

Adesão ao Regime Medicamentoso e Risco de Quedas em Idosos na Comunidade

Elderly Adherence to the Medication Regimen and Risk of Falls in the Community

Maria Luísa Santos 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
mlsantos@esesjcluny.pt

Tânia Marlene Lourenço 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
tmlourenco@esesjcluny.pt

Maria Eva Sousa 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
sousaeva@esesjcluny.pt

Kelly Andrade 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
kellyandrade99@hotmail.com

Mónica Santos 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
monicajsantos18@gmail.com

Daniela Filipa Moreira 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
filipamoreira33@gmail.com

Ricardo Novita 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
ricardonovita@hotmail.com

Nuno Teixeira 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
nteixeira07@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

Submissão | Received: 16/11/2021

Aprovação | Accepted: 30/06/2022

Publicação | Published: 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento da população é uma realidade mundial e nacional que acarreta novos desafios para a saúde. A ocorrência de quedas está diretamente relacionada a circunstâncias multifactoriais, intrínsecas e extrínsecas, sendo o uso de medicamentos, várias vezes mencionado pelos autores, como sendo um fator de risco de quedas preponderante nos idosos. Contudo, a adesão à terapêutica também pode ser considerada como um fator protetor das quedas.

Objetivos: identificar a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade; analisar a relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade.

Material & Métodos: Estudo transversal descrito-correlacional e de natureza quantitativa, com uma amostra não probabilista por convivência de 127 idosos inscritos nos Centros de Dia de um Concelho da Região Autónoma da Madeira. Utilizou-se a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a Escala de Risco de Quedas (ERQ). Os dados foram tratados com recurso à estatística descritiva e inferencial através do SPSS.

Resultados & Discussão: Dos idosos estudados, 86,6% era do género feminino, sendo a idade média de 74,23 $\pm$ 7,9 anos, e 73,2% pertenciam à classe social média baixa. Tomam em média 6,81 ($\pm$ 4,43) comprimidos por dia, e apresentam uma elevada taxa de adesão ao regime medicamentoso com média de 37,7 $\pm$ 4,3 na MAT (12-42). Apresentam um baixo risco de queda, associado a uma elevada confiança, com média de 78 $\pm$ 18,7 na ERQ (12-100), sendo o número mediano de quedas no último ano 0. Verificou-se uma ausência de correlação entre a MAT e a ERQ ($\rho=0,03$; $p=0,740$), e uma correlação fraca não estatisticamente significativa entre o número de medicamento tomados e o número de quedas ($\rho=0,114$; $p=0,206$).

Conclusão: Os idosos aderem à medicação prescrita e apresentam baixo risco de queda, não sendo possível identificar a associação significativa entre eles. Sugerimos outros estudos de forma a melhor conhecer estes fenómenos e prestar melhores cuidados de saúde a esta população vulnerável.

Palavras-Chave: Adesão terapêutica, Risco de queda, Idosos, Comunidade

ABSTRACT

Introduction: Population aging is a global and national reality that poses new health challenges. The occurrence of falls is directly related to multifactorial, intrinsic, and extrinsic circumstances, such as the use of medication, several times mentioned by the authors, as being a preponderant major risk factor for falls in the elderly people. However, adherence to therapy can also be considered as protective factor against falls.

Background: Analyze individual's adherence to the treatment regimen and correlate that adherence with the confidence level of elderly.

Goals: to identify adherence to the medication regimen and the risk of falls among the elderly in the community; to analyze the association between adherence to the medication regimen and the risk of falls among the elderly in the community.

Material and Methods: Cross-sectional, descriptive-correlational, and quantitative study, with a non-probabilistic sample by convenience of 127 elderly people enrolled in the Day Care Centers of a Municipality in the Autonomous Region of Madeira. The Treatment Adherence Measurement Scale (MAT) and the Risk of Falls Scale (ERQ) were used. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics using SPSS.

Results and Discussion: Of the elderly studied, 86,6% were female, with a mean age of 74,23 $\pm$ 7,9 years, and 73.2% belonged to the lower middle social class. They take an average of 6,81 $\pm$ 4.43 pills per day and have a high rate of adherence to the medication regimen with an average of 37,7 $\pm$ 4,3 on the MAT (12-42). They have a low risk of falling, associated with high confidence, with an average of 78 $\pm$ 18,7 on the ERQ (12-100), with the median number of falls in the last year being 0. There was no correlation between MAT and ERQ ($\rho=0.03$; $p=0.740$), and a weak, non-statistically significant correlation between the number of pills taken and the number of falls ($\rho=0.114$; $p=0.206$).

Conclusion: The elderly adheres to the prescribed medication and have a low risk of falling, and it is not possible to identify a significant association between them. We suggest other studies to better understand these phenomena and provide better health care to this vulnerable population.

Keywords: Therapeutic Adherence, Falls risk, Elderly, Community

1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é uma realidade mundial e nacional que acarreta novos desafios para a saúde. Se há cerca de um século atrás as preocupações se debruçavam, por exemplo, para as respostas a dar face à mortalidade infantil e perinatal, hoje, a pirâmide etária apresenta contornos que exigem um novo olhar sobre o envelhecimento populacional.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019), no ano 2019 havia cerca de 703 milhões de pessoas com 65 anos ou mais em todo o mundo, no entanto, prevê-se que este número aumente, e que, nomeadamente, duplique para 1,5 biliões em 2050.

Para o Instituto Nacional de Estatística (2018), a nível nacional, o envelhecimento demográfico continua a aumentar e esse facto é verificado comparativamente ao ano 2017, no qual houve um aumento de cerca de 2,2 milhões de pessoas, no que diz respeito à população com idade igual ou superior a 65 anos, ou seja, mais 30 mil no ano de 2018 que em 2017, o que representa, respetivamente, 13,7% e 21,8% da população total. Numa perspetiva futura, o Instituto prevê ainda que o número de idosos em Portugal passará de 2,2 milhões em 2018 para 2,8 milhões em 2080.

Deste modo, o envelhecimento humano é definido pela Direção-Geral da Saúde (2012), como sendo um processo natural que é caracterizado por alterações estruturais e funcionais. Assim sendo, é impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. Este avançar da idade é normalmente acompanhado pelo aumento da probabilidade de ocorrência de doenças crónicas e a medicação é frequentemente a principal modalidade de tratamento para tais doenças. Contudo, tal como afirma Simão (2009) um dos principais problemas com que o sistema de saúde se confronta, está relacionado com o abandono ou o cumprimento incorreto dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, sendo que uma das mais importantes causas de insucesso terapêutico tem a ver com a própria não adesão aos tratamentos.

Para Simão (2009), a adesão refere-se à aquisição das prescrições médicas (...), ao tomar a dose correta de medicação para cada dia e à implementação e manutenção do tratamento pelo período estabelecido, enquanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS), citada por Rodrigues e Prates (2011), apresenta uma visão mais holística deste conceito, afirmando que a adesão terapêutica não diz respeito apenas ao comportamento da pessoa na toma da medicação, mas também ao cumprimento da dieta e às alterações dos hábitos ou estilos de vida, correspondentes às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde, sendo que relaciona-se sobretudo com a adesão ao autocuidado, no qual o indivíduo esforça-se para atingir um bom nível de saúde, trabalhando em

colaboração com os profissionais, em vez de se limitar a seguir as regras que lhes são impostas.

Assim sendo, a adesão das pessoas perante o regime terapêutico não se limita apenas aos esquemas terapêuticos que lhes são prescritos, mas também à adoção de comportamentos conscientes, nos quais se incluem a modificação dos estilos de vida, o dispêndio de dinheiro e tempo e a própria relação estabelecida com o seu médico. Dentro dos vários fatores que podem estar associados a uma fraca adesão ao regime medicamentosos, destacam-se a sobrecarga de medicamentos (polimedicção), a frequência das tomas e os próprios efeitos secundários. Vários estudos têm demonstrado que a não adesão, está relacionada com variáveis como a compreensão da pessoa sobre o regime de tratamento, a informação fornecida e até a satisfação com a consulta em que a informação foi dada, pelo que também poderão ser benéficas, contribuindo para uma maior adesão ao tratamento (Simão, 2009; El-Saifi et al, 2018; Gomes et al, 2019).

Uma das medidas para melhorar a adesão dos doentes ao regime terapêutico é identificar as atitudes, ou seja, as causas que os fazem interromper o tratamento, promovendo o conhecimento sobre a doença e o próprio tratamento. Desta forma, Rodrigues e Prates (2011) defendem que é necessário avaliar os níveis de adesão ao regime medicamentosos recorrendo, para isso, a instrumentos destinados a esta avaliação, tais como a Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), validada para a população portuguesa. Esta escala composta por sete itens, permite avaliar o comportamento do indivíduo relativamente ao uso diário dos medicamentos, sendo que, além de permitir aceder às diversas dimensões do problema de análise, permite igualmente ser aplicado diretamente na forma de questionário ou indiretamente pelo profissional de saúde na forma de entrevista estruturada.

Neste âmbito importa-nos igualmente conhecer em que medida a toma de medicação poderá ou não contribuir para o risco de queda em idosos uma vez que, dentro de muitos fatores apresentados que são preponderantes na relação direta com as quedas, a Organização Mundial de Saúde (2007), faz referência ao uso de medicamentos, onde as pessoas idosas, que estão mais propensas a tomar mais medicamentos devido às suas comorbilidades inerentes ao processo natural de envelhecimento, estão mais sujeitas a cair. Assim sendo, as quedas são consideradas como um risco que está inerente ao nosso quotidiano, pelo qual, Coimbra, Gasparotto e Falsarella (2017), definem-nas como sendo “um contacto não intencional com a superfície de apoio, consequente da alteração de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido um factor intrínseco determinante ou acidente inevitável e sem perda de consciência.”.

Em consonância com o supracitado, a Direção-Geral da Saúde (2012), afirma que, nas pessoas com mais de 65 anos, as quedas não intencionais são uma importante causa de mortalidade, morbilidade e incapacidade com elevado impacto na saúde e qualidade de

vida das pessoas. Deste modo, as quedas nesta faixa etária estão diretamente relacionadas com as condições iatrogénicas, isto é, induzidas por diagnósticos e tratamentos. Neste sentido, a prescrição excessiva de medicamentos que têm efeitos secundários, as interações entre os medicamentos, a dosagem inadequada e a falta de informação para a consciencialização sobre os riscos, constituem fatores predominantes no aumento das quedas nos idosos (Berková & Berka, 2018).

Por outro lado, Lavrador (2016) e Silva (2012) referem que a adesão à terapêutica é um dos fatores protetores das quedas assim como um fator determinante para a eficácia do tratamento, sendo que, uma incorreta adesão ao regime medicamentoso pode levar à perda da eficácia do tratamento implementado, contribuindo deste modo para o aumento do risco de queda. Sob outra perspetiva, uma revisão recente da literatura (Chen, Zhu & Zhou, 2018) identificou vários estudos que associaram o esquema terapêutico a um aumento do número de quedas em idosos. Um outro estudo com 343 idosos em contexto comunitário concluiu que, até esquema medicamentoso com poucos medicamentos, têm riscos acrescidos de quedas (Le et al, 2021).

Perante esta evidência, o presente estudo teve como principais objetivos: identificar a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade; analisar a relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal descrito-correlacional e de natureza quantitativa. Utilizou-se uma amostra não probabilista por conviência de 127 idosos inscritos nos Centros de Dia de um Concelho da Região Autónoma da Madeira, alocados para a pesquisa após uma sessão de informação. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: idade ≥ 65 anos, (ter condições físicas e mentais para responder à entrevista) e aceitar participar no estudo.

O procedimento de recolha de dados, contou com a participação do investigador e decorreu em abril de 2019. O Instrumento de colheita de dados foi estruturado em três partes fundamentais. A primeira parte explora a caracterização sociodemográfica dos sujeitos (inclui a Escala Graffar – determinar o nível socioeconómico), a segunda contempla a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a terceira a inclui a Escala de Risco de Quedas (ERQ - Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale).

A MAT (Delgado & Lima, 2001) é composta por 7 itens, sendo respondidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos, que vão desde 1 (Sempre) a 6 (Nunca). Os valores obtidos

resultam da soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens total, permitindo avaliar o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos, bem como qualificar o nível de adesão aos tratamentos. Assim, quanto maior for os valores, maior será o nível de adesão do indivíduo. Porém, no caso de trabalhar os dados e obter um padrão de adesão, os autores do instrumento mencionam que existe necessidade de conversão da escala de Likert para uma escala dicotômica. Ou seja, posteriormente, os valores 1, 2, 3 e 4 são computizados como 0 (correspondendo a Não Aderente) e os valores 5 e 6 computizados como 1 (ou seja, Aderente), de forma a obter uma escala dicotômica de sim/não (Aderente/Não Aderente).

A Escala de Risco de Quedas validada e adaptada para a população portuguesa por Melo (2011) demonstrou uma boa validade e fiabilidade para medir o medo de queda e de confiança dos idosos, através da avaliação da realização de 10 atividades específicas, essenciais para a vida autónoma que não são perigosas. As atividades avaliadas são: vestir e despir-se; preparar uma refeição ligeira; tomar um banho ou duche; sentar/levantar da cadeira; deitar/levantar da cama; atender à porta ou o telefone; andar dentro de casa; chegar aos armários; trabalho doméstico ligeiro e efetuar pequenas compras. A confiança que os idosos possuem em efetuar as atividades sem caírem, está representada numa escala analógica de 10 pontos que varia entre 1 ponto (“sem nenhuma confiança”) a 10 pontos (“completamente confiante”). O resultado desta escala advém da soma das pontuações obtidas em cada um dos 10 itens, dando um score entre 10 (sem confiança) e 100 (elevada confiança), sendo que, quanto mais elevada a pontuação, maior é a confiança no desempenho das tarefas.

O tratamento dos dados foi efetuado com recurso à estatística descritiva e inferencial através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25. Para a estatística descritiva, recorremos a medidas de tendência central e de dispersão. Na estatística inferencial, usamos como o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção Lilliefors, para determinação da normalidade das variáveis, e o coeficiente de correlação de Spearman (ρ), para determinar a associação entre as variáveis.

O estudo inserido na linha de investigação “Promoção da saúde e processos de adaptação à saúde e à doença” incutiu nos estudantes de enfermagem a corresponsabilidade pela avaliação e intervenção na saúde da comunidade onde vivem e estudam e incrementou a articulação do currículo com a investigação proporcionando as melhores oportunidades de ensino-aprendizagem. As considerações éticas, sob validação do Conselho Técnico Científico da Escola, acompanharam todo o processo de investigação. Entre os requisitos básicos a considerar incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a relação risco-benefício, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo.

3. RESULTADOS

O presente estudo abrange um total de 127 idosos dos 9 Centros de Dia de um Concelho da Região Autónoma da Madeira. De acordo com a Tabela 1, 86,6% dos participantes eram mulheres e 13,4% homens. A faixa etária com maior frequência foi entre os 65 e 75 anos, correspondendo a 46,5% da amostra e a média da idade foi de 74,23 ($\pm 7,9$) anos, sendo a idade mínima de 58 e a idade máxima de 92 anos. Relativamente ao nível de instrução, 56,7% dos indivíduos possuíam o Ensino Primário incompleto ou nulo e 39,4% (50 idosos) tinham o Ensino Primário completo. Grande parte dos idosos são reformados (91,4%) sendo que apenas 3 (2,4%) ainda trabalham.

Ainda na Tabela 1, em relação à constituição do agregado familiar, verifica-se que 33,1% dos idosos abordados declararam que vivem sós e os restantes 66,9% vivem acompanhados. Dos que vivem acompanhados, salientamos que foram obtidos dados múltiplos, uma vez que alguns destes vivem em simultâneo com o cônjuge (26,8%), com os filhos (41,7%) ou com outros familiares - genro, nora, netos, irmãos, sobrinhos, cunhados, mãe - (18,9%). Dentre os participantes, 67,7% não têm cuidador de referência e apenas 24,4% têm cuidador informal. Relativamente à classe social, determinada a partir da aplicação da Escala Graffar, 73,2% dos indivíduos em estudo pertencem à Classe Média Baixa, sendo que a classe que se segue com maior prevalência é a Classe Média com 18 idosos, ao qual corresponde a uma percentagem de 14,2%.

Tabela 4 - Caracterização sociodemográfica dos idosos que frequentam o centro de dia

Variável	n (127)	%
Género		
Masculino	17	13,4
Feminino	110	86,6
Idade		
<65	9	7,1
[65-75[	59	46,5
[75-85[	46	36,2
[85-95[	13	10,2
Nível de Instrução		
Ensino Universitário ou Equivalente	1	0,8
Ensino Médio ou Técnico Superior	1	0,8
Ensino Médio ou Técnico Inferior	3	2,4
Ensino Primário Completo	50	39,4
Ensino Primário Incompleto ou Nulo	72	56,7
Condição Laboral		
Ativo	3	2,4
Reformado	116	91,4
Desempregado	4	3,1
Baixa	4	3,1

Agregado Familiar		
Vive só		
Sim	42	33,1
Não	85	66,9
Cuidador de Referência		
Nenhum	86	67,7
Informal	31	24,4
Ajudante domiciliária	6	4,7
Empregada	4	3,1
Escala de Graffar		
Classe Média Alta	1	0,8
Classe Média	18	14,2
Classe Média Baixa	93	73,2
Classe Baixa	15	11,8

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a Tabela 2, o nível de adesão calculado através da Escala MAT indica valores mínimos e máximos obtidos de 12 e 42, com uma média de 37,7 ($\pm 4,3$), o que significa que a grande parte dos idosos aderem ao regime de tratamento medicamentoso. Verificamos que 98,3% dos idosos aderem ao regime medicamentoso. Nesta avaliação foram excluídas as pessoas que não tomavam medicação, obtendo uma amostra de 125 idosos.

Ainda na Tabela 2, mas no que diz respeito ao nível de confiança dos idosos para desempenhar as suas atividades comuns (com recurso à Escala Risco de Queda), a pontuação mínima obtida foi de 12 e a máxima de 100 com uma mediana de 80 valores, o que indica que pelo menos 50% dos indivíduos têm elevada confiança.

Para a verificação das condições de normalidade, recorremos ao teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, sendo que, ambas as variáveis (MAT e Escala de Risco de Quedas) não apresentam uma distribuição normal ($p\text{-value} \leq 0,001$), conforme Tabela 2. No que diz respeito à consistência interna das escalas utilizadas, ambas apresentam valores de Alfa de Cronbach muito satisfatório de 0,751 (MAT) e de 0,895 (Escala Risco de Queda).

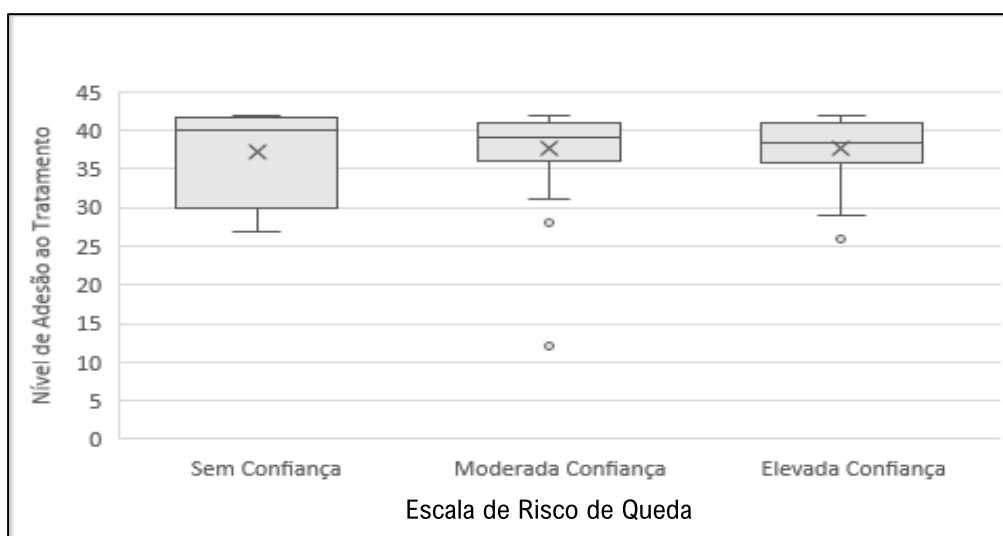
Tabela 2 – Medidas de tendência central, dispersão e teste de normalidade das variáveis em estudo

		Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach	Teste Kolmogorov-Smirnov - <i>p-value</i>
Escala MAT	(n=125)	37,7	39,0	4,3	12,0	42,0	0,751	$\leq 0,001$
Escala Risco de Queda	(n=127)	78,0	80,0	18,7	12,0	100,0	0,895	$\leq 0,001$
Nº de Medicamento	(n=125)	6,81	6	4,43	1	34	--	$\leq 0,001$
Nº de Quedas	(n=127)	0,90	0,00	1,58	0	10	---	$\leq 0,001$

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à Medida de Adesão ao Tratamento relacionada com a Escala de Risco de Quedas que se encontra representada na Figura 1, observou-se que as medianas dos três níveis de confiança (sem, moderada e elevada) apresentam valores muito próximos, sem confiança: 40,0, moderada confiança: 39,0 e elevada confiança: 38,5. Podendo indicar que o nível de confiança (referente à Escala do Risco de Quedas) poderá não estar relacionado com a adesão ao regime de tratamento medicamentoso, pois todos os três grupos têm uma elevada adesão ao tratamento medicamentoso.

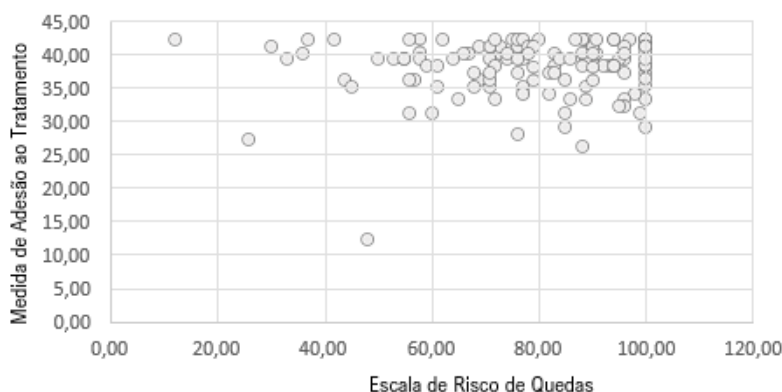
Figura 1 - Boxplots da relação entre a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento e a Escala de Risco de Quedas



Fonte: Elaboração própria

No gráfico de dispersão representado na Figura 2, podemos verificar que existe uma muito ligeira tendência para ambas as variáveis, adesão ao tratamento medicamentoso e risco de aumentarem no mesmo sentido ao longo do referencial, contudo, e analisando o valor do coeficiente de Spearman foi de 0,03 ($p=0,740$) verifica-se uma ausência de correlação.

Figura 2 – Diagrama de Dispersão entre a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento e a Escala de Risco de Quedas (nível de confiança)



Fonte: Elaboração própria

Conforme a Tabela 3, no último ano, o número de quedas variou entre 0 e 10, sendo que 28 pessoas caíram uma vez, representando deste modo, o maior número em termos de

ocorrência. A este acontecimento relacionamos o número de medicamentos que as pessoas cumpriam, sendo que, dessas 28 pessoas, 8 tomavam entre 0 e 4 medicamentos, 10 entre 4 e 8, 9 entre 8 e 12 e apenas uma entre 12 e 16 medicamentos. Observou-se igualmente que, de uma amostra de 125 indivíduos que tomavam medicação, 73 destes não apresentaram nenhuma queda no último ano, apesar da grande maioria cumprir com regime medicamentoso. É igualmente possível observar que, quando o número de quedas aumenta, o número de fármacos diminui, sendo que apenas 4 pessoas caíram 6 vezes. De forma a aferir esta correlação, entre o número de medicamento e o número de quedas utilizou-se o coeficiente de Spearman sendo o valor de 0,114 ($p=0,206$) verificando-se uma muito fraca correlação.

Tabela 3 - Relação entre o número de quedas que ocorreram no último ano com o número de medicamentos

Número de quedas no último ano									
Número de Medicamentos	0	1	2	3	5	6	10	Total	
<4	28	8	2	2	0	0	1	41	
[4,8[	22	10	5	1	0	4	0	42	
[8,12[	17	9	4	1	1	0	0	32	
[12,16[	5	1	1	0	1	0	0	8	
≥16	1	0	0	1	0	0	0	2	
Total	73	28	12	5	2	4	1	125	

Fonte: Elaboração própria

4. DISCUSSÃO

Relativamente à adesão ao regime medicamentoso, os resultados deste estudo revelam uma elevada taxa de aderentes, cerca de 98,3%. Num estudo recente realizado, também, numa população comunitária de idosos portugueses, revelou uma taxa de adesão de 47,7% (Gomes et al, 2019). Esta diferença encontrada poderá prender-se com o suporte social dos idosos estudados, pois os 66,9 % dos participantes neste estudo viviam acompanhados, e todos frequentavam o centro de dia, onde se desenvolve um maior acompanhamento e vigilância da bem-estar global dos indivíduos, havendo inclusive formações específicas sobre estas temáticas.

O número médio de comprimidos diários na amostra estudada foi de 6,81 (+/-4,43), podendo indicar uma complexidade no regime medicamentoso. É sabido que um regime complexo pode ser um fator de risco para a não adesão (Yap, Thirumoorthy & Kwan, 2016). Desta forma, a existência de múltiplos fármacos no regime terapêutico de um idoso torna-o mais suscetível à ocorrência de erros, quer pelo número elevado de medicamentos quer pela complexidade inerente a determinados regimes. A prevalência da não adesão aumenta com o aumento do número de medicamentos prescritos pelo

que, sendo os idosos os principais grupos etários associados à polimedicação, incorrem muitas vezes numa não adesão à terapêutica, sofrendo consequências nefastas. Apesar dos resultados deste estudo não serem capazes de confirmar esta casualidade, torna-se premente refletir que existem múltiplas causas responsáveis pela falta de adesão a um regime prescrito num idoso, sobretudo no que diz respeito ao elevado número de medicamentos e às características particulares desta população que também conduzem muitas vezes à adoção de um esquema terapêutico erróneo. Assim, a falta de comunicação e a consequente baixa compreensão das instruções fornecidas pelos profissionais de saúde, podem contribuir para uma má adesão ao regime prescrito, sendo que o medo da possibilidade de vir a sofrer efeitos adversos e o desaparecimento de sintomas, também são causas relatadas pelos clientes que explicam a não adesão. Por outro lado, o défice cognitivo manifestado por um grande número de idosos, também é um fator que muitas vezes está na origem das dificuldades de compreensão e assimilação das informações prestadas pelos vários profissionais de saúde, sendo que as alterações da memória também são apontadas como motivos para uma má adesão (Lavrador, 2016).

Posto isto, e tendo em conta que os idosos são os maiores utilizadores de medicamentos, os profissionais de saúde devem tomar consciência da importância da farmacoterapia geriátrica, de todas as suas condicionantes e nomeadamente, os riscos inerentes à polimedicação. Para isso, Meneses (2016), aconselha a que haja uma organização diária dos comprimidos que possa ser feita por um familiar ou por uma pessoa próxima do cliente evitando, deste modo, uma toma incorreta dos fármacos.

No que concerne ao risco de quedas, os resultados deste estudo revelaram um baixo risco correspondente a uma maior confiança no desempenho das tarefas com média de $78 \pm 18,7$ na ERQ. Os idosos que participaram no estudo tinham capacidade de deslocar-se ao centro de dia, o que poderá indicar uma maior capacidade funcional em termos de equilíbrio e deambulação, no entanto, estes parâmetros não foram avaliados no estudo. Outro dado estudado, foi o número de quedas no último ano, tendo sido identificado, a média de uma queda ($0,9 \pm 1,58$) no último ano. De acordo com Meneses (2016), as quedas na população idosa constituem um grande problema na saúde das comunidades dado que, subjacente à ocorrência de quedas, existe uma série de fatores de risco, sendo que estes deverão ser identificados e prevenidos quando possível. Segundo os seus estudos, cerca de 30% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, apresentam pelo menos um episódio de queda, uma vez em cada ano, dado este, que corrobora os nossos resultados.

Em relação à análise da relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade, os resultados da nossa amostra não revelam correlações estatisticamente significativas entre estas duas variáveis ($\rho=0,03$; $p=0,740$). Estes resultados distanciam-se um pouco de outros estudos, onde podemos encontrar esta associação (Le et al, 2021; Lee, et al, 2021). Algumas hipóteses que podem justificar

estes resultados, poderão ser o facto de existirem programas de prevenção de quedas nos centros de dia participantes, assim como, a educação para a saúde dirigida à população mais idosa, nos centros de saúde de residência.

Estas intervenções possibilitam com que haja uma maior adesão por parte dos idosos ao regime medicamentoso e também uma revisão periódica da medicação que é feita pelos profissionais que trabalham nos cuidados primários. Por sua vez, estas intervenções contribuem para a diminuição da frequência das quedas e ainda possibilitam controlar as patologias que também constituem fatores de risco de quedas, assim como, ajustar a medicação psicotrópica que tem como efeitos adversos a confusão e a instabilidade postural (Silva, 2012).

Alguns autores ainda referem que, uma queda resulta da combinação dos vários fatores físicos, sociais, psicológicos e ambientais. Por isso, quando identificados, é necessário atender às características individuais dos idosos e o ambiente em que estes vivem. Muitas das quedas acontecem quando as pessoas não conseguem evitar os riscos ou quando as exigências ambientais superam as suas capacidades físicas (Rosa, Cappellari & Urbanetto, 2019; Freitas, 2017). Assim sendo, a adesão à terapêutica poderá revelar-se um fator protetor das quedas, assim como, um dos fatores determinantes para a eficácia do tratamento, sendo que, para a mesma ocorrer é necessário que haja o cumprimento do esquema posológico de acordo com a dose correta, à hora certa e com o intervalo certo entre as doses e a duração do tratamento. Contudo, uma má adesão ao regime medicamentoso pode levar à perda da eficácia do tratamento implementado, sendo que esta poderá estar igualmente relacionada com a existência de diversas síndromes geriátricas, provocando, consequentemente maior fragilidade e declínio funcional nos idosos e, aumentando o risco de queda (Lavrador, 2016 e Silva, 2012).

Como os medicamentos são prescritos em resposta a patologias e o número de doenças tende a aumentar com a idade, muitas vezes é difícil determinar se as quedas ocorrem totalmente devido à polimedicação ou se são resultado direto da doença e a sua fragilidade. Posto isto, só é possível atribuir a causa da queda a um fármaco, se esse fármaco tiver sido prescrito de forma inadequada e a sua suspensão resolva os sintomas de cair; quando a queda ocorre dentro de alguns dias após o início ou se ocorreu alteração da medicação (Freitas, 2017). Desta forma, e ainda na análise da relação entre estas duas variáveis, os resultados demonstraram uma correlação fraca não estatisticamente significativa entre o número de medicamento tomados e o número de quedas ($\rho=0,114$; $p=0,206$), levando-nos a inferir que um aumento do número de medicamentos não está relacionado com o aumento do número de quedas na amostra estudada. Outro aspeto em a ter em consideração, é o tipo de medicamentos, e influência que pode ter tido nos resultados deste estudo, atendendo que esta variável não foi tida em consideração, poderá constituir-se uma limitação do mesmo.

Atendendo que escala utilizada neste estudo para avaliar o risco de quedas, analisa essencialmente a confiança *versus* medo de cair, e que, o medo de cair é um dos fatores associados à ocorrência de quedas, em particular nos idosos com antecedentes de queda (DeSure, Peterson, Gianan & Pang, 2013), os resultados aqui apresentados, reforçam a importância de incentivar e capacitar este grupo populacional, aumentando as suas capacidades físicas, deixando-os com menos risco de ocorrência de uma nova queda, como é sugerido por Guirguis-Blake, et al (2018).

A par com esta capacitação, também a revisão periódica da terapêutica em idosos tem sido apontada como eficaz na prevenção de quedas na comunidade, sendo disso exemplo uma revisão sistemática da literatura que inclui 40 ensaios clínicos randomizados (Ming, et al, 2021). Deste modo, a implementação de programas de revisão de prescrições, nos cuidados primários, constitui uma medida muito eficaz no controlo e prevenção de quedas.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo foi capaz de identificar a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade, bem como analisar, a relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas de uma amostra de dos idosos que frequentava um dos centros de dia de um concelho da Região Autónoma da Madeira. Os resultados encontrados divergiram, em parte, da literatura consultada podendo considerar-se até, alguns dados inovadores. Desta forma, pode-se concluir que, existe a necessidade de mais estudos relativamente à relação entre a adesão à terapêutica medicamentosa e o risco de queda, incluindo também o tipo de medicamentos e patologias associadas. As repercussões originárias devido a uma queda podem ser devastadoras, podendo aumentar as comorbilidades, diminuindo a autonomia e até causar a morte, havendo deste modo, a necessidade de aumentar o conhecimento científico nesta área. Sugere-se a realização de outros estudos similares que incluam a avaliação do tipo de medicação e patologias associadas.

BIBLIOGRAFIA

Berková, M., & Berka, Z. (2018). Falls: a significant cause of morbidity and mortality in elderly people. Pády: významná příčina morbidity a mortality seniorů. *Vnitřní Lekarství*, 64(11), 1076–1083.

- Chen, Y., Zhu, L., & Zhou, Q. (2014). Effects of drug pharmacokinetic/pharmacodynamic properties, characteristics of medication use, and relevant pharmacological interventions on fall risk in elderly patients. *Therapeutics and clinical risk management*, 10, 437–448.
- Coimbra, A., Gasparotto, L., & Falsarella, G. (2014). Quedas: conceitos, frequência e aplicações à assistência ao idoso: Revisão da literatura. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 897-910.
- Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100.
- DeSure, A. R., Peterson, K., Gianan, F. V. & Pang L. (2013). An exercise program to prevent falls in institutionalized elderly with cognitive deficits: a crossover pilot study. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, 72(11), 391-395.
- El-Saifi, et al (2018). Medication Adherence in Older Patients With Dementia: A Systematic Literature Review. *Journal of pharmacy practice*, 31(3), 322–334.
- Freitas, C. (2017). *Risco de quedas na idade geriátrica: importância da prevenção* - Artigo de Revisão. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade de Coimbra.
- Gomes, et al. (2019). Daily Medication Management and Adherence in the Polymedicated Elderly: A Cross-Sectional Study in Portugal. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 200.
- Guirguis-Blake, et al (2018). *Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estimativas de população residente em Portugal - 2018*. Retrieved from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdestboui=354227526&DESTAQUESmodo=2
- Lavrador, M. (2016). *Polimedicação no idoso* - Artigo de Revisão. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade de Coimbra.
- Le, K., et al (2021). Fall Risk-Increasing Drugs, Polypharmacy, and Falls Among Low-Income Community-Dwelling Older Adults. *Innovation in aging*, 5(1), igab001.
- Lee, J., et al (2021). Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 11(2), e035978.

- Melo C. (2011). Adaptação cultural e validação da escala “Falls Efficacy Scale” de Tinetti. *Ifisionline*, 1(2), 33-43.
- Meneses, J. (2016). *Quedas em idosos*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Coimbra.
- Ming, Y., et al (2021). Medication Review in Preventing Older Adults' Fall-Related Injury: a Systematic Review & Meta-Analysis. *Canadian Geriatrics Journal*. 24(3), 237–250.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Programa nacional de prevenção de acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Rodrigues, M. & Prates, B. (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Programa de Intervenção para a adesão ao regime medicamentoso*. Retrieved from https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qua_lidade_Cuidados_Enfermagem/Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_d_e_Saud_e_da_Idanha.pdf
- Rosa, V., Cappellari, F. & Urbanetto, J. (2019). Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1), 1-13.
- Silva, N. (2012). *As quedas nos idosos: A importância da Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Educação em Saúde: Universidade do Porto.
- Simão, A. (2009). *Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia: Universidade de Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Global report on falls prevention in older age*. Retrieved from https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *World population ageing 2019: Highlights*. Retrieved from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Yap, A., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. (2016). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(10), 1093–1101.