Sim	1
<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Não	0

PDSD6 Escolaridade de

0	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	Não frequência escolar/Educação pré-escolar (sabe ler e escrever)
1	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	1.º e 2.º ciclos do ensino básico (até ao 6.º ano)
2	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	3.º ciclo do ensino básico (até ao 9.º ano)

3		Ensino secundário (até ao 12.º ano
6		Bachelorato ou licenciatura ou nível equivalente
7		Mestrado ou nível equivalente
8		Doutoramento ou nível equivalente

Critérios de Inclusão

PCI1	Fala Português	<input type="checkbox"/>	Sim	1	
		<input type="checkbox"/>	Não	0	
PCI2	Idade > ou igual a 65 anos	<input type="checkbox"/>	Sim	1	
		<input type="checkbox"/>	Não	0	
PCI3	Reside em casa	<input type="checkbox"/>	Sim	1	
		<input type="checkbox"/>	Não	0	
PCI4	Cuidador como suporte	<input type="checkbox"/>	Sim	1	
		<input type="checkbox"/>	Não	0	
PCI4.1	Quem?	<input type="text"/>			
PCI4.2	Idade	<input type="text"/>			
PCI4.3	Quantos anos é cuidador?	<input type="text"/>			
PCI4.4	N.º horas que permanece só	<input type="text"/>			
PCI5	MMSE	<input type="checkbox"/>	Sim	1	
		<input type="checkbox"/>	Não	0	
PCI6	No último ano, quantas vezes recorreu ao serviço de urgência?	<input type="text"/>			
PCI7	No último ano, quantas vezes esteve internado?	<input type="text"/>			

Mini-Mental State Examination (MMSE)

MMSE1 Orientação [1 ponto por cada resposta certa; 0 pontos por cada resposta errada]

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Total _____

MMSE2 Retenção [contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida; 0 pontos por cada resposta errada]
"Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor"

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

MMSE3 Atenção e Cálculo [1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas]

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar"

27 _____

24 _____

21 _____

18 _____

15 _____

MMSE4 Evocação [1 ponto por cada resposta correta; 0 pontos por cada resposta errada]

"Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorer"

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

MMSE5 Linguagem [1 ponto por cada resposta correta; 0 pontos por cada resposta errada]

MMSE5.

1 Como se chama isto? Mostrar objetos

Relógio _____

Lápis _____

MMSE5.

2 "Repita a frase que vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

MMSE5.

3 "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

MMSE5.

4 "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase legível, "Fechou os olhos", sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

MMSE5.

5 "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

MMSE6 **Capacidade Construtiva** [1 ponto pela cópia correta; 0 pontos pela resposta errada]. Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.

Total _____

Conhecimento sobre os medicamentos

CM1	Medicamento	<input type="text"/>			
CM1.1	ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code)	<input type="text"/>			
CM1.2	ATC 2º nível	<input type="text"/>			
CM1.3	ATC 3º nível	<input type="text"/>			
CM1.4	Quem prescreveu?	médico de família <input type="checkbox"/> 1 médico especialista <input type="checkbox"/> 2 automedicação <input type="checkbox"/> 3			
CM1.5	Apresentação farmacêutica	<input type="text"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> 8	Não responde <input type="checkbox"/> 9	
CM1.6	Quanto é que toma/dose	<input type="text"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> 8	Não responde <input type="checkbox"/> 9	
CM1.7	Quantas vezes por dia toma	<input type="text"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> 8	Não responde <input type="checkbox"/> 9	
CM1.8	Em que momento do dia toma	<input type="text"/>	Não sabe <input type="checkbox"/> 8	Não responde <input type="checkbox"/> 9	
CM1.9	Toma o medicamento de acordo com a prescrição	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0	Não sabe <input type="checkbox"/> 8 Não responde <input type="checkbox"/> 9		
CM1.10	Sabe para que toma o medicamento?	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0	Não sabe <input type="checkbox"/> 8 Não responde <input type="checkbox"/> 9		
CM1.11	Considera que fez efeito?	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0	Não sabe <input type="checkbox"/> 8 Não responde <input type="checkbox"/> 9		
CM1.12	Há quanto tempo toma (quantifique de forma aproximada, ex: 3 meses ou 4 dias)	<input type="text"/> dia <input type="text"/> meses <input type="text"/> anos	Não sabe <input type="checkbox"/> 8 Não responde <input type="checkbox"/> 9		
CM1.13	Até quando vai tomar	<input type="text"/> dia <input type="text"/> meses <input type="text"/> anos	Não sabe <input type="checkbox"/> 8 Não responde <input type="checkbox"/> 9		
CM1.14	Dificuldades para tomar o medicamento	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0	Não sabe <input type="checkbox"/> 8 Não responde <input type="checkbox"/> 9		
CM1.15	Sentiu algum efeito não esperado, estranho?	Sim <input type="checkbox"/> 1 Não <input type="checkbox"/> 0	Não sabe <input type="checkbox"/> 8 Não responde <input type="checkbox"/> 9		
	Se sim, qual	<input type="text"/>			

Autorrelato das doenças crónicas

Selecione **todas** as que se aplicam (Áreas ICD10):

ARDC1	1	Neoplasias (tumores)	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC2	2	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC3	3	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC3.1	4	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC4	5	Transtornos mentais e comportamentais	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC4.1	6	Demência	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC5	7	Doenças do sistema nervoso	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC5.1	8	Doença de Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC6	9	Doenças do aparelho circulatório	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC6.1	10	Dislipidémia	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC6.2	11	Hipertensão arterial	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC6.3	12	Doença Cerebrovascular/AVC/Trombose	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC6.4	13	Doença Cardiovascular /EAM/Arritmia/Doença Venosa Periférica/Varizes	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC7	14	Doenças do aparelho respiratório	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC7.1	15	DPOC	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC8	16	Doenças do aparelho digestivo	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC9	17	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC9.1	18	Úlcera de Pressão	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC10	19	Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossômicas	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC11	20	Doenças do sistema oste muscular	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC11.1	21	Osteoporose	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC11.2	22	Doença osteoarticular	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC12	23	Doenças do aparelho geniturinário	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0
ARDC12.1	24	Doença renal crónica	<input type="checkbox"/>	Sim	1	<input type="checkbox"/>	Não	0

ARDC13

24 Outro:

Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

MAT1	Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
MAT2	Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
MAT3	Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
MAT4	Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
MAT5	Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
MAT6	Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
MAT7	Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
	Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

Causas do comportamento de não adesão

Quando não tomou os medicamentos foi porque (das opções indicadas, selecione todas as que se lhe aplicam):

RNA1 tentou poupar dinheiro

1
0

Sim

Não

RNA2 não os tinha consigo

1
0

Sim

Não

RNA3 considerou que não tomar de vez em quando não faz mal

1
0

Sim

Não

RNA4 não tinha dinheiro para os comprar

1
0

Sim

Não

RNA5 não tenho ajuda para os tomar

1
0

Sim

Não

RNA6 outra razão
qual:

1
0

Sim

Não

Tipologia da ajuda para gerir o regime medicamentoso

PAG1	Precisa de ajuda na gestão dos medicamentos	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG2	Precisa de ajuda para retirar os medicamentos das caixas	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG3	Precisa de ajuda para manusear o blister	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG4	Precisa de ajuda com as embalagens seguras para crianças	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG5	Precisa de ajuda para ler o rótulo da embalagem	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG6	Precisa de ajuda na interpretação do regime medicamentoso	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG7	Precisa de ajuda para encher as caixas dispensadoras	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG8	Precisa que lhe lembrem quando tomar os medicamentos	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG9	Precisa que lhe expliquem o regime medicamentoso	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG10	Precisa que lhe disponibilizem informação sobre os medicamentos	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG11	Precisa que o ajudem a monitorizar a toma dos medicamentos	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG12	Outra ajuda	<input type="checkbox"/>	Sim	1
		<input type="checkbox"/>	Não	0
PAG12.1	Caraterização da Ajuda			
	Qual:	_____		
PAG13	Quem ajuda:	_____		

Índice de Barthel

PIB1 Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal:

- 1 Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho
0 Precisa de ajudar para o cuidado pessoal

PIB2 Atualmente, consegue tomar banho:

- 1 Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro
0 Não consegue tomar banho sozinho

PIB3 Atualmente, consegue vestir-se:

- 2 Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores)
1 Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar)
0 Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir

PIB4 Atualmente, consegue alimentar-se:

- 2 Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho
1 Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc.
0 Não consegue alimentar-se sozinho

PIB5 Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho:

- 3 Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade
2 Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física)
1 Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira
0 Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio

PIB6 Atualmente, consegue subir e descer escadas

- 2 Consegue subir e descer escadas
1 Precisa de ajuda para subir e descer escadas
0 Não consegue subir ou descer escadas

PIB7 Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se

- 3 Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadina, etc)
2 Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa
1 Consegue andar sozinho em cadeira de rodas
0 Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas

PIB8 Atualmente, tem controlo na função intestinal:

- 2 Controla bem esta função
1 Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes
0 Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister

PIB9 Atualmente, controla a função urinária:

- 2 Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos
1 Perde urina acidentalmente
0 Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos

PIB10 Atualmente, consegue ir à casa de banho

- | | | |
|---|--|---|
| 2 | | Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho |
| 1 | | Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho |
| 0 | | Não consegue ir à casa de banho sozinho |

Escala de Lawton e Brody

PELB1 Utilização do Telefone

- 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria.
- 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares.
- 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar.
- 0 Não é capaz de usar o telefone.

PELB2 Fazer Compras

- 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0 Realiza independentemente pequenas compras
- 0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- 0 É totalmente incapaz de comprar

PELB3 Preparação das Refeições

- 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente.
- 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos.
- 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada.
- 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições.

PELB4 Tarefas Domésticas

- 1 Mantém a casa sozinho ou com a ajuda ocasional (trabalhos pesados).
- 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama.
- 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza.
- 0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas.
- 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica.

PELB5 Lavagem da Roupa

- 1 Lava sozinho toda a sua roupa.
- 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa.
- 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros.

PELB6 Utilização de Meios de Transporte

- 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro.
- 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte.
- 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado.
- 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros.
- 0 Não viaja.

PELB7 Manejo da Medicação

- 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose corretas.
- 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente.
- 0 Não é capaz de administrar a sua medicação.

PELB8 **Responsabilidade de Assuntos Financeiros**

- | | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho. |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco. |
| 0 | <input type="checkbox"/> | Incapaz de manusear o dinheiro. |

Escala de depressão geriátrica - versão 15 itens

		Sim	Não
PEDGY1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
PEDGY2	Abandonou muitos dos seus interesses e atividades?	1	0
PEDGY3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
PEDGY4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
PEDGY5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
PEDGY6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
PEDGY7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
PEDGY8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
PEDGY9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
PEDGY10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
PEDGY11	Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
PEDGY12	Sente-se inútil?	1	0
PEDGY13	Sente-se cheio de energia?	0	1
PEDGY14	Sente-se sem esperança?	1	0
PEDGY15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

Total

8-11 pontos: sob risco de desnutrição

0-7 pontos: desnutrido

Caso não seja possível determinar o IMC pode-se em alternativa usar o perímetro da perna: se PP < 31 corresponde a 0 pontos; se PP ≥ 31 cm corresponde a 3 pontos.

Responda à secção avaliação global, preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção.

Avaliação Global

MNA10 O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital)

1 Sim

0 Não

MNA11 Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?

0 Sim

1 Não

MNA12 Lesões de pele ou escaras?

0 Sim

1 Não

MNA13 Quantas refeições faz por dia?

0 Uma refeição

1 Duas refeições

2 Três refeições

MNA14 O doente consome:

pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)?

0 Sim

1 Não

duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos?

0 Sim

1 Não

carne, peixe ou aves todos os dias?

0 Sim

1 Não

0.0 = nenhuma ou uma resposta sim

0.5 = duas respostas sim

1.0 = três respostas sim

MNA15 O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?

0 Não

1 Sim

MNA16 Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?

0.0 = menos de três copos

0.5 = três a cinco copos

1.0 = mais de cinco copos

MNA17 Modo de se alimentar

0 Não é capaz de se alimentar sozinho

1 Alimenta-se sozinho, porém com dificuldade

2 Alimenta-se sozinho sem dificuldade

MNA18 O doente acredita ter algum problema nutricional?

0 Acredita estar desnutrido

- 1 Não sabe dizer
- 2 Acredita não ter um problema nutricional

MNA19 Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde?

- 0.0 = pior
- 0.5 = não sabe
- 1.0 = igual
- 2.0 = melhor

MNA20 Perímetro braquial (BP) em cm

- 0.0 = PB < 21
- 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22
- 1.0 = PB > 22

MNA21 Perímetro da perna (PP) em cm

- 0 = PP < 31
- 1 = PP ≥ 31

MNA22

Avaliação Global (máximo 16 pontos)

MNA9

Pontuação da Triagem

MNA23

Pontuação Total (máximo 30 pontos)

		.
		.
		.

Avaliação do Estado Nutricional

de 24 a 30 pontos	estado nutricional normal	<input type="text"/>
de 17 a 23,5 pontos	sob risco de desnutrição	<input type="text"/>
menos de 17 pontos	desnutrido	<input type="text"/>

Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)

Secção A

ICF1A Número total de medicamentos (incluindo medicamentos de uso contínuo ou esporádico, usados quando necessário):

Assinale com um círculo na coluna peso o correspondente a cada forma de dosagem presente no regime medicamentoso.

Formas de Dosagem		Peso
Oral	Cápsulas/Comprimidos	1
	Gargarejos/Colutórios	2
	Gomas/Pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/Grânulos	2
Tópico	Spray/Comprimidos sublinguais	2
	Crems/Géis/Pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/Soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/ <i>Patches</i>	2
Ouvidos, olhos e nariz	Spray de uso tópico	1
	Gotas/Crems/Pomadas para o ouvido	3
	Colírios/Gotas para os olhos	3
	Géis/Pomadas para os olhos	3
	Gotas/Crems/Pomadas nasais	3
Inalação	Spray nasal	2
	<i>Accuhalers</i> (pó seco para inalação/ <i>diskus</i>)	3
	<i>Aerolizers</i> (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (bombinha)	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sónico)	5
	Oxigénio/concentrador	3
	<i>Turbuhalers</i> (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluídos para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções: Pré-carregadas	3

	Ampolas/frasco-ampolas	4
	Supositórios/Óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
	Crems vaginais	2
ICF2A	Total Seção A	

Seção B

Para cada medicação da farmacoterapia marque [√] no quadro correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [√] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de Dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1xdia			1	
1xdia S/N			0,5	
2xdia			2	
2xdia S/N			1	
3xdia			3	
3xdia S/N			1,5	
4xdia			4	
4xdia S/N			2	
12/12h			2,5	
12/12h S/N			1,5	
8/8h			3,5	
8/8h S/N			2	
6/6h			4,5	
6/6h S/N			2,5	
4/4h			6,5	
4/4h S/N			3,5	
2/2h			12,5	
2/2h S/N			6,5	

	S/N		0,5	
	Dias alternados ou menor frequência		2	
	Oxigénio S/N		1	
	Oxigénio < 5h		2	
	Oxigénio > 15h		3	
ICF1B	Total Secção B			

Secção C

Marque [√] no quadro que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [√] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções Adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x Número medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p.ex., 2 comprimidos, 2 jatos)			1	
Dose variável (p.ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico (p.ex., manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com o alimento (p.ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	

	Reduzir ou aumentar a dose progressivamente		2	
	Doses alternadas (p. ex., 1 manhã e 2 noite, ½ em dias alternados)		2	
ICF1C	Total Secção C			

ICF1

Total da Complexidade da Farmacoterapia

(Soma da secção A, B e C (A+B+C))

Crenças acerca dos medicamentos (BMQ-Specific)

Pretendemos saber a sua perceção acerca dos medicamentos que toma.

Gostaríamos de saber a sua perceção acerca dos medicamentos que lhe são prescritos.

Apresentamos algumas afirmações que outras pessoas fizeram acerca dos seus medicamentos.

Por favor, indique em que medida concorda ou discorda com elas assinalando uma opção.

Não há respostas corretas ou erradas.

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente

CrMN1	N1. Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	1	2	3	4	5
CrMN2	N2. A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	1	2	3	4	5
CrMN3	N3. Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	1	2	3	4	5
CrMN4	N4. A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	1	2	3	4	5
CrMN5	N5. Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	1	2	3	4	5
CrMC1	C1. Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos	1	2	3	4	5
CrMC2	C2. Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos	1	2	3	4	5
CrMC3	C3. Estes medicamentos são um mistério para mim	1	2	3	4	5
CrMC4	C4. Estes medicamentos perturbam a minha vida	1	2	3	4	5
CrMC5	C5. Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos	1	2	3	4	5
CrMC6	C6. Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários	1	2	3	4	5

Apêndice B: Informação para a obtenção de consentimento esclarecido para participação em estudos de investigação

Título do Estudo

Gestão do Regime Medicamentoso da Pessoa Idosa na Transição Hospital-Casa

Descrição do estudo

Os idosos tomam habitualmente muitos medicamentos em simultâneo e conhecem-se os benefícios destes, mas quando não tomados convenientemente podem conduzir a problemas de saúde.

O presente estudo integra a investigação intitulada **Gestão do Regime Medicamentoso da Pessoa Idosa na Transição Hospital-Casa** e procura minimizar os problemas associados à utilização incorreta da medicação.

A investigação que se propõe tem como **finalidade** o desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem de gestão do regime medicamentoso na transição hospital-casa, com possível impacto positivo na adesão aos medicamentos e na minimização dos reinternamentos hospitalares. O presente estudo tem os seguintes objetivos:

- Identificar **características sociodemográficas** e de **saúde** da população idosa internada na Unidade de Medicina.
- Identificar a **natureza** e a **prevalência** de readmissões hospitalares.
- Avaliar a **complexidade do regime medicamentoso** das pessoas idosas internadas.
- Avaliar a **adesão à medicação**.
- Identificar, conhecer e compreender as **necessidades** das pessoas idosas readmitidas relativamente à gestão da medicação e **como desenvolvem** esta atividade quando regressam a casa.

É então **convidado** à participação no presente estudo. Se eu concordar em participar neste estudo, eu concordo em responder a algumas questões sobre mim e sobre os meus medicamentos. A minha participação consiste na resposta a **questionários** durante o

internamento hospitalar. Existe ainda a possibilidade da minha participação no estudo conduzir a uma **entrevista** até 15 dias após a saída do hospital acerca do modo como giro a minha medicação em casa. A minha participação também inclui o acesso ao meu processo de saúde.

Possíveis benefícios

Como resultado do estudo, posso vir a descobrir fatores que influenciam a adesão à medicação e que eventualmente possa modificar para melhor gerir o meu regime medicamentoso e minimizar os riscos a que estou exposto.

Riscos

Não se identificam riscos ou inconvenientes na minha participação e estão salvaguardados os princípios de natureza ética pela aprovação da Comissão de Ética CHULC (n.º 425/2017)

Confidencialidade

Os meus dados pessoais e a informação sobre os medicamentos são confidenciais e são apenas utilizados de acordo com os objetivos do estudo. Eu não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados.

Direitos

Eu percebo e aceito que a minha participação no estudo é voluntária e eu posso abandonar o estudo a qualquer momento, sem que decorra qualquer prejuízo ou sanção para mim. Eu percebo que se decidir abandonar o estudo nada será afetado nos meus cuidados habituais de saúde durante o internamento e na continuidade destes nos serviços comunitários. Ficarei com o duplicado do consentimento assinado.

Consentimento:

Eu concordo fazer parte do estudo em que forneço informação acerca dos meus medicamentos e da minha condição de saúde e concedo uma entrevista, se necessário, quando regressar a casa.

Assinatura _____

Data _____

Apêndice C: Guião da entrevista semiestruturada

Introdução

Convidei-o(a) para esta entrevista porque tem pelo menos quatro medicamentos prescritos e tem recorrido regularmente aos cuidados de saúde. Tenho interesse em ouvir a sua experiência sobre como gere o regime medicamentoso todos os dias, particularmente depois de ter regressado a casa após o internamento hospitalar, e ainda como é que os profissionais de saúde o(a) ajudam neste âmbito.

São várias as perguntas que gostaria de lhe colocar e assinalar que não existem respostas corretas ou incorretas. Por isso, sinta-se à vontade para partilhar a sua perspetiva e experiência.

Antes de começarmos, gostaria de lembrar que a entrevista é confidencial. Irei tirar notas, mas será apenas para garantir que não são perdidas informações essenciais. Ninguém terá acesso à gravação áudio e o seu nome não surgirá em qualquer relatório desta investigação.

Caraterização dos participantes

Código do participante

Idade e data de nascimento

Quantos medicamentos tem prescritos

Número de internamentos nos últimos 12 meses

Número de idas ao serviço de urgência nos últimos 12 meses

Para começar, queria que pensasse sobre os diferentes medicamentos que toma diariamente.

Questões	Componente COM-B
Bloco A: Consumo de múltiplos medicamentos	
Quão importante é para si tomar todos os seus medicamentos como o seu médico lhe prescreveu?	Reflective motivation
Como é que é para si tomar medicamentos todos os dias?	Automatic motivation
O que é que o motiva a tomar a medicação?	Reflective motivation
Quais são os benefícios que crê existirem quando toma dos seus medicamentos? Pergunta de suporte: considera que tomar ou não tomar a sua medicação tem impacto no seu bem-estar e no controlo da sua doença?	Reflective motivation
Quais são os riscos/desvantagens que associa à toma dos medicamentos?	Reflective motivation
Considera que os benefícios de tomar a medicação se sobrepõem às desvantagens?	Reflective motivation
Estabelece alguma relação entre a toma da sua medicação [forma como a gere] e os seus internamentos?	Reflective motivation
Alguma vez decidiu não tomar a medicação conforme prescrita? E qual foi a razão?	Psychological capability
Quem é que influencia a sua decisão sobre tomar ou não a medicação?	Social opportunity
Como considera que tem controlo sobre a sua medicação?	Reflective motivation
Bloco B: Conhecimento sobre os medicamentos	
Mostre-me os seus medicamentos. Conte-me o que sabe sobre eles. Para que servem cada um dos seus medicamentos?	Psychological capability
Diga-me como tem que tomar cada um destes medicamentos.	Physical capability
Bloco C: Estratégias de gestão da medicação	
Gostava que pensasse acerca da sua rotina diária e na integração da toma dos medicamentos no seu dia-a-dia. Descreva as mudanças que ocorreram no seu estilo de vida desde que toma todos estes medicamentos.	-
Como é que gere a sua medicação num dia habitual? Perguntas de suporte: como se lembra de tomar os seus medicamentos? Como identifica o medicamento que deve tomar, a dose, a hora.	-
O que é que torna difícil gerir a sua medicação em casa?	Physical opportunity
O que é que o ajuda a tomar a sua medicação em casa?	Physical opportunity
Quais são os maiores desafios em tomar múltiplos medicamentos por dia?	Reflective motivation
O que é que o(a) ajuda ou ajudaria a ultrapassar os desafios que experiencia na toma da medicação?	Psychological capability

Perguntas de suporte: estratégias práticas e procedimentos	
Como é que se sentiria se não fizesse a medicação como prescrita?	Automatic motivation
Bloco D: Transição Hospital-Casa	
Recorde o seu internamento recente.	-
Qual o tipo de ação ou intervenção dos profissionais de saúde que experienciou como fundamental para melhor gerir o seu regime medicamentoso?	Physical opportunity
Recorde e descreva a informação que lhe foi transmitida sobre os medicamentos que iria tomar quando regressasse a casa.	Physical opportunity
Como foi gerir a medicação quando regressou a casa?	-
Sentiu que conseguia tomar corretamente os medicamentos?	Reflective motivation
Que mudanças faria no serviço de saúde que considera que poderiam ajudá-lo a melhor gerir a medicação?	Physical opportunity
Bloco E: Relação com os prestadores de cuidados	
Descreva o seu acesso aos serviços de saúde. Pergunta de suporte: Como obtém habitualmente as suas prescrições?	Physical opportunity
Descreva a sua relação com os profissionais de saúde	Physical opportunity
Qual acha que é o papel do enfermeiro em ajudar a gerir a sua medicação?	Physical opportunity
Quando tem uma consulta com o profissional de saúde, este fala sobre os diferentes medicamentos que toma e verifica como os gere?	Physical opportunity
Habitualmente as decisões sobre a medicação que lhe é prescrita são tomadas em conjunto com o seu médico?	Physical opportunity
Se pensar sobre como os profissionais de saúde o(a) ajudam a gerir a sua medicação, o que é que poderia ser feito de maneira diferente?	Physical opportunity

Apêndice D: Tradução, adaptação e validação da Taxonomia de Técnicas de Mudança de Comportamento (BCTTV1)

Descrição do procedimento

Um trabalho de base colaborativa e iterativa foi utilizado para traduzir o BCTTV1 para a língua portuguesa (Douglas & Craig, 2007). De acordo com as recomendações, utilizou-se uma abordagem com pessoas com perícia em diferentes áreas (e.g. enfermagem, ciências farmacêuticas, ciência da mudança comportamental).

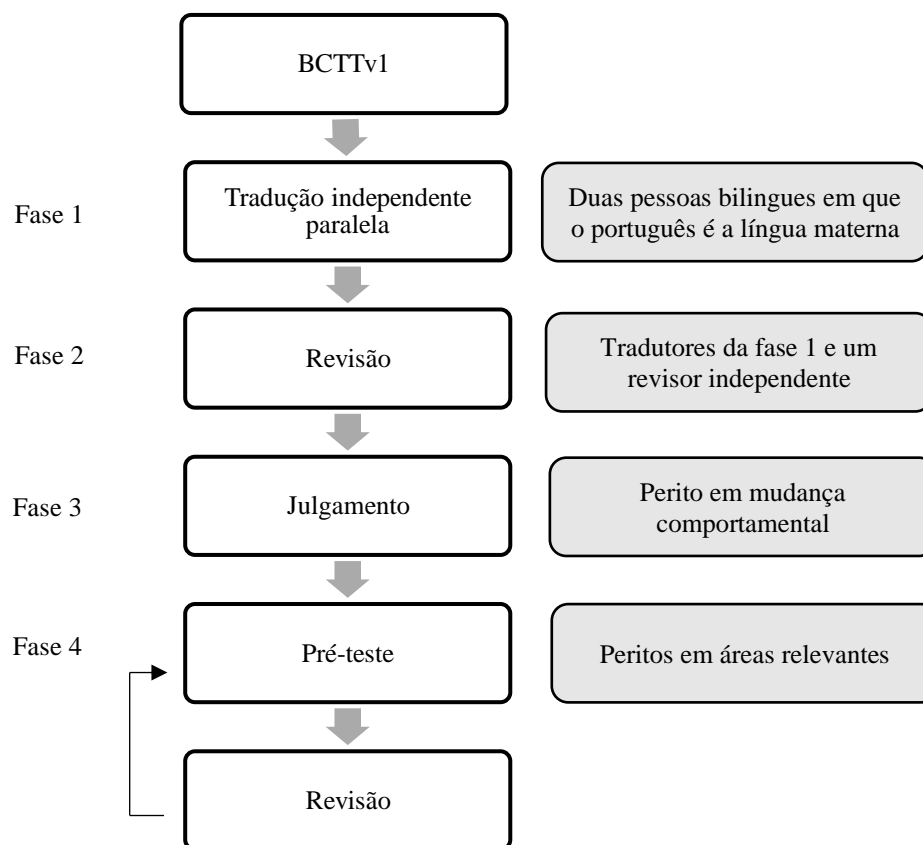
Este processo incluiu cinco etapas: (1) tradução, (2) revisão, (3) julgamento, (4) pré-teste e (5) documentação (Douglas & Craig, 2007). Estas etapas podem resultar num processo iterativo. Por exemplo, a revisão pode resultar numa nova tradução, o que se aplica a outras etapas também.

Na fase 1, dois pessoas bilingues em que o português é a língua materna (IBF e CS), realizaram a tradução independente paralela da BCTTV1 para a língua portuguesa - língua alvo (LA). Resultaram duas versões traduzidas da taxonomia (LA1 e LA2).

Sessões entre os tradutores (IBF e CS) e um revisor independente foram realizadas para discutir as duas versões traduzidas da taxonomia (LA1 e LA2) e foram comparadas as LA1 e LA2 com a versão no idioma de origem (SL) da BCTTV1, o que corresponde à fase 2. Esta fase resultou numa versão para revisão final (AL3), que será encaminhada para apreciação de uma pessoa com perícia em mudança comportamental (MMM), resultando numa versão AL4 (etapa 3).

Face aos recursos disponíveis e à extensão da BCTTV1, as BCTs apresentadas na tabela seguinte correspondem à versão AL3.

De acordo com o protocolo de tradução, o próximo passo é realizar um pré-teste da BCTTV1-PT com peritos de várias áreas da saúde e ciência de mudança comportamental, que validarão a versão AL4. As sugestões e comentários dos peritos serão incorporados numa versão final da taxonomia (etapa 4). A figura seguinte esquematiza as diferentes etapas da tradução, adaptação e validação da Taxonomia de Técnicas de Mudança de Comportamento (BCTTV1).



Técnicas de mudança comportamental e definição

No.	Identificador	Definição	Exemplos
1	Objetivos e planeamento		
1.1	Formulação de objetivos (comportamento)	<p>Estabelecer ou acordar um objetivo em termos do comportamento a alcançar.</p> <p><i>Nota: codificar formulação de objetivos apenas se existir evidência suficiente de que o objetivo é formulado como parte da intervenção; se o objetivo é inespecífico ou é um resultado do comportamento, codificar como 1.3 Formulação de objetivos (resultados); se conjuntamente com o objetivo é definido o contexto, frequência, duração ou intensidade para o comportamento, codificar <u>também</u> como 1.4 Planeamento da ação</i></p>	Acorde com a pessoa o objetivo de caminhar diariamente (e.g., 5 km).

No.	Identificador	Definição	Exemplos
1.2	Resolução de problemas	<p>Analisar, ou incentivar a pessoa a analisar, os fatores que influenciam o comportamento e definir ou selecionar estratégias que permitam ultrapassar as barreiras e/ou potencializar os facilitadores (inclui “Prevenção da recaída”)</p> <p><i>Nota: a identificação da barreira sem soluções não é suficiente. Se o TMC não incluir a análise do problema comportamental, considere 11.2. Redução de emoções negativas, 12.1. Reestruturação do ambiente físico para facilitar o comportamento desejado, 12.2. Reestruturação do ambiente social ou 12.3. Redução da exposição a estímulos promotores do comportamento indesejado</i></p>	<p>Identifique estímulos específicos (e.g. estar num bar, sentir-se ansioso) que provoquem impulso/vontade/necessidade de beber e desenvolva estratégias para evitar esses estímulos ambientais ou para gerir emoções negativas, como ansiedade, que motivam o consumo de álcool.</p> <p>Incentive a pessoa a identificar barreiras à iniciação de um novo plano de exercício (e.g. falta de motivação) e discuta formas de as ultrapassar (e.g., ir ao ginásio com um amigo).</p>
1.4	Planeamento da ação	<p>Incentivar o planeamento detalhado da realização do comportamento (deve incluir pelo menos: contexto, frequência, duração ou intensidade). O contexto pode ser ambiental (físico ou social) ou interno (físico, emocional ou cognitivo) (inclui “Implementação de intenções”)</p> <p><i>Nota:</i> -o planeamento da ação não implica necessariamente a formulação de objetivos, codificar posteriormente apenas se existir evidência suficiente</p>	<p>Encoraje a elaboração de um plano em que a pessoa tenha consigo preservativos quando sair socialmente aos fins-de-semana.</p> <p>Incentivar o planeamento da realização de uma atividade física específica (e.g. corrida) num horário específico (e.g. antes do trabalho) em determinados dias da semana.</p>
2 Feedback e monitorização			
2.2	Feedback acerca do desempenho no comportamento	<p>Monitorizar e providenciar <i>feedback</i> informativo ou avaliativo sobre o desempenho do comportamento (ex., forma, frequência, duração, intensidade).</p> <p><i>Nota:</i> - se Biofeedback, codificar apenas 2.6. Biofeedback e não 2.2. Feedback acerca do comportamento; - se o feedback for sobre os resultados do comportamento, codificar 2.7. Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento; - se não existirem evidências claras de que o feedback tenha sido dado, codificar 2.1. Monitorização externa do comportamento sem feedback; - se o feedback acerca do comportamento for avaliativo (ex., elogio), codificar também 10.4. Recompensa social.</p>	<p>Informe a pessoa de quantos passos ela percorreu por dia (conforme registrado num pedómetro) ou quantas calorias ingeriu por dia (com base num questionário de consumo alimentar).</p>

No.	Identificador	Definição	Exemplos
2.3	Automonitorização do comportamento	<p>Estabelecer um método para a pessoa monitorizar e registar o(s) seu(s) comportamento(s) como parte da estratégia de mudança de comportamento.</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - se a monitorização for parte dos procedimentos de colheita de dados, em vez de uma estratégia com o objetivo de modificar o comportamento, não codificar; - se a monitorização for sobre os resultados do comportamento, codificar 2.4. <i>Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento;</i> - se a monitorização for realizada por outra pessoa (sem feedback), codificar 2.1. <i>Monitorização externa do comportamento sem feedback.</i> 	<p>Peça à pessoa para registar diariamente, num diário, se escovou os dentes, por pelo menos dois minutos, antes de ir para a cama.</p> <p>Dê à pessoa um pedómetro e um formulário para registar o número total de passos diários.</p>
2.4	Automonitorização do(s) resultado(s) do comportamento	<p>Estabelecer um método para a pessoa monitorizar e registar o(s) resultado(s) do seu comportamento como parte da estratégia de mudança de comportamento.</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - se a monitorização for parte dos procedimentos de colheita de dados, em vez de uma estratégia com o objetivo de mudar o comportamento, não codificar; - se for automonitorização do comportamento, codificar 2.3 <i>Automonitorização do comportamento;</i> - se a monitorização for realizada por outra pessoa (sem feedback), codificar 2.1. <i>Monitorização externa do comportamento sem feedback.</i> 	<p>Peça à pessoa para se pesar no final de cada dia, durante duas semanas, e registar o seu peso diário num gráfico, como forma de aumentar a sua atividade física.</p>
2.6	Biofeedback	<p>Fornecer feedback sobre o corpo (ex. estado fisiológico ou bioquímico), usando um dispositivo externo de monitorização como parte de uma estratégia de mudança de comportamento.</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - se for Biofeedback, codificar apenas 2.6. <i>Biofeedback</i>, e <u>não</u> 2.2 <i>Feedback acerca do comportamento</i> ou 2.7. <i>Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento</i> 	<p>Informe a pessoa sobre a sua pressão arterial para melhorar a adoção de comportamentos saudáveis.</p>

No.	Identificador	Definição	Exemplos
2.7	Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento	<p>Monitorizar e fornecer feedback sobre o(s) resultado(s) do desempenho do comportamento</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - se for Biofeedback, codificar apenas 2.6. Biofeedback, e <u>não</u> 2.7. Feedback acerca do(s) resultado(s) do comportamento - se o feedback for sobre o comportamento, codificar 2.2. Feedback acerca do comportamento; - se não existirem evidências suficientes de que feedback tenha sido dado, codificar 2.5. <p>Monitorização externa do(s) resultado(s) do comportamento, sem feedback;</p> <ul style="list-style-type: none"> - se o feedback acerca do comportamento for avaliativo (ex., elogio), codificar também 10.4. Recompensa social. 	Informe a pessoa de quanto peso perdeu após a implementação de um novo plano de exercícios.
3 Suporte social			
3.1	Suporte social (inespecífico)	<p>Aconselhar, providenciar ou fornecer suporte social (e.g. de amigos, familiares, colegas ou profissionais) ou elogiar ou recompensar de forma independente do desempenho do comportamento. Inclui encorajamento e aconselhamento, mas somente quando é dirigido ao comportamento</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - participar numa aula de grupo e/ou menção de “follow-up” não se aplica a esta TMC necessariamente; suporte tem que ser mencionado explicitamente. - se o suporte for logístico, codificar 3.2. Suporte social logístico; - se o suporte for emocional, codificar 3.3. Suporte social emocional (inclui “Entrevista Motivacional” e “Terapia Cognitivo-Comportamental”) 	<p>Aconselhe a pessoa a ligar para um “amigo” quando sente vontade de fumar</p> <p>Providencie um companheiro para incentivar a continuação do programa de mudança de comportamento</p> <p>Forneça informações sobre um grupo de autoajuda que apoie o comportamento</p>
3.2	Suporte social (logístico)	<p>Aconselhar, providenciar ou fornecer ajuda prática (e.g. de amigos, familiares, colegas ou profissionais) para o desempenho do comportamento</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - participar numa aula de grupo e/ou menção de “follow-up” não se aplica a esta TMC necessariamente; suporte tem que ser mencionado explicitamente - se o suporte for emocional, codificar 3.3. Suporte social emocional; 	Peça ao companheiro do doente para colocar o blister do medicamento na mesa de refeição para que ele se lembre de tomá-lo

No.	Identificador	Definição	Exemplos
		<p>- se for geral ou não específico, codificar 3.1. Suporte social não específico</p> <p>- se houver apenas re-estruturação do ambiente físico ou adição de objetos ao ambiente, codificar 12.1. Reestruturação do ambiente físico ou 12.5. Adicionar objetos ao ambiente</p>	
3.3	Suporte social (emocional)	<p>Aconselhar, providenciar ou fornecer suporte emocional (e.g. de amigos, familiares, colegas ou profissionais) para o desempenho do comportamento</p> <p><i>Nota:</i></p> <p>- participar numa aula de grupo e/ou menção de "follow-up" não se aplica a esta TMC necessariamente; suporte tem que ser mencionado explicitamente</p> <p>- se o suporte for geral ou não específico, codificar 3.1. Suporte social inespecífico;</p> <p>- se for logístico/prático, codificar 3.2. Suporte social logístico</p>	Peça ao doente que leve um parceiro ou amigo para o acompanhar à consulta de colonoscopia
4	Conhecimento		
4.1	Instruções sobre como desempenhar o comportamento	<p>Aconselhar ou acordar sobre como executar o comportamento</p> <p><i>Nota:</i></p> <p>- quando a pessoa participa em aulas (ex., de atividade física ou culinária), codificar 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento; 8.1. Treino do comportamento para aumentar competência e 6.1. Demonstração do comportamento (modelagem)</p>	Aconselhe a pessoa como colocar um preservativo corretamente num modelo de pénis
4.2	Informação sobre antecedentes	Fornecer informação sobre antecedentes (e.g. situações e eventos sociais e ambientais, emoções, conhecimentos) que prevejam fidedignamente o desempenho do comportamento	Aconselhe a manter um registro de lanches e de situações ou eventos que ocorreram antes do lanche
4.3	Re-atribuições de causas do comportamento	Incitar as causas percebidas de comportamento e sugerir explicações alternativas (e.g. externas ou internas e estáveis ou instáveis)	Se a pessoa atribuir o excesso de ingestão de comida à presença frequente de comida deliciosa, sugira que a causa "real" possa ser a falta de atenção da pessoa aos sinais corporais de fome e saciedade
5	Consequências		

No.	Identificador	Definição	Exemplos
5.1	Informação sobre as consequências para a saúde	<p>Fornecer informação (e.g. escrita, verbal ou visual) sobre as consequências para a saúde ao executar o comportamento</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - as consequências podem ser para qualquer alvo, não apenas para os recetores da intervenção - se a informação for sobre as consequências emocionais, codificar 5.6. Informação sobre as consequências emocionais - se for sobre consequências sociais, contextuais ou não específicas, codificar 5.3. Informação sobre as consequências sociais e ambientais 	<p>Explique que não terminar um ciclo de antibióticos pode aumentar a suscetibilidade a infeções</p> <p>Apresente a probabilidade de contrair uma infeção sexualmente transmissível após comportamento sexual desprotegido</p>
5.2	Salientar as consequências	<p>Utilizar métodos específicos para enfatizar as consequências do desempenho do comportamento (transpõe a informação sobre as consequências)</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - se for dada informação sobre as consequências, codificar <u>também</u> um dos seguintes: 5.1. Informação sobre as consequências para a saúde, 5.6. Informação sobre as consequências emocionais ou 5.3. Informação sobre as consequências sociais e ambientais 	<p>Produzir maços de tabaco que mostram imagens das consequências para a saúde, e.g. pulmões com sinais de doença para destacar os perigos do tabagismo</p>
6	Comparação do comportamento		
6.1	Demonstração do comportamento	<p>Demonstrar como é desempenhado o comportamento por uma pessoa ou através de filmes, imagens, promovendo a aspiração ou imitação (inclui "Modelagem")</p> <p><i>Nota:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - se aconselhado a praticar, codificar <u>também</u> 8.1. Treino do comportamento - se providenciada com instruções de como realizar o comportamento, codificar <u>também</u> 4.1. Instruções sobre como desempenhar o comportamento 	<p>Demonstrar aos enfermeiros como abordar a questão do consumo excessivo de bebidas alcoólicas com os doentes, através de um exercício de dramatização</p>
7	Associações		
7.1	Estímulos/sinais	<p>Definir ou introduzir estímulos ambientais ou sociais para incentivar ou alertar para o comportamento. Os estímulos ou sinais normalmente ocorrem no momento ou local do desempenho</p>	<p>Coloque um adesivo no espelho do banheiro para lembrar as pessoas de escovar os dentes</p>

No.	Identificador	Definição	Exemplos
		<p><i>Nota:</i></p> <p>- quando um estímulo está ligado a uma ação específica num plano condicional do tipo “se isto, então aquilo”, incluindo frequência, duração ou intensidade, codificar <u>também</u> 1.4. Planeamento da ação</p>	
8	Repetição e substituição		
8.1	Treino do comportamento	<p>Treinar o comportamento uma ou mais vezes num contexto ou período de tempo em que pode não ser necessária a sua execução, visando o aumento do hábito e a habilidade</p> <p><i>Nota:</i></p> <p>- se o objetivo for associar a realização do comportamento com o contexto, codificar <u>também</u> 8.3. Formação de hábitos</p>	Incentivar que os doentes com asma pratiquem a medição do seu pico de fluxo no consultório de enfermagem
8.3	Formação de hábitos	Treinar e repetir o comportamento no mesmo contexto para que este despolete o comportamento	Solicite aos doentes que tomem os seus comprimidos de estatina antes de escovar os dentes todas as noites
9	Comparação de resultados		
9.1	Fonte credível	Apresentar uma comunicação verbal ou visual de uma fonte credível a favor ou contra o comportamento	Apresente um discurso proferido por um profissional qualificado para enfatizar a importância de não expor os doentes a radiação desnecessária, solicitando radiografias para dores lombares
9.2	Formulação de prós e contras	<p>Recomendar que a pessoa identifique e compare as razões para querer (prós) e não querer (contras) mudar o comportamento</p> <p><i>Nota:</i></p> <p>- se providenciar informação acerca de consequências para a saúde, codificar <u>também</u> 5.1 Informação sobre as consequências para a saúde;</p> <p>- se acerca de consequências emocionais, codificar <u>também</u> 5.6. Informação sobre as consequências emocionais;</p> <p>- se acerca de consequências sociais, ambientais ou não especificadas, codificar <u>também</u> 5.3. Informação sobre as consequências sociais e ambientais</p>	Aconselhe a pessoa a listar e comparar as vantagens e desvantagens da prescrição de antibióticos para infeções do trato respiratório superior
9.3	Comparação de resultados futuros	Solicitar ou aconselhar a ideação e a comparação de resultados futuros perante o comportamento alterado e inalterado	Peça à pessoa para imaginar e comparar os resultados prováveis ou possíveis após comparecer a uma consulta de

No.	Identificador	Definição	Exemplos
			triagem <i>versus</i> ou não comparecer
11	Regulação		
11.2	Redução de emoções negativas	Aconselhar sobre estratégias para reduzir emoções negativas para facilitar o desempenho do comportamento (inclui “Stress Management”)	Aconselhe sobre o uso de habilidades de gestão de stress, e.g. reduzir a ansiedade de integrar os em Alcoólicos Anónimos
12	Antecedentes		
12.1	Reestruturação do ambiente físico	Alterar ou aconselhar a alteração do ambiente físico, a fim de facilitar o desempenho do comportamento desejado ou criar barreiras ao comportamento indesejado (diferente de estímulos, recompensas e punições)	Aconselhe a guardar biscoitos e lanches num armário que seja inconveniente de aceder Retire a máquina de venda automática do recinto escolar
12.2	Reestruturação do ambiente social	Alterar ou aconselhar a mudar o ambiente social, a fim de facilitar o desempenho do comportamento desejado ou criar barreiras ao comportamento indesejado (diferente de estímulos, recompensas e punições) <i>Nota:</i> - poderá incluir <u>também</u> 12.3. <i>Redução da exposição a estímulos para o comportamento</i> - se também implicar re-estruturar o ambiente físico, codificar <u>também</u> 12.1. <i>Reestruturação do ambiente físico</i>	Aconselhe a minimizar o tempo gasto com amigos que bebem muito para reduzir o consumo de bebidas alcoólicas
12.3	Evitar/reduzir a exposição a estímulos para o comportamento	Aconselhar sobre como evitar a exposição a estímulos sociais e contextuais/físicos relacionados com o comportamento, incluindo a mudança de rotinas diárias ou semanais <i>Nota:</i> - poderá envolver <u>também</u> 12.1. <i>Reestruturação do ambiente físico e/ou</i> 12.2. <i>Reestruturação do ambiente social</i> - se a BCT inclui a análise do problema comportamental, codificar <u>apenas</u> 1.2. <i>Resolução de problemas</i>	Sugira a uma pessoa que deseja parar de fumar que sua vida social se concentre em atividades que não sejam em bares, que possam estar associados ao ato de fumar
12.5	Adicionar objetos ao ambiente	Adicionar objetos ao ambiente para facilitar o desempenho do comportamento <i>Nota:</i> - providenciar informação (ex., escrita, verbal, visual) na forma de um panfleto é insuficiente.	Forneça preservativos gratuitos para facilitar o sexo seguro Forneça uma escova de dentes atraente para melhorar a técnica de escovagem

No.	Identificador	Definição	Exemplos
		<p>- se for acompanhado por suporte social, codificar <i>também</i> 3.2. Suporte social logístico</p> <p>- se além da adição de objetos o ambiente for modificado, codificar <i>também</i> 12.1. Reestruturação do ambiente físico</p>	
15	Crença pessoal		
15.1	Persuasão verbal sobre as capacidades	Manifestar que a pessoa consegue desempenhar o comportamento desejado, argumentando contra as suas dúvidas e assegurando que será bem-sucedida	Dizer à pessoa que ela consegue ser bem-sucedida em aumentar a sua atividade física, mesmo tendo tido um enfarte recentemente
15.2	Ensaio mental sobre o desempenho bem-sucedido do comportamento	Aconselhar a imaginar o desempenho do comportamento desejável em contextos relevantes	Aconselhe a pessoa a imaginar comer e disfrutar de uma salada na cantina do local de trabalho

Apêndice E: Modelo de regressão logística

Regression

Input	Data	C:\TRABALHOS (2020)\Isa Felix\BD_ISA.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	Grupo = 1 (FILTER)
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	245
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any variable used.
Syntax		REGRESSION /MISSING LISTWISE /STATISTICS COEFF OUTS R ANOVA COLLIN TOL /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10) /NOORIGIN /DEPENDENT AdesaoTOTAL /METHOD=ENTER Depressao Total_Conh_Medicamentos Total_Ajuda Crenças_Preocupação Crenças_Necessidades MNA23_REC /PARTIALPLOT ALL /SCATTERPLOT=(*ZRESID ,*ZPRED) /RESIDUALS DURBIN HISTOGRAM(ZRESID) NORMPROB(ZRESID).

Variables Entered/Removed^a

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
-------	-------------------	----------------------	--------

1	REC_Estado nutritivo, Total_Conh_Medicamentos, Crenças_Preocupação, Crenças_Necessidades, Total_Ajuda, Total Escala Depressão ^b	. Enter
---	--	---------

a. Dependent Variable: Adesão Total

b. All requested variables entered.

Model Summary^b

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Durbin-Watson
1	,491 ^a	,241	,222	3,427	,458

a. Predictors: (Constant), REC_Estado nutritivo, Total_Conh_Medicamentos, Crenças_Preocupação, Crenças_Necessidades, Total_Ajuda, Total Escala Depressão

b. Dependent Variable: Adesão Total

ANOVA^a

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	886,621	6	147,770	12,585	,000 ^b
	Residual	2794,579	238	11,742		
	Total	3681,200	244			

a. Dependent Variable: Adesão Total

b. Predictors: (Constant), REC_Estado nutritivo, Total_Conh_Medicamentos, Crenças_Preocupação, Crenças_Necessidades, Total_Ajuda, Total Escala Depressão

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		t	Sig.	Collinearity
		B	Std. Error	Beta				Statistics
1	(Constant)	32,759	1,580			20,738	,000	
	Total Escala Depressão	-,171	,079	-,142		-2,167	,031	,743
	Total_Conh_Medicamentos	-,001	,008	-,005		-,085	,932	,826
	Total_Ajuda	-,121	,086	-,090		-1,402	,162	,767
	Crenças_Preocupação	-1,070	,317	-,204		-3,372	,001	,873
	Crenças_Necessidades	1,624	,320	,306		5,078	,000	,877
	REC_Estado nutritivo	,381	,406	,058		,940	,348	,827

Coefficients^a

Model		Collinearity Statistics	
		VIF	
1	(Constant)		
	Total Escala Depressão		1,347
	Total_Conh_Medicamentos		1,211
	Total_Ajuda		1,304
	Crenças_Preocupação		1,146
	Crenças_Necessidades		1,140
	REC_Estado nutritivo		1,209

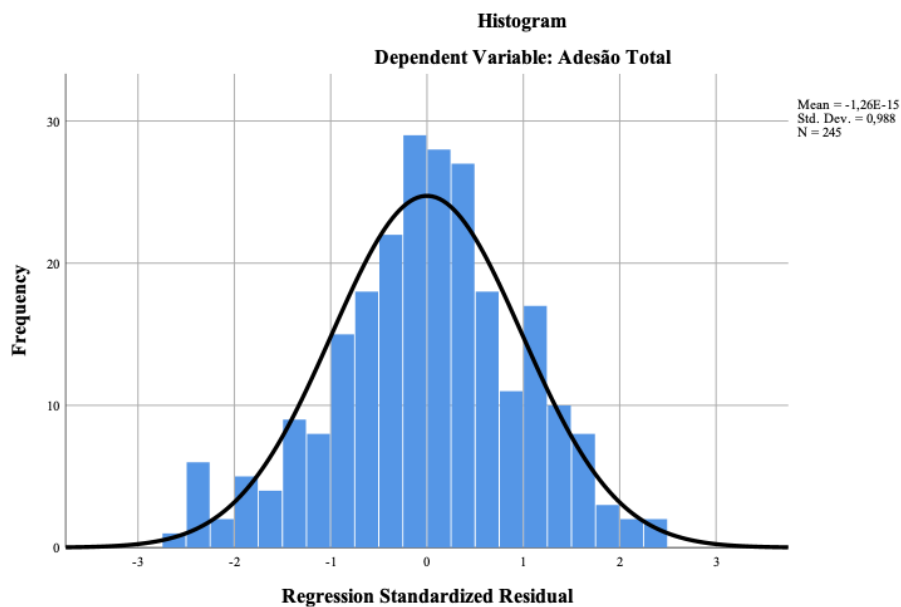
a. Dependent Variable: Adesão Total

Residuals Statistics^a

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	N
Predicted Value	30,77	39,99	35,49	1,906	245
Residual	-9,232	8,279	,000	3,384	245
Std. Predicted Value	-2,472	2,365	,000	1,000	245
Std. Residual	-2,694	2,416	,000	,988	245

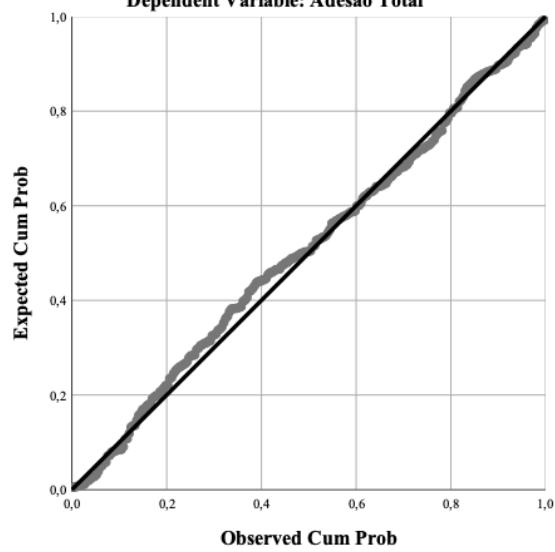
a. Dependent Variable: Adesão Total

Charts



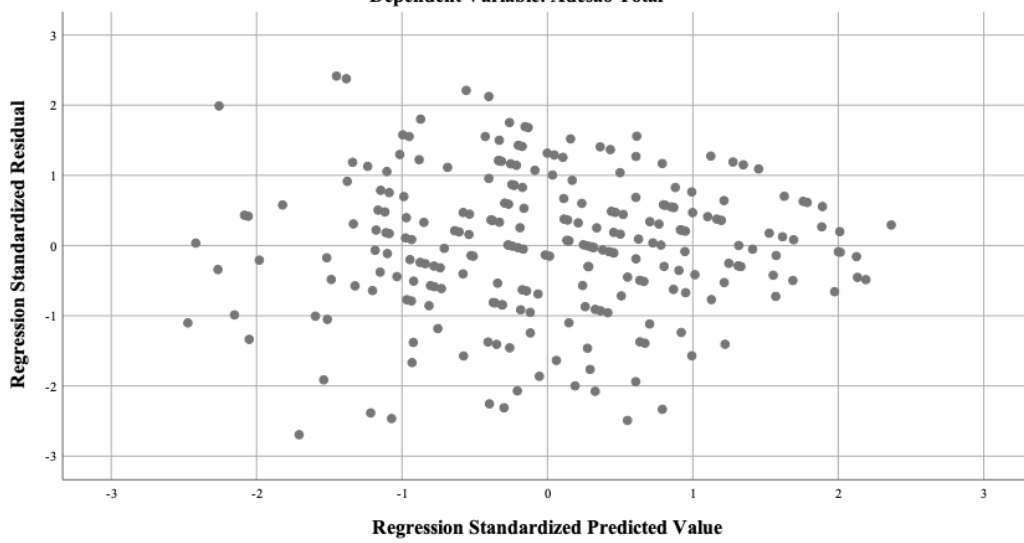
Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

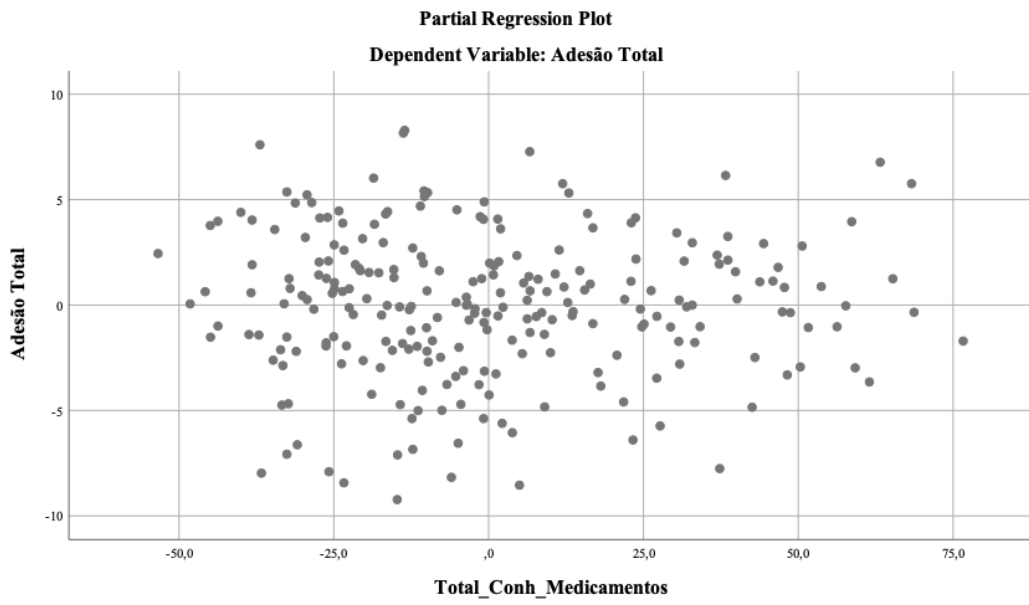
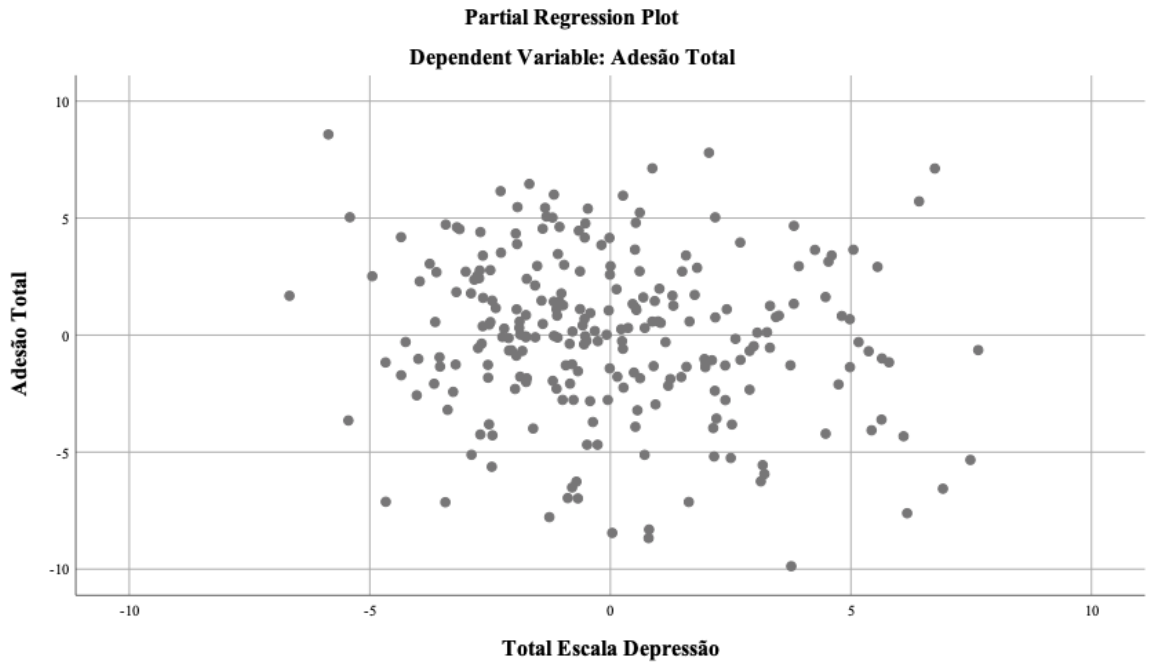
Dependent Variable: Adesão Total

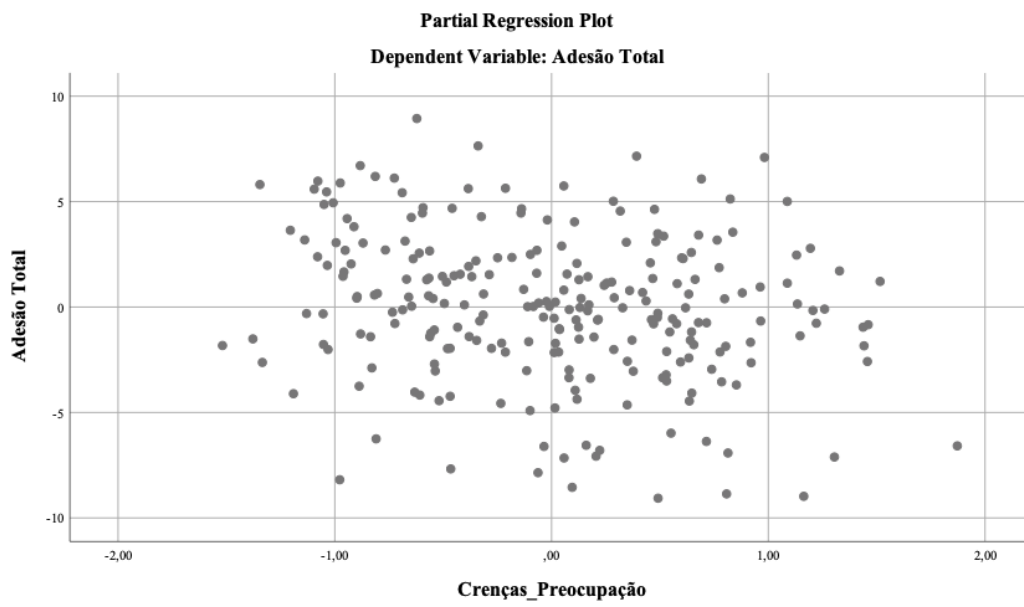
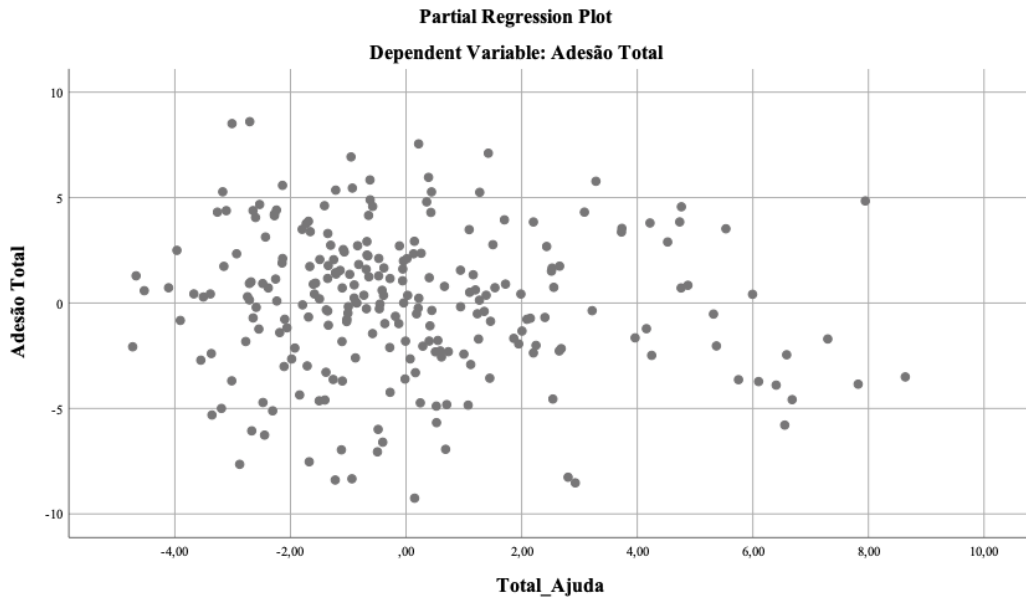


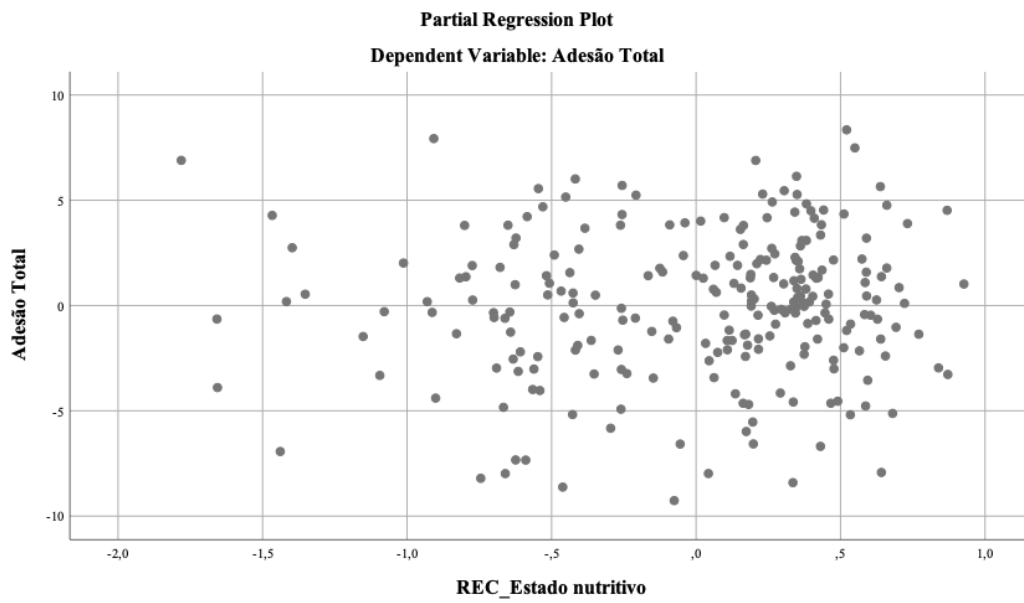
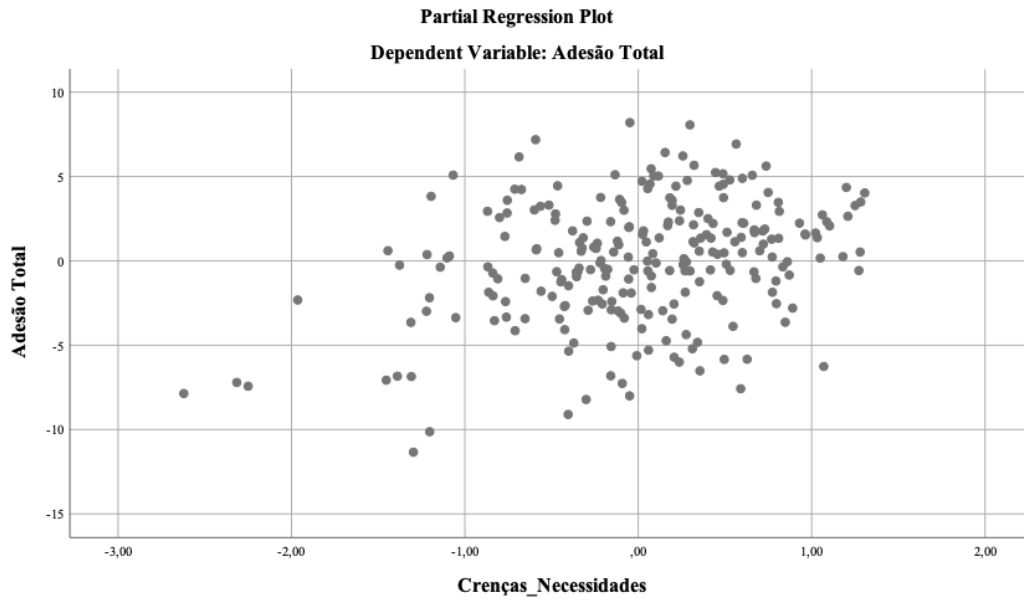
Scatterplot

Dependent Variable: Adesão Total









```

EXAMINE VARIABLES=ZRE_1
/PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT
/COMPARE GROUPS
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/CINTERVAL 95
/MISSING LISTWISE
/NOTOTAL.

```

Explore

Notes

Input	Data	C:\TRABALHOS (2020)\Isa Felix\BD_ISA.sav
	Active Dataset	DataSet1
	Filter	Grupo = 1 (FILTER)
	Weight	<none>
	Split File	<none>
	N of Rows in Working Data File	245
Missing Value Handling	Definition of Missing	User-defined missing values for dependent variables are treated as missing.
	Cases Used	Statistics are based on cases with no missing values for any dependent variable or factor used.
Syntax		EXAMINE VARIABLES=ZRE_1 /PLOT BOXPLOT STEMLEAF NPLOT /COMPARE GROUPS /STATISTICS DESCRIPTIVES /CINTERVAL 95 /MISSING LISTWISE /NOTOTAL.

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Standardized Residual	,049	245	,200*	,990	245	,109

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Apêndice F: Determinantes (i.e., barreiras) incluídos para o desenvolvimento da intervenção

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B
Limitações físicas para tomar a medicação	Capacidade física
Conhecimento sobre regime medicamentoso prescrito Conhecimento sobre efeitos adversos dos medicamentos Esquecimento Tomar decisões sobre a utilização dos medicamentos	Capacidade psicológica
Influência social na gestão dos medicamentos	Oportunidade social
Alteração dos medicamentos na transição hospital-casa Caraterísticas do regime medicamentoso Custo dos medicamentos Alteração de ambiente ou rotinas	Oportunidade física
Preocupações com o regime medicamentoso de longo prazo Crenças sobre as consequências da não adesão à medicação Priorização dos medicamentos com maior importância Percepção de sinais e sintomas associados à situação de saúde Percepção do efeito terapêutico dos medicamentos Nível de crenças sobre a necessidade dos medicamentos (BMQ) Nível de preocupações sobre a toma dos medicamentos (BMQ)	Motivação reflexiva
Emoções associadas à gestão da medicação Depressão	Motivação automática

Apêndice G: Aplicação do critério APEASE por componente da COM-B para determinar as FI

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	Critério APEASE					
			Acessibilidade	Praticabilidade	Eficácia e custo-efetividade	Aceitabilidade	Segurança/efeitos colaterais	Equidade
Limitações físicas para tomar a medicação	Capacidade física	Treino	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Capacitação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Conhecimento sobre regime medicamentoso prescrito Conhecimento sobre efeitos adversos dos medicamentos Esquecimento Tomar decisões sobre a utilização dos medicamentos	Capacidade psicológica	Educação	✓	✓	✓	✓	x/-	✓
		Treino	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Capacitação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Influência social na gestão dos medicamentos	Oportunidade social	Capacitação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Restrição	✓	x	✓	x	✓	x
		Restruturação do ambiente	✓	x	✓	x	✓	x
		Modelação	✓	x	✓	✓	✓	x
Alteração dos medicamentos na transição hospital-casa Caraterísticas do regime medicamentoso Custo dos medicamentos	Oportunidade física	Treino	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Restruturação do ambiente	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Determinantes (i.e., barreiras) da adesão à medicação	Componentes COM-B	Funções de intervenção	Critério APEASE					
			Acessibilidade	Praticabilidade	Eficácia e custo-efetividade	Aceitabilidade	Segurança/efeitos colaterais	Equidade
Alteração de ambiente ou rotinas		Capacitação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Restrição	✓	✗	✗	✗	✓	✓
Preocupações com o regime medicamentoso de longo prazo Crenças sobre as consequências da não adesão à medicação Priorização dos medicamentos com maior importância Percepção de sinais e sintomas associados à situação de saúde Percepção do efeito terapêutico dos medicamentos Nível de crenças sobre a necessidade dos medicamentos (BMQ) Nível de preocupações sobre a toma dos medicamentos (BMQ)	Motivação reflexiva	Educação	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Persuasão	✓	✓	✓	✓	✓	✓
		Incentivo	✗	✓	✓	✗/-	✓	✓
		Coerção	✓	✓	✓	✗	✗	✗
			Capacitação	✓	✓	✓	✓	✓
Emoções associadas à gestão da medicação Depressão	Motivação automática	Persuasão	✓	✗	✓	✓	✓	✓
		Incentivo	✗	✓	✓	✗/-	✓	✓
		Coerção	✓	✓	✓	✗	✗	✗
		Treino	✓	✗	✗	✓	✓	✓
		Reestruturação do ambiente	✓	✗	✗	✓	✓	✓
		Modelação	✓	✗	✓	✓	✓	✓
			Capacitação	✓	✓	✓	✓	✓

ANEXOS

Anexo A: Autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPd) para a realização da investigação



Proc. n.º 17712/ 2016 | 1

Autorização n.º 12038/ 2016

Isa Raquel Brito Santos Pereira Félix notificou à Comissão Nacional de Protecção de Dados (CNPd) um tratamento de dados pessoais com a finalidade de realizar um Estudo Clínico com Intervenção, denominado Gestão do Regime Medicamentoso da Pessoa Idosa na Transição Hospital-Casa: Desenvolvimento e Viabilidade de um Programa de Intervenção de Enfermagem .

Existe justificação específica para o tratamento de dados comportamentais, psicológicos ou volitivos, os quais estão diretamente relacionados com a investigação.

O participante é identificado por um código especificamente criado para este estudo, constituído de modo a não permitir a imediata identificação do titular dos dados; designadamente, não são utilizados códigos que coincidam com os números de identificação, iniciais do nome, data de nascimento, número de telefone, ou resultem de uma composição simples desse tipo de dados. A chave da codificação só é conhecida do(s) investigador(es).

É recolhido o consentimento expresso do participante ou do seu representante legal.

A informação é recolhida diretamente do titular e indiretamente do processo clínico.

As eventuais transmissões de informação são efetuadas por referência ao código do participante, sendo, nessa medida, anónimas para o destinatário.

A CNPD já se pronunciou na Deliberação n.º 1704/2015 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios aplicáveis para o correto cumprimento da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, alterada pela Lei n.º 103/2015, de 24 de agosto, doravante LPD, bem como sobre as condições e limites aplicáveis ao tratamento de dados efetuados para a finalidade de investigação clínica.

No caso em apreço, o tratamento objeto da notificação enquadra-se no âmbito daquela deliberação e o responsável declara expressamente que cumpre os limites e condições aplicáveis por força da LPD e da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de junho – Lei da Investigação Clínica –, explicitados na Deliberação n.º 1704/2015.



Proc. n.º 17712/ 2016 | 2

O fundamento de legitimidade é o consentimento do titular.

A informação tratada é recolhida de forma lícita, para finalidade determinada, explícita e legítima e não é excessiva – cf. alíneas a), b) e c) do n.º 1 do artigo 5.º da LPD.

Assim, nos termos das disposições conjugadas do n.º 2 do artigo 7.º, da alínea a) do n.º 1 do artigo 28.º e do artigo 30.º da LPD, bem como do n.º 3 do artigo 1.º e do n.º 9 do artigo 16.º ambos da Lei de Investigação Clínica, com as condições e limites explicitados na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, que aqui se dão por reproduzidos, autoriza-se o presente tratamento de dados pessoais nos seguintes termos:

Responsável – Isa Raquel Brito Santos Pereira Félix

Finalidade – Estudo Clínico com Intervenção, denominado Gestão do Regime Medicamentoso da Pessoa Idosa na Transição Hospital-Casa: Desenvolvimento e Viabilidade de um Programa de Intervenção de Enfermagem

Categoria de dados pessoais tratados – Código do participante; idade/data de nascimento; género; dados antropométricos; sinais vitais; composição do agregado familiar sem identificação dos membros; dados da história clínica; dados dados de exame físico; medicação prévia concomitante; dados de cuidadores/acompanhantes (apenas os relacionados com as necessidades do participante); comportamentais, psicológicos ou volitivos com conexão com a Investigação

Exercício do direito de acesso – Através dos investigadores, presencialmente

Comunicações, interconexões e fluxos transfronteiriços de dados pessoais identificáveis no destinatário – Não existem

Prazo máximo de conservação dos dados – A chave que produziu o código que permite a identificação indireta do titular dos dados deve ser eliminada 5 anos após o fim do estudo.

Da LPD e da Lei de Investigação Clínica, nos termos e condições fixados na presente Autorização e desenvolvidos na Deliberação da CNPD n.º 1704/2015, resultam



obrigações que o responsável tem de cumprir. Destas deve dar conhecimento a todos os que intervenham no tratamento de dados pessoais.

Lisboa, 09-11-2016

A Presidente

Filipa Calvão

Anexo B: Autorização dos autores para utilizar os instrumentos de recolha de dados

Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)

Re: pedido de autorização da MAT



Luísa Lima <luisa.lima@iscte.pt>
qua 23-11, 10:25
Isa Raquel Brito Santos Pereira Felix ▾



Responder a todos | ▾

Caixa de Entrada

Sinalizar para seguimento. A iniciar em domingo, 27 de Novembro de 2016. A concluir em domingo, 27 de Novembro de 2016.

Cara Isa Felix,

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

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

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

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

Luisa Lioma


No dia 22 de novembro de 2016 às 14:51, Isa Raquel Brito Santos Pereira Felix <isafelix@esel.pt> escreveu:

Cara Professora Doutora Luísa Lima,

Sou doutoranda em Enfermagem sob orientação da Professora Adriana Henriques. Estou a desenvolver a tese designada Gestão do Regime Medicamentoso da Pessoa Idosa na Transição Hospital-Casa: desenvolvimento e viabilidade de um programa de intervenção de enfermagem.

Venho solicitar o instrumento integral Medida de Adesão aos Tratamentos e a respectiva autorização para a sua utilização no contexto do projeto de doutoramento.

Mini Nutritional Assessment (MNA)

 **Janet Skates** <janetskates@charter.net> 31 August 2020 at 18:57
RE: Permission to use the MNA [Details](#)
To: Isa Raquel Brito Santos Pereira Felix <isafelix@esel.pt>, Cc: Miguel Layola <miguel.layola@ES.nestle.com> & 2 more

Dear Isa,

Thank you for your interest in Nestlé's Mini Nutritional Assessment (MNA®) and for inquiring about permission to use the MNA® in your research on medication adherence in older people with Type 2 diabetes for your PhD program in Nursing at Lisbon University. The MNA® is an ideal nutritional screening tool to use in the elderly population. Nestlé is pleased to see the MNA® being used in research and in clinical practice.

Special permission is not required to use the tool in your study as long as absolutely no changes are made to the MNA® form as downloaded from the MNA® website (www.mna-elderly.com). After completing your study, you will need to request permission to include the MNA® in any manuscripts that you submit for publication. You may submit that request to this same e-mail address.

We look forward to seeing the results of your study. Please let me know if you have further questions.

Kind regards,

Janet Skates
Nestlé Health Science Consultant
MNA® Mini Nutritional Assessment Application
1 (423) 239-7176
janetskates@yahoo.com

[See More from Isa Raquel Brito Santos Pereira Felix](#)

Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)

FW: Authorization medication regimen complexity index



Johnson George <Johnson.George@monash.edu>



Responder a todos | v

ter 19-07, 06:37

Isa Raquel Brito Santos Pereira Felix v

Caixa de Entrada

Sinalizar para seguimento.

Reencaminhou esta mensagem a 27-10-2016 15:11

Hi Isa

Thank you for your interest in the MRCI. We are happy for you to use it in your research with due acknowledgement.

Good luck in your research.

Best wishes

Johnson

From: Kay Stewart [mailto:kay.stewart@monash.edu]

Sent: Wednesday, 13 July 2016 3:22 AM

To: Johnson George <johnson.george@monash.edu>

Subject: Fwd: Authorization medication regimen complexity index

Another one for you!

Kay

Adjunct Associate Professor
Centre for Medicine Use and Safety
Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Science
Monash University (Parkville Campus)
381 Royal Parade
Parkville, VIC 3052
AUSTRALIA

----- Forwarded message -----

From: **Isa Raquel Brito Santos Pereira Felix** <isafelix@escl.pt>

Date: 13 July 2016 at 03:19

Subject: Authorization medication regimen complexity index

To: "Kay.Stewart@vcp.monash.edu.au" <Kay.Stewart@vcp.monash.edu.au>

Excellency Professor Kay Stewart,

Crenças acerca dos medicamentos (BMQ-Specific)

RE: Authorization Beliefs about medicines questionnaire



Weller, Penny <p.weller@ucl.ac.uk>

seg 22-08, 11:46

Isa Raquel Brito Santos Pereira Felix; +2 &

#

% Responder a todos | \$

Caixa de Entrada

Sinalizar para seguimento.

Reencaminhou esta mensagem a 27-10-2016 15:09



BMQ CONDITIONS for t...
138 KB



BMQ COAUTHORSHIP ...
35 KB



BMQ Intr
26 KB

& Mostrar todos os 5 anexos (1 MB) Transferir tudo

Guardar tudo no OneDrive - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Itens de ação



Dear Isa

Thank for your interest in the Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ) in your research. We ask all potential users to sign up to our standard conditions for use of the questionnaires.

These conditions are found on the attached CONDITONS form. They are not designed to restrict your research with the questionnaire or your rights to publish your findings. Rather, they are designed to:

- Preserve the integrity of the questionnaire
- Promote uniformity of analysis and presentation (to facilitate comparison of findings across studies)
- Ensure that you are using a valid and up-to date version of any disease specific BMQ

If you agree to these conditions then please arrange for the Principal Investigator on your study to sign the form and return it by email. Permission to use the questionnaire is automatic on receipt on the signed form.

Please let me know if you require further information.

Best wishes

Penny



Penny Weller

BSc MSc Health Psychology

Research Administrator, Centre for Behavioural Medicine

UCL School of Pharmacy

**Conditions for Translation and Usage of the
Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)**

1. The copyright of the translated BMQ and all adaptations remains with the Originator (Professor Rob Horne). (NOTE: subsequent permission to use the translated questionnaire must be agreed by him).
2. The translated BMQ is used ethically
3. The BMQ is translated and used completely intact. Items or phrases may not be removed or used in other contexts.
4. The back-translation of the BMQ is approved by Professor Horne
5. All copies of the BMQ will have the legend: '© Professor Rob Horne' clearly indicated on them.
6. The BMQ is analysed and reported in accordance with the instructions of the Originator
7. The BMQ may not be used in studies developing other assessment tools without specific permission of the originator
8. A copy of the translated questionnaire is submitted to Prof Horne.

Publication rights of the BMQ

1. The BMQ itself may not be published except by its constructors.
2. Permitted users are free to publish BMQ scale scores without collaborating with the Originator
3. Publications, which include psychometric data of the BMQ, should include Professor Horne as a co-author.

I agree to the above conditions for translation of the BMQ:

Name of user	Isa Raquel Bruto Santos Pereira Felix
Signature of user	<i>Isa Felix</i>
Address for correspondence	Avenida Professor Egas Moniz 1600-790 Lisboa
E-mail	isafelix@esef.pt
Telephone	+351 963634679
Date	22/09/2016

BMQ CONDITIONS for translation and usage form RH 0611.docx