



**UNIVERSIDADE DOS AÇORES
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE ANGRA DO HEROÍSMO**



Mestrado em Gerontologia Social

*Adesão terapêutica em idosos com doença crónica, de origem cardíaca.
Do domicílio ao internamento*

Célia Maria Alemão Mendes de Azevedo

Angra do Heroísmo

2011



UNIVERSIDADE DOS AÇORES
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
DE ANGRA DO HEROÍSMO



Mestrado Gerontologia Social

Adesão terapêutica em idosos com doença crónica, de origem cardíaca.

Do domicílio ao internamento

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social

Célia Maria Alemão Mendes de Azevedo

Orientadora: Professora Doutora Coordenadora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Co-Orientadora: Professora Doutoranda Maria Narcisa da Costa Gonçalves

Angra do Heroísmo

2011

Ao meu sogro, para quem sempre serei sua “filha”...

Agradecimentos

À Senhora Professora Doutora Maria Manuela Martins pela sua paciência, disponibilidade, orientação e contributo na realização deste trabalho.

À Senhora Professora Doutoranda Maria Narcisa Gonçalves pela sua orientação na elaboração deste trabalho.

Ao Senhor Professor Doutor Artur Barata Delgado e à Senhora Professora Doutora Maria Luísa Lima, pela autorização de utilização da Medida de Adesão aos Tratamentos.

Ao Conselho de Administração e ao Director do serviço de Cardiologia do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo por terem autorizado a realização deste estudo.

À Senhora Doutora Isabel Cristina e ao Senhor Doutor José Eduardo Machado Soares pela sua disponibilidade, profissionalismo, generosidade e indispensável ajuda na análise estatística deste trabalho, sem eles não seria possível alcançar o fim desta etapa.

Ao Senhor Enfermeiro Norberto Messias pela sua imprescindível ajuda na elaboração da base de dados e na área da estatística.

Ao Senhor Doutor Duarte Rosa pela sua disponibilidade, generosidade e ajuda na verificação gráfica desta dissertação.

À equipa do serviço de Cardiologia do Hospital de Santo Espírito Angra do Heroísmo, em especial à Senhora Enfermeira Goreti Mendes, chefe daquele serviço, pelo apoio e colaboração.

À turma de mestrado em Gerontologia Social da ESEAH-UAç, em especial às colegas Catarina Freitas e Ana Teresa Costa, pelo companheirismo, apoio e ajuda disponibilizada.

Em especial ao meu marido pelo incondicional apoio, motivação e total confiança nas minhas capacidades.

A todos os doentes que aceitaram participar neste estudo.

A todos que, directa ou indirectamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

Os meus sinceros e reconhecidos agradecimentos

Este processo constante de querer
e de agir em concomitância,
esta caminhada pela vida,
que impulsiona o Homem de meta em meta,
não se faz sem desgaste,
sem custos e sem emoções.
Constituí uma caminhada necessária
e inevitável à vida.

(Autor desconhecido)

Resumo

A adesão ao regime terapêutico na pessoa idosa, com doença crónica, é um processo comportamental, multidimensional, complexo, contínuo e dinâmico, influenciado por vários factores (características do doente, do ambiente envolvente, da doença e do tratamento), não existindo um “*gold standard*” para a sua avaliação. Constitui um problema de saúde de grandes dimensões, compromete a eficácia do tratamento, tem implicações na gestão e controle da doença, com consequências na saúde e qualidade de vida do indivíduo, originando aumento dos encargos e sobrecarga do sistema de saúde.

Para a compreensão do problema da adesão à terapêutica e da influência da adesão ao regime terapêutico efectuado no domicílio, procedemos à sua avaliação no internamento do idoso com doença crónica, de origem cardíaca, de onde resultou um estudo quantitativo, exploratório, descritivo e transversal, com o recurso à colheita de dados por questionário. A amostra foi por conveniência, constituída por pessoas idosas, com 65 e mais anos, internadas num serviço de Cardiologia, com doença cardíaca e que efectuavam no domicílio medicação prescrita para a doença cardíaca.

Do estudo fizeram parte 44 pessoas idosas, de ambos os sexos, com média de idades de 74,68 anos, casados/união de facto, coabitam em famílias nucleares sem filhos, residem em meio rural, reformados, sem habilitações literárias, com baixo rendimento mensal, despendem mensalmente 50 a 100 Euros na compra de medicamentos, com antecedentes de doença cardíaca e várias comorbilidades (evidenciando-se a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus), com média de 2,59 internamentos por doença cardíaca, com média de 6,28 dias no último internamento, acompanhados maioritariamente pelo Cardiologista, realizam em média 2,98 consultas médicas anuais. Fazem duas e quatro tomas diárias de medicação, com autonomia, usam medicação cardíaca há mais de 87 meses, utilizando em média 4,25 medicamentos para a doença cardíaca, sendo os anticoagulantes o sub-grupo terapêutico mais utilizado, 86,4% são aderentes e 13,5% não aderentes ao regime terapêutico. Devido à reduzida dimensão da amostra, não foi possível determinar se existe ou não associação estatística significativa entre a adesão à terapêutica e o número de internamentos do idoso com doença crónica, de origem cardíaca.

No entanto, este estudo permitiu caracterizar a amostra em relação a alguns factores que influenciam a adesão à terapêutica, possibilitando intervenções de enfermagem mais direccionadas e adequadas na promoção da adesão ao regime terapêutico e da autonomia das pessoas idosas, na prevenção de complicações relacionadas com os grupos e sub-grupos terapêuticos mais utilizados e com o uso de medicação de forma prolongada.

Palavras-chave: Idoso; doença crónica; doença cardíaca; adesão terapêutica; internamento hospitalar.

Abstracts

Adherence to therapy by elderly people suffering from chronic diseases is a behavioural, multidimensional, complex, continuous and dynamic process, influenced by several factors (patient, milieu, disease and treatment characteristics), and there isn't a „gold standard“ to evaluate it. It is a major health problem, it compromises treatment efficacy, and it has implications in disease management and control, with consequences to the individual's health and quality of life, occasioning increased costs and health system overload.

In order to understand the problem of adherence to therapy as well as the influence of adherence to therapy performed at home, we evaluated these factors in hospitalised elderly people with chronic diseases of cardiac origin. This resulted in a quantitative, exploratory, descriptive and transversal study, using questionnaire as data collection method. The survey was conducted with a convenience sample composed by elderly people aged 65 and over, hospitalised in a Cardiology Service, suffering from heart disease, and taking prescribed medication for heart disease at home.

The survey was held with 44 elderly people, both men and women, with an average age of 74,68 years, with the following characteristics: married/living together; cohabiting in nuclear families without children; residing in rural areas; retired; with no qualifications; on a low monthly income; spending 50 to 100 Euros on medication on a monthly basis; with antecedents of heart disease and several co-morbidities (particularly hypertension and diabetes mellitus); with an average of 2,59 hospitalisations due to heart disease, the most recent one having lasted for an average of 6,28 days; followed mostly by a cardiologist, and having a yearly average of 2,98 medical appointments. The surveyed elderly take medication twice and four times a day, autonomously; they are on cardiac medication for more than 87 months; they take an average of 4,25 medicines for heart disease, the anticoagulants being the most used therapeutic sub-group; and 86,4% adhere to therapy, whilst 13,5% do not. Due to the small sample size, it wasn't possible to determine if there is or not a significant statistic association between adherence to therapy and the number of hospitalisations of the elderly suffering from chronic diseases of cardiac origin.

However, this study allowed us to characterise the sample in relation to certain factors that influence adherence to therapy, enabling nursing interventions more targeted and adequate in promoting adherence to therapy and elderly autonomy, as well as in preventing complications related to the most used therapeutic groups and sub-groups and to the use of long-term medication

Key-words: Elderly; chronic disease; heart disease; adherence to therapy; hospitalisation.

Résumé

L'adhésion au régime thérapeutique chez les personnes âgées atteintes de maladie chronique est un processus comportemental, multidimensionnel, complexe, continu et dynamique, influencé par plusieurs facteurs (caractéristiques du patient, de son milieu, de la maladie et du traitement), n'existant pas un «*gold standard*» pour son évaluation. Il s'agit d'un gros problème de santé qui compromet l'efficacité du traitement et qui a des implications dans la gestion et contrôle de la maladie, avec des conséquences dans la santé et qualité de vie de l'individu, causant l'augmentation des charges et une surcharge du système de santé.

Pour comprendre le problème de l'adhésion à la thérapeutique et de l'influence de l'adhésion au traitement effectué à la maison, on a procédé à son évaluation chez des personnes âgées hospitalisées, souffrant de maladie chronique d'origine cardiaque. Il en a résulté une étude quantitative, exploratoire, descriptive et transversale, utilisant le questionnaire comme méthode de collecte de données. On a utilisé un échantillon de commodité composé de personnes âgées de 65 ans et plus, hospitalisées dans un service de Cardiologie, atteintes de maladie cardiaque et qui prenaient à la maison les médicaments prescrits pour la maladie cardiaque.

L'étude a été réalisée avec 44 personnes âgées, des deux genres, avec une moyenne d'âge de 74,68 ans, mariées/en union libre, cohabitant en familles nucléaires sans enfants, résidant dans des zones rurales, retraitées, sans qualifications, ayant un faible revenu mensuel, dépensant entre 50 et 100 euros par mois pour acheter des médicaments, ayant des antécédents de maladie cardiaque et plusieurs co-morbidités (l'hypertension et le diabète mellitus devenant évidents), avec une moyenne de 2,59 hospitalisations dues à des maladies cardiaques, la dernière desquelles ayant eu une durée moyenne de 6,28 jours, la plupart du temps étant suivis par le cardiologue, ayant une moyenne de 2,98 rendez-vous médicaux par an. Ces personnes âgées prennent des médicaments deux et quatre fois par jour, de façon autonome; elles utilisent des médicaments cardiaques pour plus de 87 mois, prenant une moyenne de 4,25 médicaments pour la maladie cardiaque, les anticoagulants étant le sous-groupe thérapeutique le plus utilisé; 86,4% adhèrent au régime thérapeutique et 13,5% ne le font pas. En raison de la petite taille de l'échantillon, il n'a pas été possible de déterminer s'il y a ou pas une association statistique significative entre l'adhésion à la thérapeutique et le nombre d'hospitalisations des personnes âgées souffrant de maladie chronique d'origine cardiaque.

Néanmoins, cette étude a permis de caractériser l'échantillon par rapport à quelques facteurs qui influencent l'adhésion à la thérapeutique, ce qui permet des interventions de soins infirmiers plus ciblées et adéquates dans la promotion de l'adhésion au régime thérapeutique et de l'autonomie chez personnes âgées, ainsi que dans la prévention de complications liées aux groupes et sous-groupes thérapeutiques les plus utilisés et à la prise prolongée de médicaments.

Mots-clés: Personnes âgées; maladie chronique; maladie cardiaque; adhésion thérapeutique; hospitalisation.

SIGLAS E ABREVIATURAS

CID – Classificação Internacional Doenças

DGS – Direcção Geral da Saúde

EU27 – Europa dos 27

HSEAH – Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo

INFARMED – Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento

INS – Inquérito Nacional de Saúde

ISCED – International Standart Classification of Education

MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos

RAA – Região Autónoma dos Açores

SREA – Serviço Regional Estatística dos Açores

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

	p.
INTRODUÇÃO	16
1-A PESSOA IDOSA E A DOENÇA	20
1.1-A DOENÇA CARDÍACA NOS IDOSOS	31
1.2-IMPLICAÇÕES DOS MEDICAMENTOS NA VIDA DO IDOSO	36
2-ADESÃO À TERAPÊUTICA	42
2.1-PROCESSO DE ADESÃO À TERAPÊUTICA	42
2.2-FACTORES QUE INFLUENCIAM A ADESÃO À TERAPÊUTICA	50
2.3-COMPRENDER A ADESÃO À TERAPÊUTICA	67
2.4-CONTRIBUTO DA ENFERMAGEM PARA A ADESÃO À TERAPÊUTICA	78
3-TRABALHO DE CAMPO	83
3.1-FINALIDADE E OBJECTIVOS	83
3.2-TIPO DE ESTUDO	84
3.3-VARIÁVEIS EM ESTUDO	86
3.3-UNIVERSO E AMOSTRA	90
3.4-PROCESSO DE RECOLHA DE DADOS	92
3.4.1-Instrumento de colheita de dados	92
3.4.2-Procedimentos de colheita de dados	95
3.4.3-Considerações éticas	96
4-DA SITUAÇÃO DE SER DOENTE CARDÍACO À ADESÃO À TERAPÊUTICA - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	99
4.1-ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS AOS DADOS	99
4.2-ANÁLISE INFERENCIAL	117
5-A ADESÃO TERAPÊUTICA DOS IDOSOS COM DOENÇA CARDÍACA - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	119
6-CONCLUSÕES	143
BIBLIOGRAFIA	148
ANEXOS	159
ANEXO I – Instrumento de colheita de dados	160

ANEXO II – Pedido de registo da dissertação de mestrado à Comissão Técnico-Científica da ESEnfAH-UAç	169
ANEXO III – Pedido de autorização ao Professor Doutor Artur Barata Delgado e à Professora Doutora Maria Luísa Lima, para utilização da Medida de Adesão aos Tratamentos.....	171
ANEXO IV – Deferimento ao pedido de autorização ao Professor Doutor Artur Barata Delgado e à Professora Doutora Maria Luísa Lima, para utilização da Medida de Adesão aos Tratamentos	173
ANEXO V – Pedido de aprovação do projecto de investigação ao Conselho de Ética do hospital para a realização do estudo de invesigação.	176
ANEXO VI – Pedido de aprovação do projecto de investigação ao Conselho de Administração do hospital para a realização do estudo de investigação.	178
ANEXO VII – Autorização do Conselho de Administração, do hospital para a realização do estudo de investigação	180
ANEXO VIII – Informação à enfermeira chefe do serviço de Cardiologia da realização do estudo de investigação.....	182
ANEXO IX – Autorização da Enfermeira Chefe do serviço de Cardiologia, para a realização do estudo de investigação	184
ANEXO X – Pedido de aprovação e autorização do Director de Serviço, do serviço de Cardiologia, para a realização do estudo de investigação.....	186

Índice de Quadros

Quadro n.º 1 – Estudos realizados em Portugal sobre a adesão à terapêutica.....	67
Quadro n.º 2 – Estudos realizados na Europa sobre a adesão à terapêutica.....	70
Quadro n.º 3 – Estudos realizados nos Estados Unidos da América sobre a adesão à terapêutica	72
Quadro n.º 4 – Estudos realizados na Austrália sobre a adesão à terapêutica.....	74
Quadro n.º 5 – Estudos realizado no resto do mundo sobre a adesão à terapêutica.....	75
Quadro n.º 6 – Operacionalização das variáveis de atributo.....	86
Quadro n.º 7 – Operacionalização das variáveis clínicas.....	88
Quadro n.º 8 – Operacionalização da variável dependente - Adesão à Terapêutica.....	90
Quadro n.º 9 – Consistência interna da MAT no estudo de Delgado e Lima (2001) e actual estudo.....	94

Índice de Tabelas

Tabela n.º 1 – Distribuição da amostra pelos antecedentes de doença cardíaca	105
Tabela n.º 2 – Distribuição da amostra pela existência de patologias associadas/doenças concomitantes/co-morbilidades.....	106
Tabela n.º 3 – Distribuição da amostra pelo tipo de medicamentos, usados diariamente no domicílio para a doença cardíaca, consoante o grupo ou sub-grupo farmacológico	112
Tabela n.º 4 – Distribuição da amostra pela adesão à terapêutica e o número de internamentos por doença cardíaca	117

Índice de Gráficos

Gráfico n.º 1 – Pirâmide da População EU27, 2008 e 2060	21
Gráfico n.º 2 – Pirâmide etária, 1998 e 2008, Portugal.....	22
Gráfico n.º 3 – Estimativas da População Residente na Terceira, 2008	24
Gráfico n.º 4 – Distribuição da amostra por grupo etário	100
Gráfico n.º 5 – Distribuição da amostra pelo estado civil.....	101
Gráfico n.º 6 – Distribuição da amostra pela classificação da freguesia de residência em Rural ou Urbana	101
Gráfico n.º 7 – Distribuição da amostra pelo Concelho de residência.....	101
Gráfico n.º 8 – Distribuição da amostra pela Ilha de residência	102
Gráfico n.º 9 – Distribuição amostra pelas diferentes habilitações literárias.....	102
Gráfico n.º 10 – Distribuição da amostra pela situação familiar de coabitação.....	103
Gráfico n.º 11 – Distribuição da amostra pela situação profissional	103
Gráfico n.º 12 – Distribuição da amostra pelos intervalos de rendimento mensal individual	104
Gráfico n.º 13 – Distribuição da amostra pelos intervalos de despesas mensais com a compra dos medicamentos	104
Gráfico n.º 14 – Distribuição da amostra pelo número de antecedentes de doença cardíaca	106
Gráfico n.º 15 – Distribuição da amostra pelo número de patologias associadas.....	107
Gráfico n.º 16 – Distribuição da amostra pela contagem de tempo (em anos) do primeiro internamento por doença cardíaca.....	107
Gráfico n.º 17 – Distribuição da amostra pelo número de internamentos por doença cardíaca	108
Gráfico n.º 18 – Distribuição da amostra pelo número de dias do último internamento por doença cardíaca.....	108
Gráfico n.º 19 – Distribuição da amostra pela programação do actual internamento ...	109
Gráfico n.º 20 – Distribuição da amostra pelo número de motivos do actual internamento.....	109

Gráfico n.º 21 – Distribuição da amostra consoante o número de diagnósticos médicos do actual internamento	110
Gráfico n.º 22 – Distribuição da amostra pelo intervalo do total dos diferentes medicamentos utilizados diariamente no domicílio	111
Gráfico n.º 23 – Distribuição da amostra pelo total dos diferentes medicamentos usados no domicílio para a doença cardíaca	111
Gráfico n.º 24 – Distribuição da amostra pelo número de grupos ou sub-grupos terapêuticos associados	113
Gráfico n.º 25 – Distribuição da amostra pelo regime terapêutico complexo (número de tomas diárias de medicamentos no domicílio).....	113
Gráfico n.º 26 – Capacidade na administração da medicação para a doença cardíaca no domicílio	114
Gráfico n.º 27 – Distribuição da amostra pelo tempo (meses) de uso de medicação para a doença cardíaca	114
Gráfico n.º 28 – Distribuição da amostra pelo médico assistente que acompanha a doença cardíaca	115
Gráfico n.º 29 – Distribuição da amostra pelo local de realização das consultas médica, para a doença cardíaca	115
Gráfico n.º 30 – Distribuição da amostra pelo número de consultas médicas anuais para o acompanhamento da doença cardíaca	116
Gráfico n.º 31 – Distribuição da amostra pela adesão à terapêutica	116

INTRODUÇÃO

Segundo World Health Organization (WHO), na população mundial existe um contínuo envelhecimento populacional, causado pela diminuição das taxas de fertilidade e pelo aumento da longevidade ou esperança de vida das populações (WHO, 2002). Deste modo, os indivíduos estão sujeitos a uma exposição mais prolongada aos factores de riscos, responsáveis pelo surgimento das doenças crónicas (WHO, 2005b).

A adesão ao regime terapêutico, como um possível factor desencadeante do internamento das pessoas idosas com doença crónica, de origem cardíaca constitui o tema desta tese de dissertação de mestrado, pelo que irá incidir sobre a influência da adesão ao regime terapêutico, efectuado no domicílio, sendo avaliada no internamento do idoso com doença crónica, de origem cardíaca, no serviço de cardiologia do Hospital de Santo Espírito de Angra do Heroísmo (HSEAH).

Assim, este relatório tem como objectivo efectuar uma descrição detalhada acerca do estudo efectuado, contribuindo para uma melhor compreensão da problemática da adesão ao regime terapêutico no idoso com doença crónica, de origem cardíaca.

Ao direccionarmos a atenção e adquirirmos conhecimentos nesta área poderemos, no futuro, focar as intervenções de enfermagem para estratégias de promoção da adesão ao regime terapêutico, proporcionando a promoção da saúde, autonomia, independência da pessoa idosa e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

As doenças crónicas são originadas por alterações patológicas irreversíveis, caracterizam-se por serem permanentes, provocarem incapacidades, requerem a reabilitação do doente, exigindo um longo período de supervisão, de observação ou de cuidados (WHO, 2003). Existe uma diversidade de doenças crónicas, uma vez que estas podem afectar qualquer sistema fisiológico do indivíduo, têm como características comuns o facto de serem patologias de longa duração, afectarem a vida dos indivíduos e a intervenção médica ser essencialmente paliativa (Paúl & Fonseca, 2001). São consideradas como um grave problema mundial, provocam efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, são causa de morte prematura dos mesmos, tem efeitos económicos negativos na família, comunidade e sociedade, afectando de forma

quase equitativa tanto os homens como as mulheres (WHO, 2005c). São responsáveis por quase metade dos encargos económicos na saúde (WHO, 2005b), representando um dos maiores problemas que este sector enfrenta, contribuindo para a discrepância entre o prolongamento da esperança de vida e a qualidade de vida dos indivíduos (Paúl & Fonseca, 2001).

O mundo está perante um rápido aumento das doenças crónicas, sendo responsáveis por quase metade dos encargos económicos na saúde, com implicações na qualidade de vida do indivíduos afectados e dos que os rodeiam, e na economia devido ao aumento das despesas sociais e de saúde inerentes à doença (WHO, 2005b).

De acordo com WHO as doenças crónicas incluem as doenças cardíacas, acidente vascular cerebral, cancro, doenças respiratórias crónicas e diabetes. As previsões para 2005 revelam que em quase todos os países, as doenças crónicas são a principal causa de morte em todas as idades, dos 58 milhões de óbitos previstos para 2005, 35 milhões (60%) serão devido a doenças crónicas, das quais 17 528 000 (30%) serão devido às doenças cardiovasculares. São responsáveis por 50% dos óbitos nos indivíduos com 70 ou mais anos e por 25% nos indivíduos com 60 anos ou mais. Estima-se que até 2015 os óbitos, devido às doenças crónicas, iram aumentar até 17% WHO (2005c).

No que diz respeito à Europa, no ano 2002, as doenças cardiovasculares foram a causa de mais de metade dos óbitos. Nos últimos trinta anos, a mortalidade (em todas as idades) devido às doenças cardiovasculares diminuiu nos países desenvolvidos da Europa Ocidental e em alguns países da União Europeia. Em contrapartida, ocorreu um aumento acentuado da mortalidade nos países da ex-União Soviética, atingindo o ponto máximo em 1994. Em 2000, a mortalidade causada por doenças cardiovasculares, naqueles países era três vezes superior à da União Europeia (WHO, 2009).

Em Portugal, de acordo com a Direcção Geral da Saúde (DGS), nos hospitais públicos do território continental, com base na Classificação Internacional Doenças (CID) -9, as doenças do aparelho circulatório, nos indivíduos com 65 ou mais anos, foram responsáveis por 750 718 total de dias de internamento, 8,5 dias demora média de internamento no ano, 9264 óbitos e 88 769 doentes saídos (DGS, 2008).

Segundo o plano nacional de saúde 2004-2010, a taxa de mortalidade por grupos etários por 100 000 indivíduos, devido às doenças cardiovasculares, na faixa etária 65 ou mais

anos foi de 2186,5 nos homens e de 2118,7 nas mulheres, para 2010 as projecções apontam para 1832,8 nos homens e 1825,8 nas mulheres (DGS, 2004a).

No que diz respeito ao Açores, mais especificamente ao HSEAH, segundo Serviço Regional de Estatística dos Açores [SREA] (2007) o movimento de doentes internados em 2007, no serviço de Cardiologia foi de 456 doentes entrados e 190 entrados por transferência, 463 doentes saídos e 179 saídos por transferência, sendo que dos doentes saídos 37 foram óbitos, no que diz respeito ao tempo de internamento durante o ano os indivíduos internados no serviço de cardiologia tiveram tempo de internamento de 3424 dias. No mesmo ano os doentes saídos segundo a idade, no HSEAH, verifica-se que 2396 indivíduos tinham 65 ou mais anos, sendo que 1161 foram homens e 1235 foram mulheres.

Segundo os dados provisórios, fornecidos pelo departamento estatístico do HSEAH, existiu no ano de 2009, no Serviço de Cardiologia daquele hospital, 453 de indivíduos admitidos, 134 entrados por transferência interna, 485 doentes saídos dos quais 24 foram óbitos, 112 doentes saídos por transferência interna e os doentes tiveram total de tempo de internamento de 3750 dias, não foi possível apurar o número de indivíduos admitidos segundo a faixa etária e por mês. Deste modo, tendo em conta os dados de 2009, de forma grosseira existiu em média, num período de três meses 151 indivíduos admitidos.

Tendo em conta que, o percurso da doença crónica, de origem cardíaca, fomenta sucessivos internamentos e que as pessoas idosas com esta patologia podem viver longos anos, é fundamental apostar na prevenção de complicações, através de uma eficaz adesão ao regime terapêutico.

Promover intervenções, com o intuito de aumentar a adesão à terapêutica, desenvolver acções no âmbito da prevenção primária e secundária, irá melhorar a qualidade de vida, a saúde das populações e diminuir os gastos económicos com a saúde. Para que existam progressos nesta área é essencial um forte compromisso, uma equipa multidisciplinar coesa, uma acção coordenada e uma cooperação entre o doente, a família, os profissionais de saúde, investigadores, responsáveis pelo sistema de saúde e políticos (WHO, 2003; ICN, 2009). Contudo, é relevante que o doente, a família e a comunidade que o rodeia tenham um papel activo no cuidar. O suporte social formal e informal, que o doente tem acesso, revela-se um factor importante que influencia positivamente a sua saúde, os seus comportamentos, com efeitos directos numa maior adesão à terapêutica,

reduzindo o tempo utilizado pelos profissionais de saúde no cuidar do doente com doença crónica (WHO, 2003).

Ao dar corpo neste relatório à pesquisa efectuada pretendemos apresentar os resultados do trabalho de campo, contextualizar teoricamente o problema da adesão à terapêutica e analisar os resultados, no sentido de melhorar a qualidade da assistência nesta área.

Este relatório de dissertação de mestrado encontra-se estruturado por capítulos, na introdução iremos abordar a problemática do estudo. Seguindo-se o enquadramento teórico no qual iremos incidir no primeiro capítulo sobre a temática da pessoa idosa e a doença, a doença cardíaca e as implicações dos medicamentos na vida da pessoa idosa, no segundo capítulo iremos abordar a adesão à terapêutica, estado da arte e contributo da enfermagem para a adesão à terapêutica. O terceiro capítulo refere-se à metodologia utilizada e ao trabalho de campo. No quarto e quinto capítulo iremos expor a apresentação, análise e discussão dos dados obtidos no estudo. E por último, o sexto capítulo destinado à conclusão, em que iremos apresentar a síntese dos resultados, principais dificuldades, limitações do estudo e deixar algumas sugestões.