**Centro Universitário de Lisboa**
Escola de Ciências e Tecnologia de Saúde
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

# ADESÃO À MEDICAÇÃO EM UTENTES COM MULTIMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO: UM ESTUDO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Dissertação de Mestrado apresentada a provas públicas para a obtenção do grau de mestre em Ciências Farmacêuticas, orientada por Prof. Doutor João Pedro Bernardo Gregório.

Bruno Miguel Martinho Gomes Tubarão

2025
www.ulusofona.pt

**Centro Universitário de Lisboa**
Escola de Ciências e Tecnologia de Saúde
Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

# ADESÃO À MEDICAÇÃO EM UTENTES COM MULTIMORBILIDADE E POLIMEDICAÇÃO: UM ESTUDO EM FARMÁCIA COMUNITÁRIA

Bruno Miguel Martinho Gomes Tubarão

**VERSÃO FINAL**

Dissertação de Mestrado defendido por Bruno Miguel Martinho Gomes Tubarão em provas públicas na Universidade Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 18/12/2025, perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º: 666/2025, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.ª Doutora Ana Sofia Gregório Fernandes, Professora Associada da Universidade Lusófona;

Arguente: Prof.ª Doutora Maria Lídia Laginha Mestre Guerreiro da Palma, Professora Auxiliar da Universidade Lusófona;

Orientador: Prof. Doutor João Pedro Bernardo Gregório, Professor Associado da Universidade Lusófona;

Vogal: Profª Doutora Marisa Helena Fonseca Nicolai, Professora Auxiliar da Universidade Lusófona

.

## Resumo

O envelhecimento da população tem conduzido a uma maior prevalência de multimorbilidade e polimedicação impondo desafios significativos aos sistemas de saúde, nomeadamente em relação à adesão à terapêutica. A presente investigação teve como objetivo avaliar os níveis de adesão à medicação numa população com mais de 55 anos, em contexto de farmácia comunitária, analisando a sua relação com variáveis sociodemográficas e clínicas. Tratou-se de um estudo observacional, transversal, com recurso à Escala de Adesão à Medicação de Morisky (MMAS-8), aplicado a 153 utentes.

Os resultados revelaram que 54% dos participantes apresentaram alta adesão, 33% adesão moderada e 13% baixa adesão. A maioria dos participantes era do sexo feminino (56,2%), reformados (91,5%) e residente em meio urbano (83,7%). Observou-se uma elevada prevalência de doenças crónicas, sendo as mais comuns a hipertensão arterial (70,6%), o colesterol elevado (43,8%) e a diabetes (32,7%). Mais de metade da amostra (52,3%) apresentava polimedicação (toma de 5 ou mais medicamentos).

Embora não se tenham encontrado associações estatisticamente significativas entre a adesão e a escolaridade, idade ou número de medicamentos, observou-se uma associação significativa entre o género e a adesão (p=0,0208), com as mulheres a apresentarem maior prevalência de baixa adesão. Esta tendência poderá refletir desigualdades no acesso à informação, carga de responsabilidades e impacto da complexidade terapêutica.

A investigação reforça a importância de abordagens integradas e centradas no utente, adaptadas às necessidades das populações idosas e polimedicadas. Recomenda-se o reforço de intervenções farmacêuticas em contexto comunitário, programas de literacia em saúde e estratégias de apoio à gestão terapêutica. Estudos longitudinais e interdisciplinares serão essenciais para aprofundar a compreensão dos fatores que influenciam a adesão e sustentar políticas públicas eficazes e equitativas.



Palavras-chave: Doenças crónicas, Multimorbilidade, Polifarmácia (polimedicação), Adesão à medicação.

## Abstract

The ageing of the population has led to an increased prevalence of multimorbidity and polypharmacy, posing significant challenges to healthcare systems, particularly regarding medication adherence. This study aimed to assess the levels of medication adherence among individuals over the age of 55 in a community pharmacy setting, analysing its association with sociodemographic and clinical variables. It was a cross-sectional observational study using the 8-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), applied to a sample of 153 patients.

The results showed that 54% of participants demonstrated high adherence, 33% moderate adherence, and 13% low adherence. The majority of participants were female (56.2%), retired (91.5%), and living in urban areas (83.7%). There was a high prevalence of chronic conditions, with hypertension (70.6%), hypercholesterolemia (43.8%), and diabetes (32.7%) being the most commonly reported. More than half of the sample (52.3%) met the criteria for polypharmacy (use of five or more medications).

Although no statistically significant associations were found between adherence and variables such as education level, age, or number of medications, a significant association was observed between gender and adherence ($p = 0.0208$), with women showing a higher prevalence of low adherence. This trend may reflect disparities in access to health information, the burden of caregiving responsibilities, and the complexity of therapeutic regimens.

This research highlights the importance of integrated, patient-centred approaches tailored to the needs of older, polymedicated populations. It underscores the need to strengthen pharmaceutical interventions in community settings, promote health literacy, and support therapeutic management strategies. Longitudinal and interdisciplinary studies will be essential to further understand the determinants of adherence and to inform effective and equitable public health policies.



Keywords: Chronic diseases, Multimorbidity, Polypharmacy, Medication adherence

# Acrónimos e símbolos

ANOVA – Analysis of Variance (Análises de variância)

APP – Application (Aplicação)

APMGF – Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

DNT – Doenças Não Transmissíveis

HbA1c – Hemoglobina Glicada

IC95% - Intervalo de Confiança de 95%

INE – Instituto Nacional de Estatística

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

INSUP – Instituto de Sociologia da Universidade do Porto

INSEF – Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico

ISS – Instituto Segurança Social

MEMS – Medication Event Monitoring System (Sistema de Monitorização de Eventos de Medicação)

MGF – Médico de Medicina Geral e Familiar

MMAS – Morisky Medication Adherence Scale (Escala de Adesão à Medicação de Morisky)

MPR – Medication Possession Ratio (Proporção de Posse da Medicação)

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDC – Proportion of Days Covered (Proporção de Dias Cobertos)

SMS – Short Message Service (Serviço de Mensagens Curtas)

SPLS – Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

TAD –Tensão Arterial Diastólica

TAS – Tensão Arterial Sistólica

WHO – World Health Organization (Organização Mundial de Saúde)

# Índice

*Resumo* 4

*Abstract* 5

*Acrónimos e símbolos* 6

*Índice* 7

*Índice de Tabelas* 8

*Índice de Figuras* 8

*Índice de Quadros* 8

*1.Introdução* 9

**1.1. Desafios da multimorbilidade para os sistemas de saúde** 9

**1.2. Prevalência de doenças crónicas e multimorbilidade** 10

**1.3. A polimedicação – definição e desafios** 13

**1.4. A adesão à medicação – métodos de medida** 14

**1.5. Impacto da adesão à medicação na multimorbilidade** 19

*2. Questão de investigação e objetivos do estudo* 21

*3. Material e Métodos* 22

*4. Resultados* 23

**4.1. Número de medicamentos que os participantes tomam** 25

**4.2. Doenças Crónicas** 25

**4.3. Adesão à medicação** 26

**4.4. Resultados da análise exploratória de relação entre variáveis** 27

*5. Discussão* 31

*Conclusão* 35

*Referências Bibliográficas* 36

*Anexos* 41

# Índice de Tabelas

Tabela 1- Tabela representativa do número total de pessoas com Alta, Moderada e Baixa adesão ..... 26

# Índice de Figuras

Figura 1 - Infográfico (2015) sobre doenças crónicas na população portuguesa, realizado pelo INSA. Fonte (INSA, 2019) ..... 12
Figura 2 -Dsitribuição da frequência dos participantes por idade ..... 23
Figura 3 – Distribuição dos participantes segundo as suas habilitações literárias ..... 24
Figura 4 – Distribuição das profissões dos participantes do estudo ..... 24
Figura 5 – Distribuição da frequência dos participantes de acordo com a quantidade de medicamentos tomados diariamente ..... 25
Figura 6 – Frequência das doenças mais identificadas na amostra populacional ..... 26
Figura 7 - Gráfico representativo sobre os tipos de adesão por género ..... 27
Figura 8 - Distribuição percentual das categorias de Adesão em função das habilitações literárias ..... 27
Figura 9 - Distribuição percentual das categorias de Adesão de acordo com o número de total de medicamentos tomados ..... 28
Figura 10 - Diagrama de caixa representando a distribuição das idades dos participantes por nível de Adesão ..... 28
Figura 11 - Diagrama de caixa comparando a distribuição de idades entre os participantes reformados e os restantes ..... 29
Figura 12 - Gráfico circular representando a distribuição das categorias de Adesão entre mulheres e homens ..... 29
Figura 13 - Gráfico circular representando a distribuição das categorias de Adesão entre residentes em meio urbano e rural ..... 30
Figura 14 - Gráfico de dispersão que representa a relação entre idades dos participantes, grau de Adesão, género e número de medicamentos tomados ..... 30

# Índice de Quadros

Quadro 1 – Métodos diretos à adesão adaptado de OSterberg & Blaschke 2005 ..... 16

# 1.Introdução

## 1.1. Desafios da multimorbilidade para os sistemas de saúde

O envelhecimento da população representa um aumento do número de pessoas com múltiplas condições de saúde. A multimorbilidade, ou a coexistência de duas ou mais doenças crónicas no mesmo individuo, manifesta-se por haver pessoas com múltiplas condições de saúde e que requerem, a longo prazo, cuidados complexos e contínuos (World Health Organization, 2016).

Num estudo realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, intitulado de “Uso de cuidados de saúde em pacientes com multimorbidade” estimou-se que os doentes com multimorbilidade são responsáveis por até 75% das consultas de cuidados primários e com maior risco, 14,6 vezes, de serem hospitalizados provando ser preciso ajustar e criar políticas de saúde que consigam dar resposta a esta necessidade crescente e minimizar, assim, estes números (Quinaz Romana et al., 2019).

A multimorbilidade está implicitamente interligada a uma diminuição de qualidade de vida, declínio funcional e morte prematura. Estes doentes precisam de cumprir as várias recomendações médicas, assim como a autogestão farmacológica implicando os devidos riscos de sob tratamento, sobre tratamento ou erro médico (Heleno & Silvério-Rodrigues, 2019). A gestão dos cuidados de saúde e das terapêuticas apresentam uma dificuldade acrescida e inerente à multimorbilidade em si tendo em conta o plano individual (paciente), organizacional (sistema de saúde) e profissional (médico) (Broeiro, 2015). Podem obter-se comportamentos e decisões clínicas eficazes se, às normas de orientação clínicas, juntarmos, não só, uma linguagem idêntica que advém das classificações de doença, mas também, um conjunto de incentivos financeiros. Haverá um risco de prejudicar os doentes com multimorbilidade se os objetivos se focarem somente na doença (Rodrigues, 2019).

Em 2018, vencedor do Prémio Saudável Sustentável, uma Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, através de uma coordenação ativa entre o Hospital do Litoral Alentejano e os centros de saúde de Santiago do Cacém, Odemira e Sines, implementou-se um “Programa de Gestão de Caso para Doentes Crónicos com Multimorbilidade” como projeto multidisciplinar (Administração Regional de Saúde Alentejo, 2018). Este projeto visou essencialmente a reorganização de serviços de modo a garantir uma coordenação entre médico, enfermeiro e assistente social. “Aos doentes é-lhes apresentada hipótese de entrarem no programa. É elaborado um plano

personalizado, negociado com o doente e os cuidadores: ensino do que são as suas doenças, os medicamentos e quais os sinais de alerta de entrada em descompensação". Os resultados, entre 43 doentes, apresentaram um recuo de 66,6% na ida às urgências hospitalares e de 52,4% dos internamentos. A poupança gerada por doente equivalente/ano representou 2.558 euros. O projeto focou-se essencialmente no conhecimento do doente como um todo e nos meios de comunicação dedicados para toda a equipa, permitindo respostas rápidas. O enfermeiro representou o elo de ligação entre o doente, cuidadores e os diferentes serviços (Administração Regional de Saúde Alentejo, 2018).

O objetivo, neste paradigma, passa pela melhoria dos cuidados prestados a estes doentes, impondo cuidados de saúde primários robustos que representem uma visão focada no paciente e na complexidade da multimorbilidade sob a forma integral e integrada. É importante uma colaboração eficaz entre profissionais e serviços com o intuito de priorizar os cuidados de saúde, a melhoria da qualidade de vida e a funcionalidade dos pacientes. Um sistema de saúde que procure cuidar de pessoas com multimorbilidade deve centrar-se no paciente, sendo importante equilibrar os problemas e permitir uma abordagem integrada (Broeiro, 2015).

## 1.2. Prevalência de doenças crónicas e multimorbilidade

As doenças crónicas, também definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doenças crónicas não transmissíveis, resultam de várias situações multifatoriais e foram responsáveis pela morte de 43 milhões de pessoas em 2021, equivalente a 75% das mortes não relacionadas com a pandemia a nível mundial, sendo que 18 milhões se referem a mortes de pessoas com idade inferior a 70 anos (World Health Organization, 2023).

As doenças não transmissíveis (DNT) podem ser descritas como doenças crónicas por durarem muitos anos, prolongando-se por toda a vida. Os governos precisam de serviços de saúde fortes, capazes de garantir um tratamento eficaz e que todos possam ter acesso a cuidados de saúde básicos com o intuito de se viver melhor e durante mais tempo. Compete aos governos criar um ambiente onde todos sejam apoiados para a prática de atividade física, para uma alimentação saudável e cuidada, evitarem o consumo de tabaco e o uso nocivo de bebidas alcoólicas. As quatro maiores DNT são as doenças cardiovasculares, causam uma em cada 3 mortes (17.9 milhões de pessoas por ano); o cancro, uma em seis mortes (9.3 milhões de pessoas por ano); as doenças respiratórias crónicas, uma em cada treze mortes (4.1 milhões de pessoas por

ano); diabetes, uma em cada 28 mortes (2 milhões de pessoas por ano) sendo que mais de 95% dos casos são do tipo 2 (World Health Organization, 2022).

O relatório europeu sobre doenças não transmissíveis refere que 90% das mortes são causadas por estas doenças. O desafio, enorme, engloba impedir e baixar o presente quadro de mortes prematuras (morrer entre os 30 e 69 anos) que representam 68% de todas as mortes prematuras na Europa e são resultantes de doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias. Prevê-se que uma melhoria da promoção em saúde e a sua devida prevenção possa reduzir a prevalência destas doenças em 70% (Poulsen, 2023).

Em 2015 foi realizado pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) um dos estudos mais significativos sobre doenças crónicas na população residente em Portugal. O 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015) abrangeu 4911 indivíduos com idades compreendidas entre os 25 e 74 anos, combinou entrevistas presenciais, exames físicos e analises laboratoriais com o objetivo de recolher dados significativos sobre as doenças cronicas, determinantes de saúde e utilização de serviços de saúde. Os dados recolhidos por exame físico ou análises clinicas indicaram uma prevalência da diabetes de 9,8% (HbA1c ≥ 6,5% ou toma de antidiabéticos ou diagnóstico de diabetes), hipertensão arterial representou 36% da população (com valores da TAS ≥ 140 mmHg ou TAD ≥ 90 mmHg ou toma de medicação para diminuir tensão arterial), 52,3% apresentaram colesterol elevado (valores ≥ 190 mm/dL) e a prevalência em obesidade (IMC ≥ 30) foi de 28,7% (*INSEF, 2015*).

Representando aproximadamente 3.9 milhões de pessoas, 57,8% dos inquiridos, relataram ter pelo menos uma doença crónica aquando da questão “Tem alguma doença ou problema de saúde que dure há mais de 6 meses ou que se espere que venha a durar mais de 6 meses?”. As doenças crónicas mais comuns auto reportadas foram a hipertensão arterial (25,6%), colesterol elevado (24,7%), artrose (14%), alergias (14%), diabetes (9%), dor cronica (10,4%) e depressão (9%). Nas mulheres, as doenças crónicas mais referidas foram hipertensão (26,1%), colesterol elevado (25,7%), artrose (20,6%), alergias (18,1%), depressão (15,2%) e dor crónica (13,5%). Nos homens, as mais frequentes foram hipertensão (25,1%), colesterol elevado (23,7%), alergias (11,4%), diabetes (10,4%), dor crónica (7,4%) e artrose (7,3%). Houve 62% de ocorrência nas mulheres, uma maior prevalência nas pessoas com menos escolaridade e no grupo etário dos 64-75 anos (INSA, 2019) (Figura1).

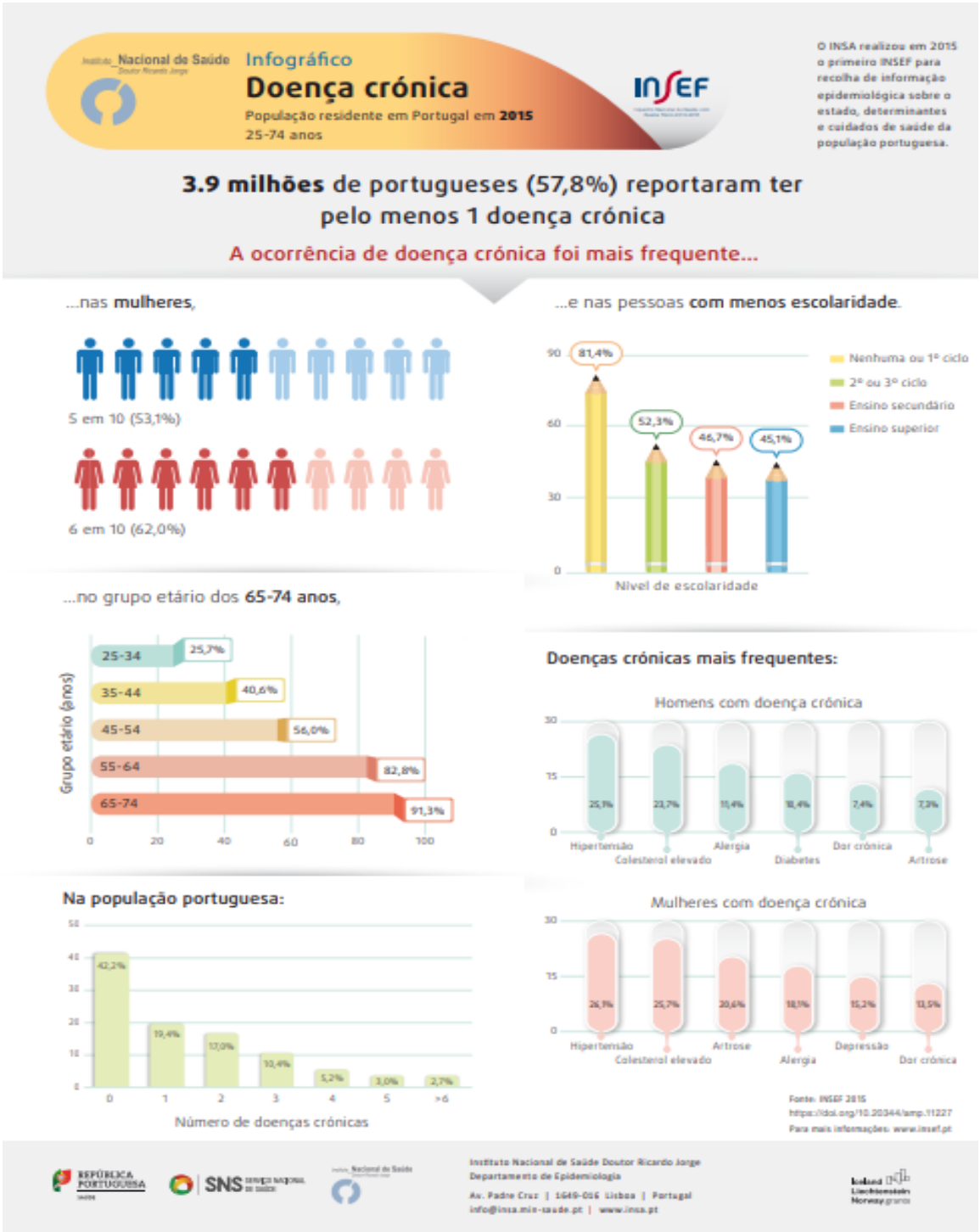



Figura 1 - Infográfico (2015) sobre doenças crónicas na população portuguesa, realizado pelo INSA. Fonte (INSA, 2019)

O termo multimorbilidade é usado para pessoas com múltiplas condições de vida, ou a coexistência de duas ou mais doenças crónicas num mesmo individuo (World Health Organization, 2016). Num trabalho de investigação realizado por Marengoni e colaboradores (2011) utilizando a PUBMED e Cochrane, após a revisão de artigos

relevantes da comunidade internacional de pesquisa em multimorbilidade (Canadá) concluiu-se que a multimorbilidade é frequente e tem uma prevalência de 82% em idades superiores a 85 anos. As doenças que apresentaram maior prevalência foram a hipertensão, a diabetes, obesidade, doença cardíaca isquémica e osteoartrose (Marengoni et al., 2011).

Os autores do estudo "Multimorbilidade em Portugal: Resultados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde", (Romana et al., 2019) com base nos dados do inquérito de base populacional realizado pelo INSEF, tiveram como objetivo estudar a prevalência de multimorbilidade e identificar os fatores associados na população portuguesa. Constatou-se que é um problema comum em Portugal. Dos 4911 indivíduos que participaram no estudo, 38,3% apresentaram prevalência em multimorbilidade, especialmente nos indivíduos mais velhos, 65,5% nos homens e 82,3% nas mulheres, respetivamente (Romana et al., 2019). Outro estudo, "Associação de estilo de vida e fatores sociodemográficos na multimorbidade:", com outros autores (Páscoa et al., 2022), aonde se inquiriam 891 pessoas, 48,9% das quais apresentaram prevalência em multimorbilidade. Foram analisados dados sociodemográficos, hábitos de saúde e presença de multimorbildiade na população portuguesa (Páscoa et al., 2022).

## 1.3. A polimedicação – definição e desafios

A definição de polimedicação não é consensual, também conhecida como polifarmácia, define-se como o uso simultâneo de múltiplos medicamentos (normalmente mais do que cinco) pela mesma pessoa, contabilizando também os que não precisam de prescrição médica (Ordem dos Farmacêuticos, 2024).

A literatura ainda carece de consenso claro sobre a definição de polimedicação (polifarmácia), sendo o critério mais usado o número de cinco ou mais medicamentos diários. Este critério numérico, embora útil, é limitado e não substitui uma avaliação clínica adequada à terapêutica. Assim, a investigação atual procura redefinir o conceito, promovendo abordagens que valorizem o contexto clínico em vez de contagens arbitrárias de fármacos (Masnoon et al., 2017).

Os desafios são variados e complexos agravando-se numa população cada vez mais envelhecida, na mesma medida, um aumento de longevidade acarreta uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas e, necessariamente, um maior consumo de medicamentos ajustados a essas patologias (*MGF, 2000)*.

Num outro trabalho de investigação sobre polimedicação percebeu-se que 59,2% da população estudada (747 doentes de uma área central do Porto com mais de 64 anos)

efetuava polifarmácia e em 37% dos casos as pessoas apresentavam o uso de medicação potencialmente inadequada, identificada pelos critérios de Beers (lista de medicamentos considerados inapropriados em geriatria) (American Geriatrics Society Beers Criteria, 2023; Eiras et al., 2016).

A polimedicação é amplamente reconhecida como um desafio significativo na gestão da saúde dos idosos devido ao risco aumentado de reações adversas, interações medicamentosas e não adesão à terapêutica (Paulino et al., 2021). Estes efeitos têm impacto direto na qualidade de vida e podem conduzir a um maior número de hospitalizações e à perda de autonomia (Paulino et al., 2021). Para além destes fatores a despesa financeira relacionada à compra de múltiplos medicamentos pode representar um peso considerável para os idosos afetando a sua qualidade de vida e restringindo o acesso a outros recursos fundamentais. A gestão diária ligada diretamente aos inúmeros medicamentos e à complexidade dos horários de medicação pode afetar a autonomia do idoso que passa a depender de terceiros para que a toma seja eficaz e sem erros associados. Desta forma, é notório para o idoso, que a polimedicação não compromete somente a sua questão física, mas também a sua componente social, contribuindo, muitas vezes, para o seu isolamento e deterioração do suporte emocional (Farias et al., 2024).

## 1.4. A adesão à medicação – métodos de medida

A adesão à medicação tem vindo a ser estudada ao longos dos anos. Num trabalho de investigação realizado por revisão de literatura, propôs-se analisar vários artigos para se elaborar o melhor conceito (Cramer et al., 2008). A adesão à medicação refere-se, assim, ao ato de cumprir as indicações de um profissional de saúde sobre o período de tempo prescrito, a dosagem e a frequência das tomas. Conclui-se que a adesão à medicação pode ser definida “como a medida em que um paciente age de acordo com o intervalo e dose prescritos num regime posológico” (Cramer et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde (2003) definiu inicialmente adesão como “a medida em que o paciente segue as instruções médicas”. No entanto, reconheceu mais tarde que esta definição era limitada por não refletir a complexidade das intervenções envolvidas no tratamento de doenças crónicas. Foi então adotada uma definição mais abrangente, centrada no comportamento do doente em relação às recomendações acordadas com o profissional de saúde (Sabaté & WHO, 2003). Outro fator discordante foi ter definido o paciente como um colaborador não ativo no processo de tratamento. A relação entre o profissional de saúde e o paciente deve estar interligada e representar

uma parceria mediante as habilidades de cada um, aliás, esta relação está descrita como um fator decisivo na adesão à medicação Mais tarde adotou-se  a versão de Haynes e Rand descrevendo e definindo a adesão a longo prazo: ”até que ponto o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um profissional de saúde” (Sabaté & World Health Organization, 2003).

Ainda segundo Sabaté & WHO (Sabaté & World Health Organization, 2003) a maioria dos estudos de investigação sobre a adesão à medicação centra-se apenas no doente como cumpridor da prescrição médica, sendo omitida toda uma visão mais ampla sobre alguns comportamentos, muitos deles mais abrangentes, relacionados com a saúde em si do que apenas tomar a medicação prescrita.

A Organização Mundial da Saúde (2003) refere que, embora existam vários métodos propostos para avaliar a adesão à medicação, nenhum alcançou o estatuto de padrão-ouro, sublinhando que a não adesão está associada a piores resultados clínicos e ao aumento dos custos em saúde. A melhoria da adesão à medicação é reconhecida como uma prioridade, sendo várias intervenções eficazes neste domínio segundo evidência reunida pela Organização Mundial da Saúde (Sabaté & World Health Organization, 2003). Um elemento decisivo no delineamento de estratégias para otimizar a adesão é a compreensão da sua magnitude e dos fatores subjacentes, contudo, observa-se a ausência de diretrizes abrangentes que orientem investigadores e profissionais de saúde na seleção de ferramentas adequadas para avaliar a extensão da adesão e identificar as causas da não adesão com a finalidade de planear futuras intervenções. A Organização Mundial da Saúde classifica os métodos de medidas em subjetivos e objetivos (Sabaté & World Health Organization, 2003). Os métodos de medida subjetivos incluem avaliações baseadas no relato do paciente ou na perceção do profissional de saúde sobre o comportamento de adesão. O autorrelato e as avaliações clínicas são as abordagens mais comuns, mas sofrem com a tendência dos pacientes de subnotificar a não adesão. Por outro lado, os métodos de medida objetivos, como a contagem de comprimidos, a monitorização eletrônica, a análise de bancos de dados secundários e as análises bioquímicas são considerados mais confiáveis e precisos. Com a finalidade de uma avaliação mais abrangente, alguns autores, defendem uma abordagem combinada entre os métodos de medida subjetivos e objetivos (Lam & Fresco, 2015).

Desde Hipócrates que a adesão à medicação tem vindo a ser usada como método de monitorização na medida em que os efeitos das “poções” eram registados com pequenos apontamentos sobre se o paciente as havia tomado ou não. Ainda hoje o

autorrelato tem sido uma das ferramentas mais comuns e usadas. Os métodos de medida, pela visão de outros autores, também podem ser classificados em diretos e indiretos dependendo da forma como são recolhidos e analisados. Os métodos diretos são constituídos pela observação direta da toma dos medicamentos, pela medição objetiva da presença do medicamento ou dos seus metabolitos no organismo do paciente e pelo uso de substâncias, muitas das vezes um marcador biológico, para posterior deteção ou medição (Quadro 1), (Osterberg & Blaschke, 2005).

| | Vantagens | desvantagens |
|---|---|---|
| Observação direta da toma dos medicamentos | Preciso | Os pacientes podem esconder os comprimidos na boca e rejeitá-los posteriormente; impraticável para uso diário |
| Medição da concentração do medicamento ou seus metabólitos em amostras biológicas (sangue, urina ou saliva) | Objetivo | Caro; influenciado por variações do metabolismo; falsa impressão à adesão pelo fenómeno “bata branca” |
| Medição do marcador biológico no sangue | Objetivo; Pode ser usado para medir o placebo | Requer ensaios quantitativos caros |

Quadro 1 – Métodos diretos à adesão adaptado de OSterberg & Blaschke 2005

Por outro lado, os métodos indiretos são amplamente utilizados devido à sua simplicidade e facilidade em aplicá-los em larga escala. Um dos métodos mais simples e comuns é o autorrelato do paciente. Consiste em perguntar diretamente ao doente, de forma informal ou estruturada, se tem tomado os medicamentos conforme lhe foram prescritos. Pode ser feito oralmente durante uma consulta ou com recurso a formulários. Apesar de ser rápido e de baixo custo, este método está sujeito a enviesamentos: o paciente pode esquecer-se das tomas ou, conscientemente, fornecer respostas que julga mais aceitáveis para o profissional de saúde (Lam & Fresco, 2015; Osterberg & Blaschke, 2005).

Complementar ao autorrelato estão os questionários específicos de adesão, a Escala de Adesão Medicamentosa de Morisky (MMAS), desenvolvida por Donald E. Morisky e colaboradores, é um método indireto amplamente utilizado para avaliar a adesão ao tratamento farmacológico em populações com doenças crónicas. Disponível em duas versões, MMAS-4 e MMAS-8, esta escala procura identificar padrões comportamentais que interferem na toma regular da medicação, tais como esquecimentos, interrupções voluntárias ou dificuldades relacionadas com a compreensão do regime terapêutico. A versão de quatro itens (MMAS-4) utiliza perguntas de resposta dicotómica (sim/não), permitindo uma aplicação rápida, embora com menor capacidade descritiva. Já a versão de oito itens (MMAS-8) acrescenta quatro novas questões, sendo algumas formuladas em formato de escala de Likert, que consiste numa graduação ordinal de respostas (por exemplo: nunca, raramente, às vezes, frequentemente), permitindo uma avaliação mais precisa da frequência e intensidade dos comportamentos relacionados com a não adesão. A MMAS-8 demonstrou capacidade de classificar os pacientes em diferentes níveis de adesão, em baixa (≤5), média (6–7) ou alta adesão (8) e mostrou correlação com resultados clínicos e com medidas objetivas de adesão, como a taxa de aquisição de medicamentos em farmácia, consolidando-se como uma ferramenta útil em contextos clínicos e de investigação (Morisky et al., 2008)[1]. Neste sentido, Lam e Osterberg concluiram que apesar de mais estruturados que o autorrelato simples, continuam dependentes da sinceridade e compreensão do paciente, estando também sujeitos a viés.

Ainda segundo os autores Lam e Osterberg a contagem de comprimidos é outro método amplamente utilizado, baseia-se em contar os medicamentos restantes na embalagem comparando com o número que deveria restar, assumindo uma toma regular e contínua. Este método é relativamente simples e objetivo, mas pode ser facilmente manipulado: o paciente pode descartar comprimidos antes da consulta para aparentar adesão. Além disso, não fornece informação sobre se os medicamentos foram tomados nos horários corretos ou sobre possíveis acumulações ou esquecimentos intermitentes (Lam & Fresco, 2015).

As taxas de levantamento de medicamentos na farmácia, conhecidas como *refill rates,* são cada vez mais usadas em ambientes com sistemas informatizados. Permitem calcular indicadores como o MPR (Medication Possession Ratio) ou o PDC (Proportion of Days Covered), que estimam a proporção de dias em que o paciente tem o medicamento disponível. Este método é especialmente útil em alguns estudos

[1] Apesar da retratação de um artigo original de Morisky et al., 2008, este facto prendeu-se com questões éticas e de licenciamento.

populacionais, podendo ser automatizável e baseado em dados reais no ato da dispensa, contudo, pressupõe que levantar o medicamento equivale a tomá-lo, o que nem sempre acontece, e não permite detetar adesão ou pausas não comunicadas (Lam & Fresco, 2015).

A resposta clínica observada é também considerada um método indireto. Baseia-se na suposição de que, se o paciente está a responder bem ao tratamento, é porque está a aderir corretamente à medicação. Apesar de poder ser válida em alguns casos, muitos outros fatores influenciam a resposta clínica, como variações individuais, interações medicamentosas ou evolução natural da doença. Por isso, não é um método suficientemente fiável por si só, mas pode complementar outras formas de avaliação (Lam & Fresco, 2015).

A monitorização eletrónica da adesão, nomeadamente através dos dispositivos MEMS (Medication Event Monitoring Systems), representa um avanço tecnológico relevante. Estes frascos eletrónicos registam automaticamente a data e hora de cada abertura, presumindo que cada evento corresponde a uma toma do medicamento. Os dados obtidos permitem analisar padrões de adesão com grande detalhe, incluindo atrasos, esquecimentos ou interrupções. Apesar da sua elevada precisão, os MEMS têm custos elevados, podem ser manipulados e o simples facto de o paciente saber que está a ser monitorizado pode alterar o seu comportamento (Lam & Fresco, 2015).

Um outro método indireto relevante mencionado é a medição de marcadores fisiológicos. Trata-se da avaliação de parâmetros clínicos ou laboratoriais que refletem a ação esperada do medicamento. Por exemplo, a medição da frequência cardíaca em pacientes que tomam beta-bloqueadores pode indicar se a medicação está a ser tomada corretamente. Embora estes marcadores possam ser úteis para corroborar a adesão, a sua interpretação pode ser afetada por múltiplos fatores externos, como variações fisiológicas naturais, outros medicamentos ou doenças concomitantes. Assim, este método deve ser usado com cautela e integrado em avaliações mais amplas (Lam & Fresco, 2015).

Outro método indireto é o uso de diários de medicação mantidos pelo próprio paciente. Neste caso, o doente regista diariamente, geralmente por escrito, se tomou ou não os medicamentos prescritos. Este tipo de registo pode ajudar tanto o paciente como o profissional de saúde a visualizar hábitos e a detetar falhas. No entanto, os diários são frequentemente preenchidos de forma incompleta, e alguns pacientes podem exagerar na adesão para não serem repreendidos. Apesar disso, são particularmente úteis em programas educativos e de autocontrolo, e são ferramentas comuns e acessíveis para monitorizar a rotina de toma (Lam & Fresco, 2015).

O relato de cuidadores ou profissionais de saúde é particularmente útil em populações dependentes, como crianças, idosos ou pessoas com défices cognitivos. Nestes casos, a informação sobre a toma de medicação pode ser recolhida junto de quem acompanha o paciente no dia a dia. Este método pode complementar os dados obtidos por outras vias, mas é subjetivo e dependente da observação e memória do cuidador, não sendo sempre fiável (Lam & Fresco, 2015; Osterberg & Blaschke, 2005).

## 1.5. Impacto da adesão à medicação na multimorbilidade

A adesão à medicação é um comportamento complexo influenciado por múltiplos fatores, sendo por isso difícil de melhorar com intervenções de componente único. Uma revisão concluiu que poucos estudos tinham baixo risco de viés, apenas cinco demonstraram melhorias na adesão e nos resultados clínicos. As intervenções envolvendo elementos educacionais, comportamentais e de apoio diário, embora mostrassem alguma eficácia eram complexas e de difícil identificação entre os componentes mais determinantes devido à falta de descrição padronizada. Ainda assim, a evidência sugere que intervenções multifacetadas são necessárias para promover mudanças reais na adesão (Nieuwlaat et al., 2014).

A multimorbilidade, é uma realidade cada vez mais prevalente nas populações envelhecidas e representa um desafio significativo para os sistemas de saúde e para os próprios doentes. Esta condição está frequentemente associada à polifarmácia com o uso de múltiplos medicamentos em simultâneo, o que pode comprometer seriamente a adesão aos tratamentos prescritos. Um paciente quando tem vários problemas de saúde a complexidade do regime terapêutico é maior, o número de tomas diárias, os potenciais efeitos adversos e o risco de interações medicamentosas — todos estes fatores contribuem para um menor cumprimento da medicação (Marengoni et al., 2011; Masnoon et al., 2017).

A adesão à medicação em doentes com multimorbilidade é frequentemente comprometida pela complexidade dos regimes terapêuticos, o número elevado de medicamentos prescritos e os efeitos adversos. Este contexto contribui para taxas elevadas de não adesão, o que resulta em menor controlo das doenças, aumento da utilização de serviços de saúde e risco acrescido de eventos adversos evitáveis. A polifarmácia, muito comum neste grupo populacional, está associada a uma maior probabilidade de interações medicamentosas e confusão nos horários de toma, dificultando o seguimento terapêutico adequado. A Organização Mundial da Saúde alerta que a melhoria da adesão teria um impacto maior na saúde pública do que avanços em

novos tratamentos, sobretudo em pessoas com doenças crónicas múltiplas. Assim, intervenções adaptadas e multidimensionais são essenciais para garantir melhores resultados em saúde neste grupo vulnerável (Masnoon et al., 2017; Sabaté & World Health Organization, 2003).

# 2. Questão de investigação e objetivos do estudo

Este estudo teve como ponto de partida a necessidade de compreender como é que a adesão à medicação é influenciada em utentes com multimorbilidade e polimedicação. A questão central foi: qual é o nível de adesão à medicação nestes utentes e que fatores sociodemográficos e clínicos estão associados? Dada a complexidade dos regimes terapêuticos e do envelhecimento da população, torna-se importante identificar padrões de comportamento que possam comprometer o seguimento adequado da terapêutica.

O objetivo principal foi avaliar a adesão à medicação em utentes com mais de 55 anos, com duas ou mais doenças crónicas e sob polimedicação, em contexto de farmácia comunitária. Através da aplicação da escala MMAS-8 e da recolha de dados sociodemográficos e clínicos, procurou-se identificar relações entre o grau de adesão e algumas variáveis. O estudo visa apoiar a implementação de estratégias que promovam uma melhor gestão da terapêutica.

# 3. Material e Métodos

Este trabalho pretendeu contribuir para conhecer de forma objetiva o modo como as pessoas utilizam a sua terapêutica de uso crónico. Consistiu em analisar diretamente a adesão à medicação de uma determinada população num possível contexto de multimorbilidade e polifarmácia e, num segundo momento, investigar a correlação entre a adesão à medicação e fatores sociodemográficos e clínicos. Dessa forma, pretendeu-se compreender, não só, o comportamento de adesão em si, mas também, a associação de alguns fatores que podem influenciá-la contribuindo para uma visão mais abrangente sobre o tema.

Tratou-se de um estudo através de inquérito, observacional e transversal. Na abordagem observacional pretendeu-se que os dados recolhidos aos participantes fossem totalmente íntegros e sem qualquer tipo de interferência por parte do investigador, assegurando, desta forma, a validade dos resultados. Na abordagem transversal o objetivo passou por recolher os dados num único momento temporal fornecendo uma visão imediata sobre a adesão à medicação e suas associações com fatores sociodemográficos e clínicos.

Para a recolha de dados optou-se pela aplicação de um questionário estruturado e dividido em duas partes complementares. Na primeira parte do questionário recolheram-se dados sociodemográficos e clínicos, como a idade, localização geográfica (residência), profissão, habilitações literárias, número de medicamentos que a pessoa toma e as doenças que possui; enquanto na segunda parte do questionário baseou-se na escala de Morisky adaptada ao contexto português com oito perguntas com intuito de avaliar a adesão à medicação. A avaliação é numérica e de 0 a 8 pontos, considerando, assim, a adesão em baixa (menor ou igual que 5), moderada (6-7) e alta (8).

Os participantes foram selecionados num ambiente de farmácia comunitária com os critérios de o utente ter mais de 55 anos e consumir pelo menos dois medicamentos. Os dados foram recolhidos presencialmente após consentimento informado, garantindo a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Foram armazenados de forma segura e utilizados exclusivamente para fins académicos sem qualquer identificação pessoal dos participantes. O estudo foi conduzido de acordo com a legislação sobre proteção de dado, tendo sido submetido à Comissão de Ética da ECTS, que emitiu o parecer favorável (Parecer CE.ECTS P11-22).

Os dados recolhidos foram analisados utilizando métodos estatísticos para identificar padrões de adesão à medicação e fatores associados. Para todas as análises utilizou-se um nível de confiança de 95%.

# 4. Resultados

A amostra recolhida foi de 153 participantes. Dos 153 inquiridos 86 eram mulheres e 67 homens o que representou 56,2% *versus* 43,8% respetivamente da totalidade dos inquiridos

Os resultados mostraram-nos que a idade média dos inquiridos foi a de 72 anos tendo como a idade mínima registada a de 61 anos e a máxima de 89 anos (figura 2). Uma vez que se obtiveram 153 respostas aos inquéritos a idade mais representativa foi a de 69 anos com 15 registos seguida da de 68 anos com 14, já no sentido oposto e no intervalo dos 61-89 observou-se a ausência de qualquer registo nas idades de 84 e 87 anos. A figura 2 representa a distribuição de idades no intervalo entre a idade mínima e máxima, mediante as suas frequências.

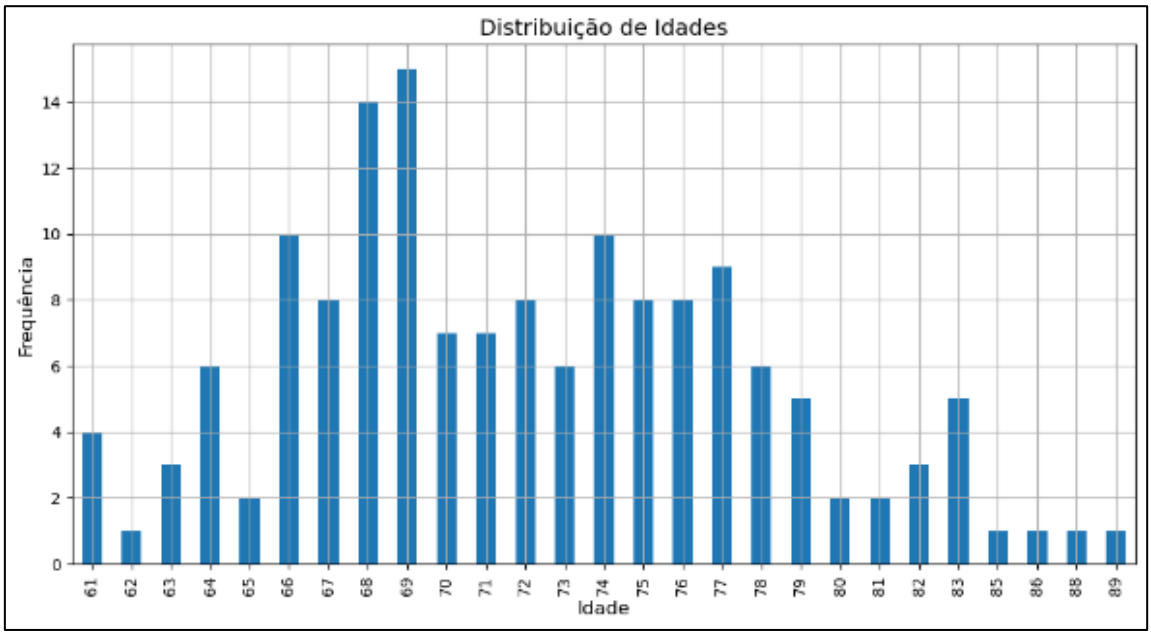



Figura 2 -Dsitribuição da frequência dos participantes por idade

A residência dos 153 participantes do inquérito apresentou-se como maioritária em meio urbano em 83,7% (128 pessoas) enquanto que 16,3% (25 pessoas) responderam viver em meio rural.

Os resultados sobre as habilitações literárias evidenciaram que todos os intervenientes tinham algum nível de instrução. O grupo dos que tinham o 12º ano foi o mais prevalente com 44 pessoas (28,8%), seguindo-se a 4ª classe com 42 pessoas (27,5%), o 9º ano com 31 pessoas (20,3%), os participantes que obtiveram a licenciatura representaram 28 pessoas (18,3% ) e mestrado 8 pessoas (5,2%) (Figura 3).

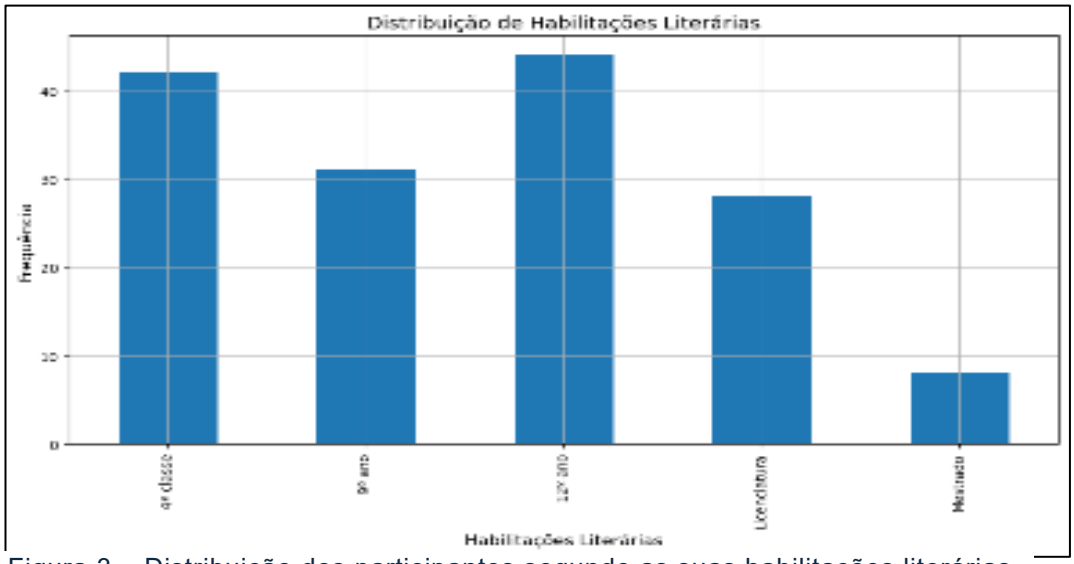



Figura 3 – Distribuição dos participantes segundo as suas habilitações literárias

Os reformados foram o maior grupo dentro da questão em relação à respetiva profissão com 140 respostas seguindo-se dos participantes que estavam empregados (12 pessoas) e apenas uma pessoa respondeu estar desempregada (Figura 4).

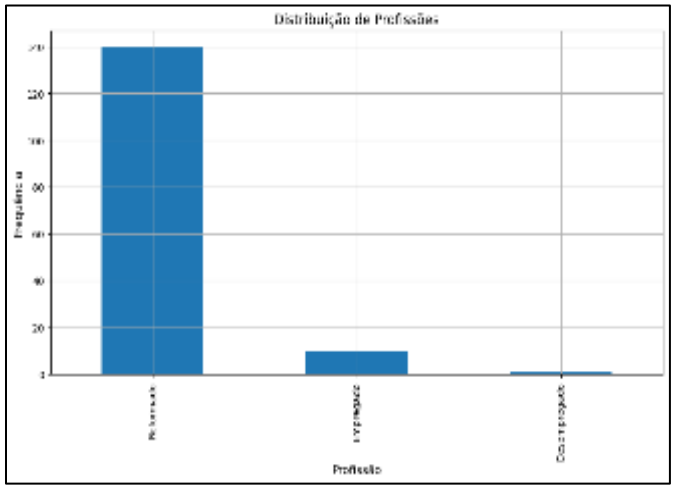



Figura 4 – Distribuição das profissões dos participantes do estudo

## 4.1. Número de medicamentos que os participantes tomam

Este inquérito revelou que, dos 153 participantes, 58 tomavam mais do que cinco medicamentos com uma percentagem de 37,9%, o que representou o maior grupo entre todos. Em números semelhantes seguiram-se os restantes grupos com 28 pessoas a assumirem tomar dois medicamentos (18,3%), 23 pessoas tomavam três (15%) e 22 pessoas tomavam quatro e cinco medicamentos, respetivamente (14,4%) (Figura 5).

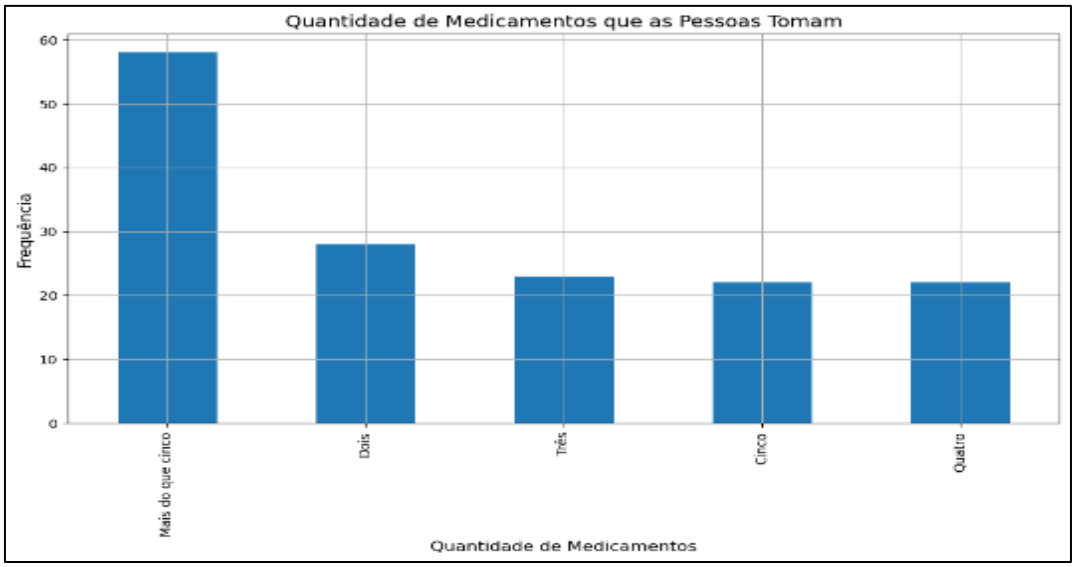



Figura 5 – Distribuição da frequência dos participantes de acordo com a quantidade de medicamentos tomados diariamente

## 4.2. Doenças Crónicas

De entre as várias doenças crónicas reportadas, nos 153 inquéritos, a hipertensão apresentou ser a doença mais prevalente e mencionada em 108 vezes, o que significou representar 70,6%. A segunda doença crónica mais presente nas respostas foi o colesterol elevado com 67 casos (43,8%). A diabetes foi tida como a terceira doença mais mencionada em 50 vezes (32,7%), seguindo-se a doença cardíaca com 36 pessoas (23,5%) a reportarem-na, a ansiedade com 30 (19,6%), com 13 pessoas a apontarem ter depressão (8,5%) e 12 dor crónica (7,8%) (Figura 6).

A média de doenças por doente representou 2,25.

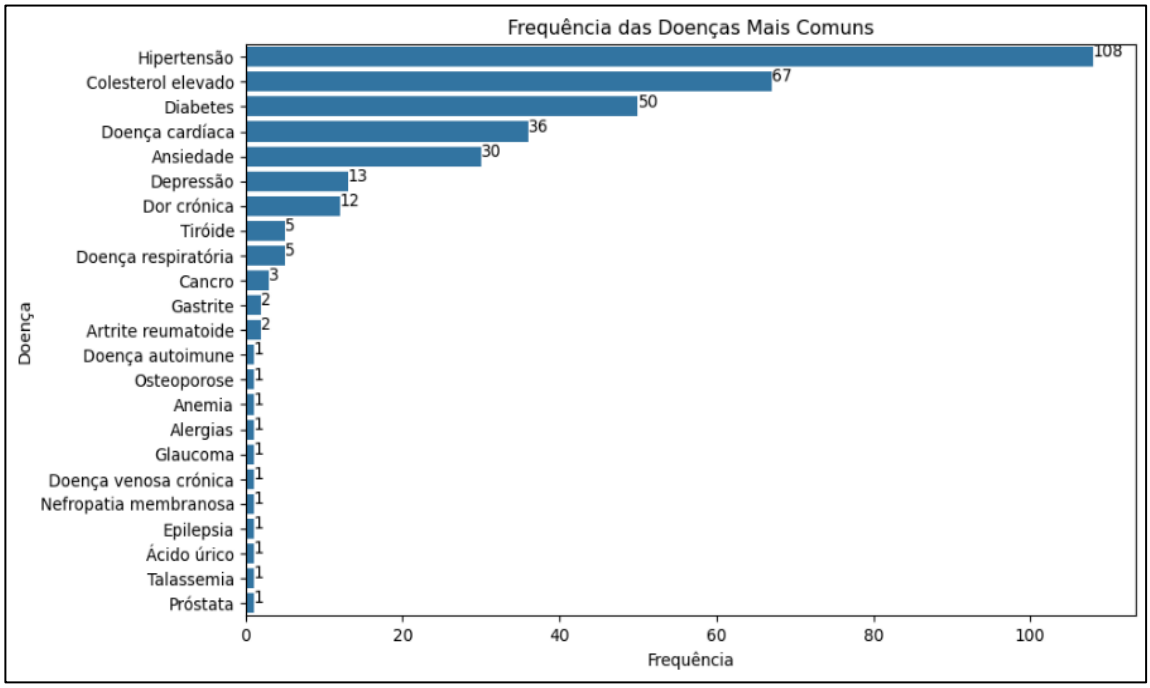



Figura 6 – Frequência das doenças mais identificadas na amostra populacional

## 4.3. Adesão à medicação

Em relação à adesão à medicação constatou-se que das 153 pessoas que participaram no questionário, 20 apresentaram ter uma adesão baixa (13%), 50 uma adesão moderada (33%) e 83 pessoas alta adesão (54%) (Tabela 1).

Tabela 1- Tabela representativa do número total de pessoas com Alta, Moderada e Baixa adesão

| Adesão | n (%) |
|---|---|
| Adesão moderada | 50 (33%) |
| Alta adesão | 83 (54%) |
| Baixa adesão | 20 (13%) |
| **Total** | **153** |

A Alta adesão foi verificada em 43 casos entre as mulheres e 40 entre homens, a Adesão Moderada apresentou representatividade entre 26 mulheres e 24 homens enquanto que na Baixa Adesão os números foram de 17 mulheres e apenas 3 homens Fugira 7).

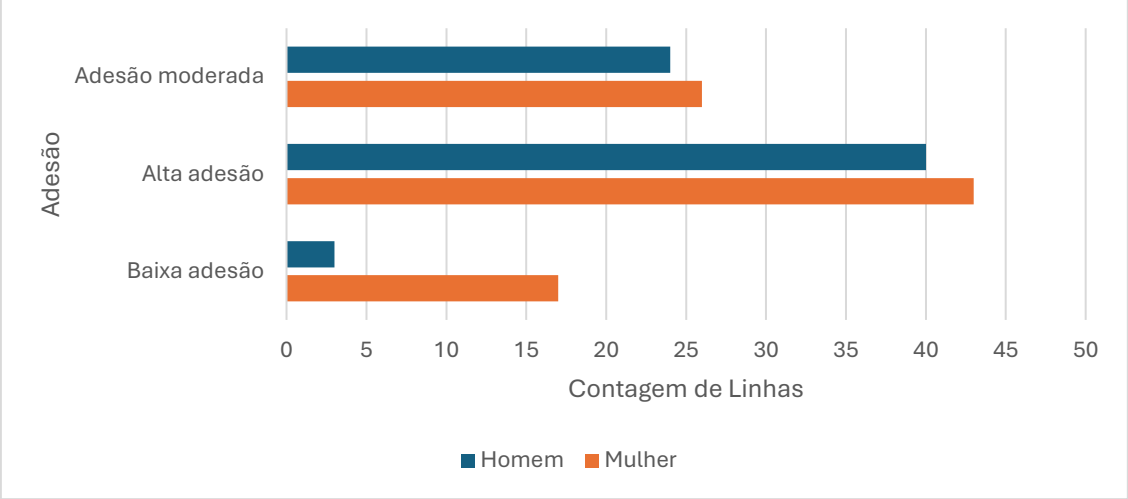



Figura 7 - Gráfico representativo sobre os tipos de adesão por género

## 4.4. Resultados da análise exploratória de relação entre variáveis

Verifica-se que na inferência em relação à porporção de adesão por habilitaçóes literárias não há relação entre escolaridade e grau de adesão (associação não significativa). No entanto podemos verificar que os indivíduos com até a 4ª classe são os que apresentaram menor prevalência (menos de 50%) de Alta adesão (Figura 8).

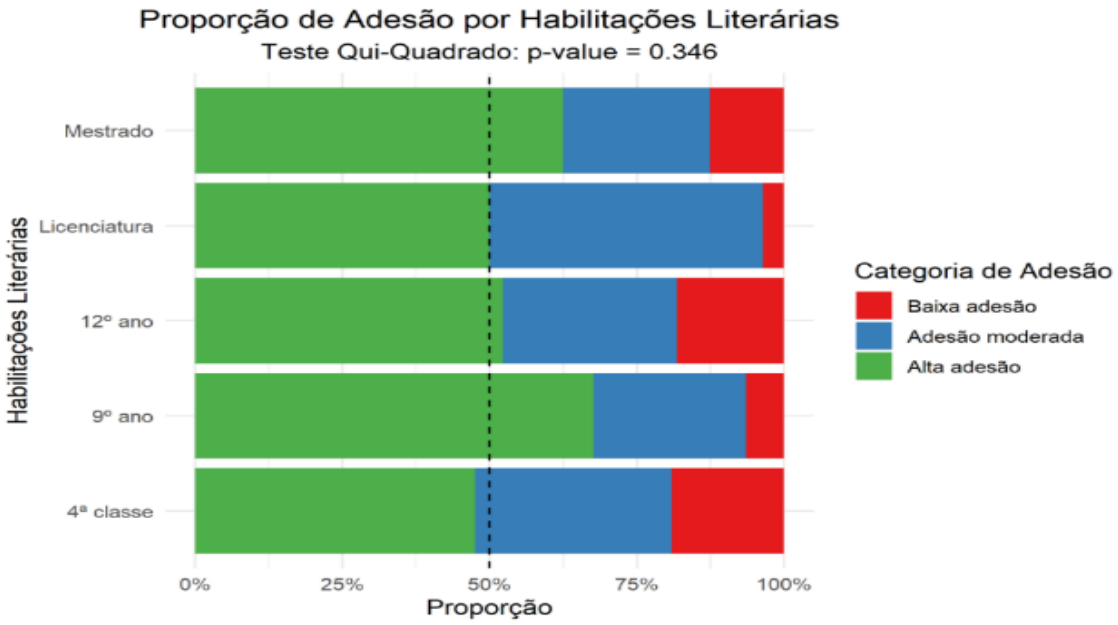



Figura 8 - Distribuição percentual das categorias de Adesão em função das habilitações literárias

Verifica-se que na inferência em relação ao grau de adesão por número de medicamentos não há relação entre número de medicamentos e grau de adesão (associação não significativa). No entanto podemos ver que os indivíduos com 5 medicamentos são os que apresentaram menor prevalência (menos de 50%) de Alta adesão (Figura 9).

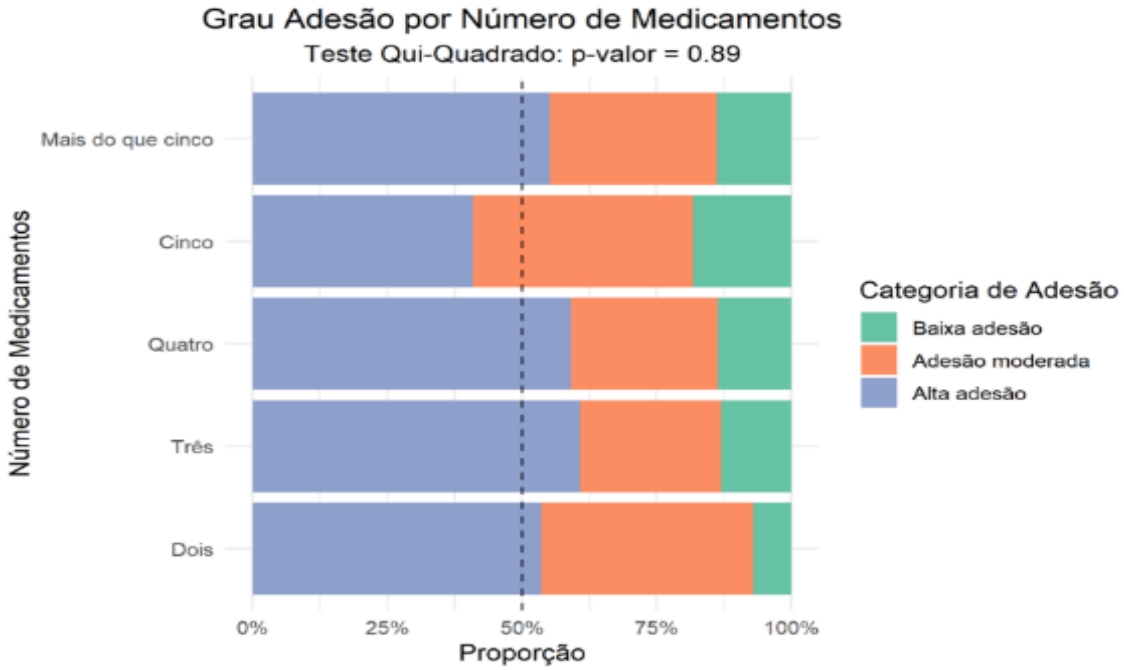



Figura 9 - Distribuição percentual das categorias de Adesão de acordo com o número de total de medicamentos tomados

Verifica-se que na inferência em relação à distribuiçáo de idade por nível de adesão, as diferenças nas médias de idade entre os diversos graus de adesão não são significativas (p=0.193) (Figura 10).

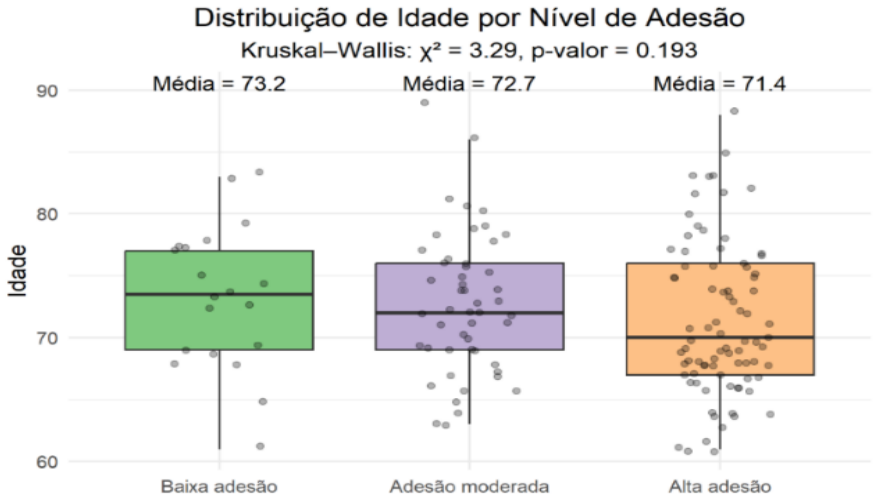



Figura 10 - Diagrama de caixa representando a distribuição das idades dos participantes por nível de Adesão

Verifica-se que na inferência em relação à distribuição de idade por situação profissional, a idade média dos indivíduos reformados é significativamente maior do que a dos indivíduos noutra situação (p<0.001) (Figura 11).

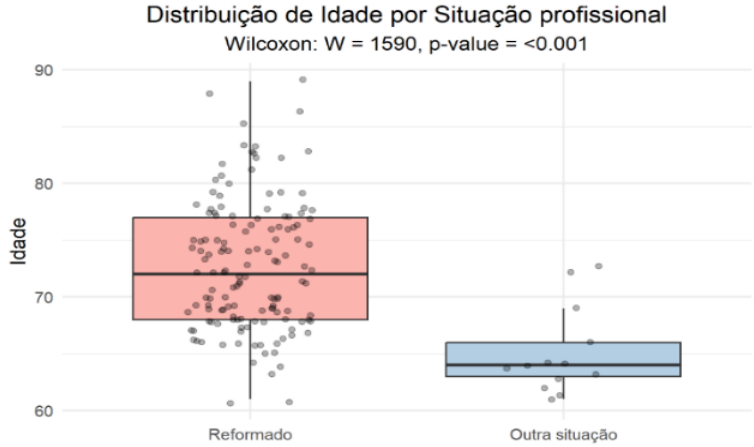



Figura 11 - Diagrama de caixa comparando a distribuição de idades entre os participantes reformados e os restantes

Verifica-se que na inferência em relação à distribuição de adesão por género, as mulheres apresentam uma menor prevalência de participantes com alta adesão do que os homens (e uma maior prevalência de baixa adesão). Associação estatisticamente significativa (p=0.0208) (Figura 12).

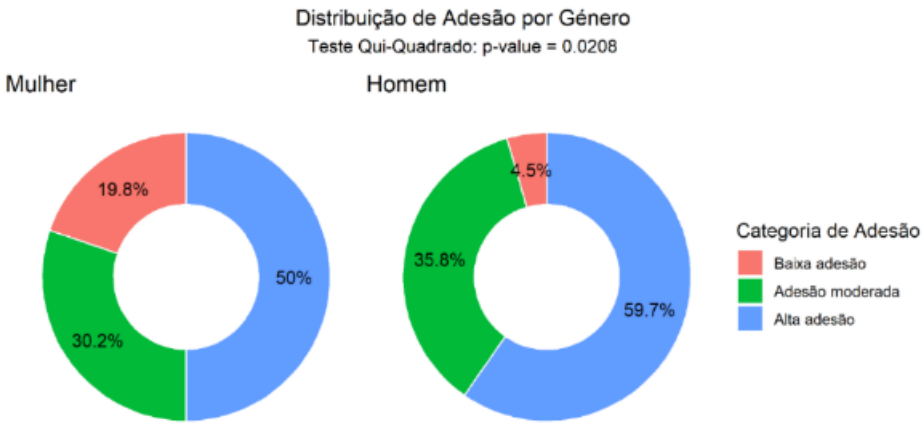



Figura 12 - Gráfico circular representando a distribuição das categorias de Adesão entre mulheres e homens

Verifica-se que na inferência em relação à distribuição de adesão por área de residência, apesar da prevalência de Alta adesão no meio rural ser maior, a associação não é estatisticamente significativa (p=0.519) (Figura 13).

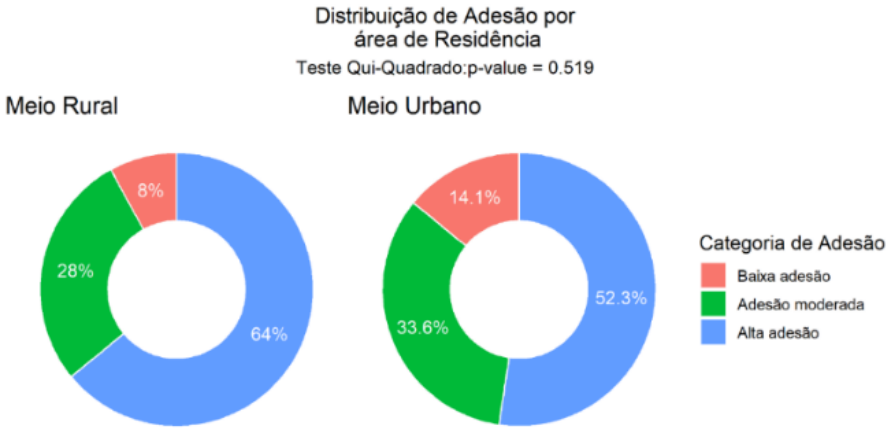



Figura 13 - Gráfico circular representando a distribuição das categorias de Adesão entre residentes em meio urbano e rural

Verifica-se que na inferência em relação à idade vs adesão, por género e número de medicamentos, o gráfico ilustra que os indivíduos na categoria baixa adesão são sobretudo mulheres que tomam 4, 5 ou mais medicamentos. Também ilustra que a idade não parece estar relacionada com a adesão nesta amostra (Figura 14).

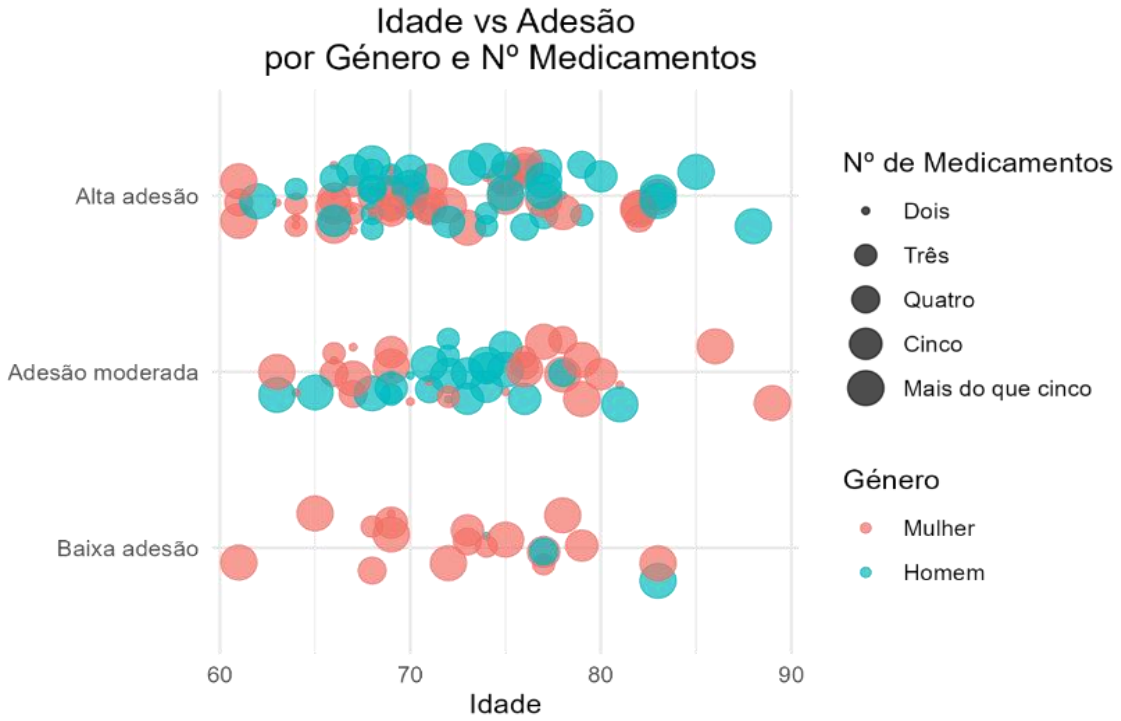



Figura 14 - Gráfico de dispersão que representa a relação entre idades dos participantes, grau de Adesão, género e número de medicamentos tomados

# 5. Discussão

Os inquéritos revelaram uma maior predominância do sexo feminino (56,2%), estando de acordo com a estrutura demográfica nacional, onde as mulheres representam a maioria da população, especialmente nas faixas etárias mais elevadas devido à sua maior esperança média de vida (*Portal do INE*, 2024). Por outro lado, alguns trabalhos de investigação sugerem que as mulheres participam mais frequentemente em investigações em saúde, demonstrando maior disponibilidade e interesse por temas relacionados à sua saúde e bem-estar(Liu & Mager, 2016) .

A média de idades situada nos 72 anos com maior concentração entre os 68 e 69 anos expôs o panorama actual da população Portuguesa em 2023, em que mais de 2,5 milhões de pessoas tinham 65 anos ou mais representando aproximadamente 24% da população total, refletindo, assim, o envelhecimento demografico (PORDATA, 2024). Por outro lado, num estudo em que a média de idades foi a de de 72,4 anos mostrou evidência na relação entre esta faixa etária e a prevalência de doenças crónicas e o uso regular de medicação (Marques et al., 2020).

A amostra salienta a alta percentagem de residentes em meio urbano (83,7%), estes dados estão de acordo com as estatisticas do INE de 2011, embora os idosos não sejam o foco do estudo, 72% da população portuguesa residia em áreas predominantemente urbanas (*Áreas predominantemente urbanas com 72% da população do país*, 2015). O Instituto de Sociologia da Universiadade do Porto (2023) corrobora que há uma proporção significativa da população idosa em Portugal que reside em áreas urbanas garantindo aos idosos melhor acesso a cuidados de saúde e apoio social (ISUP, 2023).

No que diz respeito às habilitações literárias observou-se que a maior parte dos participantes tinham um grau de escolaridade acima do 12º, inclusive, 52,3% representavam todos os que tinham concluído o 12º ano, licenciatura e mestrado, a literatura indica que maiores níveis de escolaridade estão frequentemente associados a maior literacia em saúde e melhores comportamentos relacionados com a adesão terapêutica. O artigo da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde destaca que utentes com baixos níveis de literacia em saúde enfrentam dificuldades significativas na compreensão e gestão da sua medicação. Essas dificuldades incluem desconhecimento sobre a finalidade dos medicamentos, confusão entre diferentes fármacos e erros na dosagem, o que pode comprometer a adesão terapêutica e a eficácia do tratamento (*SPLS*, 2023).

Dado que a idade legal da reforma em Portugal é de 66 anos e 7 meses em 2025, segundo o Instituto da Segurança Social é expectável que uma amostra com média etária de 72 anos e com 16 registos abaixo dos 66 anos apresente uma grande fatia de participantes reformados. Este dado está em consonância com o perfil demográfico nacional (*ISS*, 2025).

A maioria dos trabalhos de investigação comuns ao mesmo objetivo referiram usar a definição global da OMS em que definiam polifarmácia como a toma de 5 ou mais medicamentos, seguindo esse conceito e dentro deste contexto, o presente trabalho mostrou prevalência em pessoas que tomavam 5 ou mais medicamentos, em 52,3%. Pode afirmar-se que mais de metade dos inquiridos faziam polifarmácia. Um estudo transversal realizado em centros de cuidados primários em Portugal revelou que 77% dos idosos utilizavam cinco ou mais medicamentos (Simões et al., 2024)

O nosso inquérito mostrou que as doenças crónicas mais prevalentes auto reportadas foram a hipertensão (70,6%), o colesterol elevado (43,8%), a diabetes (32,7%), as doenças cardíacas (23,5%) e ansiedade (19,6%). Um trabalho realizado pelo INSEF, 2015, em que analisaram pessoas na faixa etária dos 25-74 anos evidenciaram que as duas doenças crónicas mais reportadas foram a hipertensão e o colesterol elevado (*INSEF 2015*). Num trabalho de investigação com doentes hipertensos em cuidados de saúde primários, observou-se uma elevada prevalência de colesterol elevado (82,1%) e diabetes (30,2%), confirmando, não só, a associação comum entre estas três doenças crónicas, mas também, a associação entre hipertensão e múltiplos fatores de risco cardiovascular (Marques da Silva et al., 2019). O Guia de Avaliação do Idoso reconhece a ansiedade como uma das perturbações mentais mais comuns no idoso, muitas das vezes sub-diagnosticada num contexto de multimorbilidade. O documento sublinha que doenças como hipertensão, diabetes e dislipidemia, associadas a perdas funcionais e sociais, aumentam significativamente o risco de sintomas ansiosos. A ansiedade quando não identificada e tratada compromete a adesão terapêutica, agrava a perceção de saúde e pode desencadear cascatas medicamentosas desnecessárias (APMGF, 2023).

A adesão à medicação como resposta ao questionário (escala de Morisky-8) demonstrou que a maior parte dos 153 inquiridos (54%) apresentaram uma alta adesão, 33% uma adesão moderada e 13% baixa adesão. Num estudo semelhante com 246 indivíduos, "Adesão à terapia medicamentosa na hipertensão arterial sistêmica", os resultados indicaram que 61,8% dos pacientes apresentaram alta adesão, 24,4% adesão moderada e 13,8% baixa adesão. Esses dados corroboram a predominância de alta adesão observada (Alves, Ferreira & Oliveira, 2022).

Neste trabalho procurou-se analisar os dados recolhidos de forma a identificar padrões e associações relevantes dentro do contexto específico da amostra estudada. Na análise da variável escolaridade em relação à adesão à terapêutica, apesar de não se ter verificado uma associação estatisticamente significativa ($p > 0,05$), observou-se uma menor prevalência de alta adesão entre os indivíduos com escolaridade até à 4.ª classe (<50%). Este resultado pode sugerir que fatores socioeconómicos, como o acesso à informação e a capacidade de compreensão das prescrições, influenciam negativamente a adesão. (Gil et al., 2024).

Relativamente à relação entre o número de medicamentos e a adesão, embora não tenha sido encontrada uma associação estatisticamente significativa, verificou-se uma menor adesão entre os utentes que utilizam cinco medicamentos. Este resultado pode refletir o impacto da complexidade do regime terapêutico (polifarmácia), que tende a aumentar o risco de esquecimento, interações medicamentosas e ocorrência de efeitos adversos (Oliveira et al., 2021).

No que diz respeito à relação entre a localização geográfica e a adesão à medicação, embora se tenha observado uma maior adesão alta no meio rural, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0,519$). A ausência de associação pode refletir uma crescente equidade no acesso aos serviços farmacêuticos em Portugal, promovida pela ampla cobertura da rede de farmácias comunitárias. Importa sublinhar que a adesão à terapêutica é um fenómeno multifatorial, influenciado por variáveis como a complexidade do regime terapêutico, mais do que apenas pela área de residência do utente (Kardas et al., 2013).

Na análise da relação entre idade, género e polifarmácia com a adesão à terapêutica, observou-se uma concentração de mulheres com mais de quatro medicamentos na categoria de baixa adesão. Este padrão pode refletir uma sobrecarga de responsabilidades, já que muitas destas mulheres acumulam o papel de cuidadoras no contexto familiar, o que poderá levar a que negligenciem o seu próprio tratamento em detrimento do cuidado aos outros (Oliveira et al., 2021). Por sua vez, tomar muitos medicamentos aumenta o risco de efeitos secundários, não sendo comunicado ao médico acabando por levar ao abandono do regime terapêutico (Arruda et al., 2015).

Relativamente à relação entre género e adesão, apesar de as mulheres apresentarem valores absolutos superiores nas três categorias de adesão (alta, moderada e baixa), a análise estatística centra-se nas proporções dentro de cada género. Esta abordagem revelou uma associação estatisticamente significativa ($p = 0,0208$), evidenciando uma menor prevalência de alta adesão e uma maior prevalência de baixa adesão entre as mulheres. Estes resultados podem estar relacionados com a sobrecarga

de papéis sociais tradicionalmente atribuídos às mulheres, nomeadamente as responsabilidades domésticas e os cuidados familiares. De acordo com o estudo 'O Trabalho Não Pago', da Fundação Francisco Manuel dos Santos, as mulheres dedicam quase o dobro do tempo a tarefas domésticas em comparação com os homens, o que poderá limitar o tempo e a energia disponíveis para o autocuidado e, consequentemente, comprometer a adesão a regimes terapêuticos (*O trabalho não pago*, 2019).

Na análise da distribuição etária por situação profissional, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre os indivíduos reformados e os que se encontram noutras situações profissionais (teste de Wilcoxon, $p < 0,001$). Este resultado é expectável, uma vez que a aposentação está intrinsecamente associada ao envelhecimento, sendo naturalmente mais prevalente nas faixas etárias mais avançadas. (WHO, 2015).

A amostra de 153 participantes. com uma margem de erro inferior a 8% e um IC95% revelou-se adequada para os objetivos do presente estudo permitindo uma análise descritiva detalhada dos dados sociodemográficos e dos níveis de adesão à medicação (Hulley et al., 2013). Amostras com mais de 100 indivíduos são consideradas suficientes para estudos com questionários estruturados garantindo estabilidade estatística, embora esta amostra possa limitar a generalização dos resultados e sua respetiva extrapolaçao para a população no seu geral, no entanto a sua utilização com questionarios estruturados na area da saúde, aplicados à prática clínica e comunitária é amplamente aceite e reconhecida (Flanagan & Beck, 2024). Por outro lado, e embora o questionário aplicado se baseie nos mesmos principios da escala original de MMAS-8, esteja alinhado com a versáo adaptada e validada para o português europeu, a versão usada neste estudo apresenta pequenas diferenças linguísticas nas perguntas e nas opções de resposta. Estas variações apesar de subtis impedem que se considere esta versáo como psicometricamente equivalente não sendo possivel apoiar os resultados na robustez estatistica da versão validada. Por essa razão, a aplicação da escala neste estudo foi exploratória com o objectivo de analisar padrões de adesão no contexto específico em Farmácia Comunitária (Cabral et al., 2018).

# Conclusão

O presente estudo teve como objetivo avaliar a adesão à medicação em utentes com multimorbilidade e polimedicação, analisando simultaneamente a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas. Os resultados revelaram que, apesar de mais de metade dos participantes apresentarem níveis elevados de adesão (54%), um subgrupo relevante demonstrou adesão moderada (33%) ou baixa (13%), evidenciando a complexidade do fenómeno.

As mulheres, particularmente as que acumulam responsabilidades familiares e domésticas, mostraram não só, menor prevalência de alta adesão, como também maior prevalência de baixa adesão, apontando para uma vulnerabilidade específica ($p = 0,0208$). A polimedicação (uso de cinco ou mais medicamentos), presente em mais de metade da amostra, associou-se igualmente a níveis mais baixos de alta adesão, sugerindo que regimes terapêuticos complexos podem comprometer a continuidade do tratamento. A idade revelou-se um fator diferenciador na situação profissional, com os reformados a apresentarem, como esperado, uma média de idades significativamente superior ($p < 0,001$).

A metodologia adotada, baseada numa abordagem transversal com aplicação da escala Morisky-8 em contexto real de farmácia comunitária, permitiu captar de forma fidedigna os padrões de adesão. No entanto, limitações como o desenho transversal, o tamanho da amostra e o recurso ao autorrelato devem ser tidas em conta na generalização dos resultados.

Os dados obtidos sublinham a necessidade de estratégias integradas, adaptadas às realidades dos utentes idosos, particularmente das mulheres reformadas com múltiplas patologias. Recomenda-se a implementação de serviços de aconselhamento farmacêutico nas farmácias comunitárias e ao domicílio, programas de literacia em saúde, revisão sistemática da medicação, e uso de tecnologias de apoio, como lembretes digitais e dispositivos de telemonitorização. Estas medidas poderão não só melhorar a adesão, mas também contribuir para uma maior qualidade de vida.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de estudos longitudinais, centrados em subgrupos vulneráveis, que permitam avaliar o impacto de intervenções específicas, e orientar políticas públicas mais eficazes, equitativas e centradas no utente.

# Referências Bibliográficas


Alves, Ferreira & Oliveira, 2022 - *Adesao-a-terapia-medicamentosa-na-hipertensao-arterial-sistemica-em-uma-unidade-de-saude-da-familia (1)*. (sem data).

Administração Regional de Saúde Alentejo. (2018). *Programa de Gestão de Caso para Doentes Crónicos com Multimorbilidade ganha Prémio Saúde Sustentável*. http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Noticias/Paginas/Programa-de-Gest%C3%A3o-de-Caso-para-Doentes-Cr%C3%B3nicos-com-Multimorbilidade-ganha-Pr%C3%A9mio-Sa%C3%BAde-Sustent%C3%A1vel.aspx?PageID=1282

*Áreas predominantemente urbanas com 72% da população do país*. (2015, julho 31). Notícias ao Minuto. https://www.noticiasaominuto.com/pais/429964/areas-predominantemente-urbanas-com-72-da-populacao-do-pais

Arruda, D. C. J. de, Eto, F. N., Velten, A. P. C., Morelato, R. L., & Oliveira, E. R. A. de. (2015). Fatores associados a não adesão medicamentosa entre idosos de um ambulatório filantrópico do Espírito Santo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *18*, 327–337. https://doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14074

Broeiro, P. (2015). Multimorbilidade e comorbilidade: Duas perspectivas da mesma realidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *31*(3), 150–160. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v31i3.11520

By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *71*(7), 2052–2081. https://doi.org/10.1111/jgs.18372

Cabral, A. C., Moura-Ramos, M., Castel-Branco, M., Fernandez-Llimos, F., & Figueiredo, I. V. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of a European Portuguese version of the 8-item Morisky medication adherence scale. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, *37*(4), 297–303. https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.09.017

Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions. *Value in Health*, *11*(1), 44–47. https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x

Eiras, A., Teixeira, M. A., González-Montalvo, J. I., Castell, M.-V., Queipo, R., & Otero, Á. (2016). [Consumption of drugs in over 65 in Porto (Portugal) and risk of potentially inappropriate medication prescribing]. *Atencion Primaria*, *48*(2), 110–120. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.005

Farias, M. C. de A., Carvalho, A. G. J. de, Paniago, F. de O. A., Carvalho, G. C. F. P. de, Ibiapina, M. de M., Rodrigues, M. V., Vieira, V. L. F. A., & Machado, C. de A. (2024). Repercussão da polifarmácia na qualidade de vida de idosos. *Brazilian Journal of Health Review*, *7*(1), 7638–7653. https://doi.org/10.34119/bjhrv7n1-623

Flanagan, J., & Beck, C. T. (2024). *Polit & Beck's Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.

Gil, G., Tosin, M. H. S., & Ferraz, H. B. (2024). The impact of the socioeconomic factor on Parkinson's disease medication adherence: A scoping review. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, *82*, s00441779608. https://doi.org/10.1055/s-0044-1779608

*Guia-Pratico-idoso_2023.pdf*. (sem data). Obtido 21 de maio de 2025, de https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/11/Guia-Pratico-idoso_2023.pdf.com

Heleno, B., & Silvério-Rodrigues, D. (2019). Multimorbidity and the Challenge to Deliver Personalised and Meaningful Health Care. *Portuguese Journal of Public Health*, *37*(1), I–III. https://doi.org/10.1159/000502270

Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T. B. (2013). *Designing Clinical Research*. Lippincott Williams & Wilkins.

*Infográfico INSA — Doença crónica—INSA*. (sem data). Obtido 24 de janeiro de 2025, de https://www.insa.min-saude.pt/infografico-insa-%E2%94%80-doenca-cronica/

*Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. 1º Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): Estado de Saúde. Lisboa: INSA IP, 2016*. (sem data).

*Invisible Numbers: The True Extent of Noncommunicable Diseases and What to Do about Them* (1st ed). (2022). World Health Organization.

ISS. (sem data). *Pensão de Velhice—Seg-social.pt*. Obtido 20 de maio de 2025, de https://www.seg-social.pt/pensao-de-velhice

ISUP. (sem data). *Envelhecimento saudável no meio urbano: Será que estamos preparados? | Instituto de Sociologia da Universidade do Porto*. Obtido 20 de maio de 2025, de https://www.barometro.com.pt/2023/04/10/envelhecimento-saudavel-no-meio-urbano-sera-que-estamos-preparados/

Kardas, P., Lewek, P., & Matyjaszczyk, M. (2013). Determinants of patient adherence: A review of systematic reviews. *Frontiers in Pharmacology*, *4*. https://doi.org/10.3389/fphar.2013.00091

Lam, W. Y., & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, *2015*(1), 217047. https://doi.org/10.1155/2015/217047

Liu, K. A., & Mager, N. A. D. (2016). Women's involvement in clinical trials: Historical perspective and future implications. *Pharmacy Practice*, *14*(1), 708. https://doi.org/10.18549/PharmPract.2016.01.708

Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Meinow, B., & Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, *10*(4), 430–439. https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003

Marques da Silva, P., Lima, M. J., Neves, P. M., & Espiga de Macedo, M. (2019). Prevalence of cardiovascular risk factors and other comorbidities in patients with hypertension in Portuguese primary health care populations: The PRECISE study. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)*, *38*(6), 427–437. https://doi.org/10.1016/j.repce.2018.09.012

Marques, P. de P., Assumpção, D. de, Rezende, R., Neri, A. L., & Francisco, P. M. S. B. (2020). Polypharmacy in community-based older adults: Results of the Fibra study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *22*, e190118. https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190118

Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch-Ellett, L., & Caughey, G. E. (2017). What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, *17*(1), 230. https://doi.org/10.1186/s12877-017-0621-2

*MGF 2000, 501. Polifarmácia e seus riscos*. (2020). https://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/420/501_texto.html

Morisky, D. E., Ang, A., Krousel-Wood, M., & Ward, H. J. (2008). Retracted: Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, *10*(5), 348–354. https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x

Nieuwlaat, R., Wilczynski, N., Navarro, T., Hobson, N., Jeffery, R., Keepanasseril, A., Agoritsas, T., Mistry, N., Iorio, A., Jack, S., Sivaramalingam, B., Iserman, E., Mustafa, R. A., Jedraszewski, D., Cotoi, C., & Haynes, R. B. (2014). Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*. https://doi.org/10.1002/14651858.cd000011.pub4

*O trabalho não pago*. (2019, fevereiro 15). Fundação Francisco Manuel dos Santos. https://ffms.pt/pt-pt/estudos/o-trabalho-nao-pago

Oliveira, G. L., Lula-Barros, D. S., Silva, D. L. M., & Leite, S. N. (2021). Fatores relacionados à adesão ao tratamento sob a perspectiva da pessoa idosa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *23*, e200160. https://doi.org/10.1590/1981-22562020023.200160

Ordem dos Farmacêuticos. (sem data). *Compreender a Polimedicação*. Ordem dos Farmacêuticos. Obtido 29 de janeiro de 2025, de https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/artigos/compreender-a-polimedicacao/

Organization, W. H. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/186463

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, *353*(5), 487–497. https://doi.org/10.1056/NEJMra050100

Páscoa, R., Teixeira, A., Monteiro, H., Prazeres, F., & Martins, C. (2022). Association of lifestyle and sociodemographic factors on multimorbidity: A cross-sectional study in Portugal. *BMC Public Health*, *22*(1), 2341. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14640-5

Paulino, R. de A., Paulino, R. de A., Sousa, M. N. A. de, & Torres, C. R. V. (2021). Fatores Relacionados à Polimedicação e o Impacto na Qualidade de Vida dos Idosos: Uma Revisão Integrativa da Literatura / Factors Related to Polymedication and the Impact on the Quality of Life of the Elderly: An Integrative Literature Review. *ID on line. Revista de psicologia*, *15*(54), Artigo 54. https://doi.org/10.14295/idonline.v15i54.2914

*Portal do INE*. (sem data). Obtido 19 de maio de 2025, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0012903&selTab=tab0

Poulsen, E. (sem data). *RELATÓRIO sobre doenças não transmissíveis (DNT) | A9-0366/2023 | Parlamento Europeu*. Obtido 28 de janeiro de 2025, de https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-9-2023-0366_PT.html

*PR DIA POPULAÇÃO 2024_VF.pdf*. (sem data). Obtido 19 de maio de 2025, de https://ffms.pt/sites/default/files/2024-07/PR%20DIA%20POPULA%C3%87%C3%83O%202024_VF.pdf

Quinaz Romana, G., Kislaya, I., Cunha Gonçalves, S., Salvador, M. R., Nunes, B., & Matias Dias, C. (2019). Healthcare use in patients with multimorbidity. *European Journal of Public Health*, ckz118. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz118

Rodrigues, D. S. (2019). Multimorbilidade como desafio à decisão clínica. *Nova Medical School | Faculdade de Ciências Médicas. Person-Centered Research Group; Comprehensive Health Research Center*. https://gestor.aimgfzonanorte.pt/Uploads/Magazine/Documentos/4905v9_2_pdf_6-8.pdf

Romana, G. Q., Kislaya, I., Salvador, M. R., Gonçalves, S. C., Nunes, B., & Dias, C. (2019). Multimorbilidade em Portugal: Dados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico. *Acta Médica Portuguesa*, *32*(1), Artigo 1. https://doi.org/10.20344/amp.11227

Sabaté, E. & World Health Organization (Eds.). (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization. http://www.paho.org/sites/default/files/who-adherence-long-term-therapies-eng-2003.pdf

Simões, P. A., Santiago, L. M., & Simões, J. A. (2024). Prevalence of polypharmacy in the older adult population within primary care in Portugal: A nationwide cross-sectional study. *Archives of Medical Science*, *20*(4), 1118–1127. https://doi.org/10.5114/aoms.2020.93537

World Health Organization. (2016). *Multimorbidity*. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/252275

World Health Organization. (2023, setembro 16). *Non communicable diseases*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

# Anexos



Declaração de Consentimento Informado

O presente formulário pretende investigar de uma forma objetiva o modo como os doentes utilizam a sua terapêutica em pessoas com mais de 50 anos e que tomem mais do que dois medicamentos de uso crónico.

Este estudo científico insere-se na conclusão do 2º ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade Lusófona. Os dados recolhidos no questionário serão confidenciais e serão utilizados somente para fins académicos.

Nestes termos, declaro que:

-Fui informado de que o estudo supracitado se destina a identificar a adesão terapêutica;

-Aceito participar de livre vontade no estudo supracitado. Concordo que sejam recolhidos dados e autorizo o seu tratamento estatístico;

-Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato;

-Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo sem nenhum tipo de penalização;

-Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantido anonimato;

-Compreendi, de forma clara, a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas esclarecidas.

Data: _____

Assinatura do participante:

_____

Contacto do Investigador Responsável:

João Gregório

Investigador Auxiliar

Universidade Lusófona,

Campo Grande 376, 1749 Lisboa

Email: joao.gregorio@ulusofona.pt

cbios

UNIVERSIDADE LUSÓFONA

ects

**Questionário Sobre utilização de Terapêutica**

**1ª parte**

**Género:**

☒ Homem

O Mulher

**Idade -** 70

**Residência**

O Meio Rural

☒ Meio Urbano

**Profissão**

☒ Reformado

**Outro :**_____

**Habilitações literárias**

O Sem instrução

☒ 4ª classe

O 9º ano

O 12º ano

O Licenciatura

O Mestrado

**Outro:**_____

**Toma quantos medicamentos**

☒ Dois

O Três

O Quatro

O Cinco

O Mais de cinco

**Doenças ?**

☒ Hipertensão

☒ Colesterol elevado

O Diabetes

O Doença Cardíaca

O Dor Crónica

O Depressão

O Ansiedade

**Outro:-**_____

cbios UNIVERSIDADE LUSÓFONA ects escola de ciências e tecnologias da saúde

2ª parte

**Esquece-se, às vezes, de tomar os medicamentos prescritos pelo seu médico?**

O Sim

O Não

**Nas ultimas duas semanas, houve algum dia em que não tomou os medicamentos prescritos? (pelo menos um)**

O Sim

O Não

**Alguma vez parou de tomar os medicamentos porque se sentia pior quando os tomava?**

O Sim

O Não

**Quando viaja ou sai de casa, esquece-se, às vezes, de levar os medicamentos?**

O Sim

O Não

**Ontem, tomou os seus medicamentos?**

O Sim

O Não

**Quando sente a sua saúde controlada, por vezes, para de tomar a sua medicação?**

O Sim

O Não

**Sente-se incomodado por seguir o seu plano de tratamento prescrito?**

O Sim

O Não

**Com que frequência tem dificuldades em lembrar-se de tomar os seus medicamentos prescritos?**

O Nunca/Raras vezes

O De vez em quando

O Às vezes

O Habitualmente

O O tempo todo