

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

“AUTOCUIDADO: GERIR REGIME MEDICAMENTOSO”

UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

CONTRIBUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO

CLÍNICO DE DADOS EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação académica orientada pelo Prof. (a) Doutora Fernanda Bastos
e coorientada pelo Prof. (a) Inês Cruz

Catarina Alexandra Costa Oliveira

Porto | 2015

“O primeiro requisito para o sucesso é a habilidade de aplicar incessantemente suas energias física e mental a qualquer problema, sem se cansar.”

Thomas A. Edison

Agradeço,

À Professora Doutora Fernanda Bastos e à Professora Inês Cruz pela disponibilidade, apoio, compreensão, orientação, sugestões, confiança, incentivo, exigência e conhecimento que demonstraram e partilharam ao longo deste percurso.

Aos colegas da Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática do Centro Hospitalar do Porto, pelo estímulo, apoio e amizade e por estarem sempre disponíveis.

À Liliana Mota, Joana Sousa e Sara Magalhães pelo companheirismo e incentivo demonstrado ao longo da concretização do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Aos meus amigos pela compreensão das minhas ausências.

À minha família por acreditarem em mim.

À minha mãe, e pai (a minha Estrela no Céu) sem os quais eu não teria alcançado tudo o que já consegui, bem como ao meu irmão, e pelo amor e compreensão que nunca deixaram de demonstrar.

Ao Filipe pelo amor, pela força de todos os dias, compreensão, pelo apoio constante, pela paciência, dedicação e por acreditar que tudo isto vale a pena. Ao Martim pelo seu sorriso.....

A todos, o meu... MUITO OBRIGADA!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Abstrat

ACTG - Acquired Immune Deficiency Syndrome Clinical Trials Group

AGAS - Antiretroviral General Adherence Scale

BMQ - Brief Medication Questionnaire

CINAHL - Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EBSCO - Elton Bryson Stephens Company

EM - Esclerose Múltipla

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

EUA - Estados Unidos da América

HIV - Human Immunodeficiency Virus

HIV – ASES - Human Immunodeficiency Virus - Adherence Self-Efficacy Scale

ICN - International Council of Nurses

ISO - International Standartization Organization

MARS - Medication Adherence Rating Scale

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH - Medical Subject Headings

MH - exact subject heading

MM - exact major subject heading

NANDA - North American Nursing Diagnosis Association

OE- Ordem dos Enfermeiros

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SU - subject terms

TI - title

WHO - World Health Organization

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1: Número de artigos por base de dados e seus limitadores.....	47
Tabela 2: Categorização dos artigos “excluídos”	56
Tabela 3: Caracterização dos estudos “incluídos” na revisão integrativa, por tipo de estudo	59
Tabela 4: Questões das escalas relacionadas com a manifestação “não tomar a medicação”	62
Tabela 5: Categorização das razões para a não concordância	63
Tabela 6: Características pessoais passíveis de interferir enquanto fator concorrente para a (adesão) gestão eficaz do regime medicamentoso	65
Tabela 7: Características da doença passíveis de interferir enquanto fator concorrente para a (adesão) gestão eficaz do regime medicamentoso.....	69
Tabela 8: Características do regime medicamentoso passíveis de interferir enquanto fator concorrente para a (adesão) gestão eficaz do regime terapêutico	70
Tabela 9: Identificação das dimensões através das escalas.....	78
Tabela 10: Categorização dos juízos associados ao foco adesão	85
Tabela 11: Categorização dos juízos associados a outros focos.....	87
Tabela 12: Categorização dos juízos associados às dimensões.....	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de terminologia de referência para enunciar o diagnóstico de enfermagem, segundo a Norma ISO 18104: 2003.....	34
Figura 2: Esquema explicativo da Frase <i>Booleana</i>	45
Figura 3: Diagrama de seleção dos artigos que constituem a amostra	49
Figura 4: Dados que concorrem para o diagnóstico Gestão/Adesão do regime medicamentoso por categorias e subcategorias	65
Figura 5: Focos da prática de enfermagem que emergiram da revisão da literatura	73
Figura 6: Dimensões para o foco gestão do regime terapêutico que emergiram da análise.....	76
Figura 7: Estrutura hierárquica de outros focos	88
Figura 8: Gerir Regime Medicamentoso	92
Figura 9: Atitude - “Sistema” de valores e crenças.....	94
Figura 10: Processo de Transição	96
Figura 11: Resumo da Revisão Integrativa	101

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Artigos analisados por ano de publicação	58
Gráfico 2: Caracterização percentual das publicações por continente	58

Índice

INTRODUÇÃO	15
1.AUTOCUIDADO E DOENÇA CRÓNICA	19
1.1 A Gestão do Regime Terapêutico	24
1.1.1 A Gestão do Regime Medicamentoso.....	28
2.DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS	31
3.JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	37
4. METODOLOGIA	39
4.1 Finalidade e Objetivos	39
4.2 Tipo de Estudo	40
4.2.1 Formulação do problema	42
4.2.2.Procura da literatura	43
4.1.3 Avaliação dos Dados	48
4.1.4 Análise dos dados	49
4.1.5 Apresentação dos dados	52
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
5.1 Artigos “excluídos”	55
5.2 Os estudos “incluídos”	57
5.2.1 Caracterização dos estudos “incluídos”	57
5.3 Dados relevantes para o Processo de Diagnóstico	60
5.3.1 Dados que são manifestações	61
5.3.2 Dados concorrentes	64
5.4 Foco da prática de enfermagem	73
5.5 Dimensões associadas ao Foco Gestão do Regime Medicamentoso	75
5.6 Juízo para o Foco Gestão/Adesão ao Regime Medicamentoso	84
5.7 Juízo para a Dimensão	88
5.8 Proposta de Enunciados de Diagnósticos	90

CONCLUSÃO	99
BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS.....	119
ANEXO 1 - Frase Booleana.....	121
ANEXO 2 - Instrumento de colheita de dados	125
ANEXO 3 - Tabelas dos artigos “excluídos” e bibliografia.....	129
ANEXO 4 - Tabelas dos artigos “incluídos” e bibliografia.....	167

Resumo

O conceito de autocuidado tem acompanhado a evolução da disciplina de Enfermagem pela sua relevância no quotidiano dos enfermeiros. É um conceito multidimensional e compreensivo, com múltiplas dimensões de natureza definitiva e central para a disciplina e profissão de enfermagem (Abreu, 2011). A gestão do regime terapêutico é um comportamento de autocuidado, um foco da prática de enfermagem, para o qual a “*capacidade para gerir o regime*” (ICN, 2010, p. 42) é essencial.

A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso prescrito, sendo manifestada muitas vezes por alterações na adesão terapêutica medicamentosa (Kripalani e Weiss, 2006).

Centrados no aspeto mais valorizado do regime terapêutico, o regime medicamentoso, os profissionais focam-se em preparar a pessoa para a mestria a fim de alcançar os objetivos: o controlo da doença e melhorar a qualidade de vida.

Este estudo tem como objetivos: identificar os dados, termos e conceitos necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “*autocuidado: gerir o regime medicamentoso*”; tendo como finalidade contribuir para a definição e o desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados em Enfermagem. A necessidade de desenvolver Modelos Clínicos de Dados prende-se com a urgência em melhorar a qualidade dos dados a utilizar e reutilizar nas tecnologias de informação e comunicação.

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura através de uma pesquisa em cinco bases de dados (CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Cochrane Database of Systematic Reviews), utilizando os seguintes critérios de inclusão: textos em português, inglês e espanhol; de acesso gratuito; publicados de 2007-01-01 a 2012-12-31; que incluam os descritores em pelo menos uma das partes: título (TI), resumo (AB), *exact major subject heading* (MM), *exact subject heading* (MH) ou *subject terms* (SU; artigos *peer reviewed*; e artigos dedicados ao estudo em seres humanos, na população adulta.

Importa referir que a maioria dos artigos incluídos reportam-se ao foco adesão ao regime terapêutico, no entanto, consideramos que pela proximidade com o conceito de gestão, os conceitos são, por vezes, confundidos e pouco claros.

Identificam-se os dados que permitem a formulação de diagnósticos cujo foco é o autocuidado: gerir o regime medicamentoso.

Da análise emergiram dimensões associadas a este diagnóstico como o “conhecimento”, a “capacidade”, a “atitude”, o “suporte social” e a “auto-eficácia” que nos parecem relevantes

para o mesmo. Na nossa perspetiva os juízos que melhor qualificam o foco para a designação do diagnóstico são o comprometido (10012938) e o *low* (10011438).

Da análise propomos que “**Gerir o regime medicamentoso**”, seja um foco de atenção dos enfermeiros, na medida em que gerir nos remete para um comportamento de autocuidado que tem de ser mantido e gerido pelo próprio, sendo a principal intencionalidade dos enfermeiros promover a capacidade do doente para gerir o regime medicamentoso. A frase que melhor representa e sistematiza este trabalho é: **Potencialidade para melhorar a capacidade para o autocuidado: gerir o regime medicamentoso.**

Apesar de se considerar necessária a realização de outros estudos similares e complementares a este, pensamos que este estudo é um contributo para a construção de Modelos Clínicos de dados em Enfermagem, centrado na gestão do regime medicamentoso.

Palavras-chave:

Autocuidado; Gestão do Regime Medicamentoso; Sistemas Informação em Enfermagem, Modelos Clínicos de Dados e Revisão Integrativa da Literatura.

Integrative literature review of the phenomenon “self care: managing medication regime”: a contribution to the development of Clinical Data Models in nursing.

Abstract

The concept of self-care has followed the evolution of the nursing discipline for its relevance in the daily lives of nurses. It is a multidimensional and comprehensive concept with multiple dimensions of define nature and central to the discipline and profession of nursing (Abreu, 2011). The management of the therapeutic regimen is a self-care behavior, a focus of nursing practice, for which the “ability to manage the system “(ICN, 2010, p. 42) is essential.

The ability to manage the medication is defined as the functional and cognitive competence to self-manage the drug regimen prescribed are often manifested by changes in medication adherence (Kripalani and Weiss, 2006).

Focused on the most valued aspect of the therapeutic regimen, the medication regimen, professionals focus on preparing the person for mastery in order to achieve the objectives: control of the disease and improve quality of life.

This study aims to: identify the data, terms and concepts necessary for the description of Nursing Diagnoses taking a focus on "self-care: managing the medication regime"; and aims to contribute to the definition and development of Clinical Data Model in Nursing. The need to develop Clinical Data Models relates to the urgency to improve the quality of data to be used and reused in information and communication technologies.

An integrative literature review was conducted through a survey of five databases (CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, Cochrane Central Register of Controlled Trials and the Cochrane Database of Systematic Reviews), using the following inclusion criteria: texts in Portuguese, English and Spanish ; full texts of free access; published from 2007-01-01 to 2012-12-31; including the descriptors in at least one of the parties: title (TI), abstract (AB), exact major subject heading (MM), exact subject heading (MH) or subject terms (SU); peer reviewed articles, and articles dedicated to the study in humans, the adult population.

It should be noted that most of the included articles relate to the focus adherence to the treatment regimen, however, we consider that the proximity to the management concept, the concepts are sometimes confused and unclear.

Identifies the data used to formulate diagnoses which focuses on self-care: managing the medication regimen. Analysis emerged dimensions associated with this diagnosis as "knowledge", "capacity", "attitude", "social support" and "self-efficacy" that seem relevant for it. In our perspective the judgments that better qualify the focus for the appointment of diagnosis are compromised (10012938) and low (10011438).

From the analysis we propose that "**Managing medication regimen**", is a focus of attention of nurses, to the extent that manage leads us to a self-care behavior that has to be maintained and managed by itself, the main intention of nurses promote capacity the patient to manage the medication regimen. The phrase that best represents and systematize this work is: **Potentiality to improve the capacity for self-care: managing the medication regimen**. Although it is considered necessary to carry out similar studies and complementary to this, we think this study is a contribution to the construction of models of Clinical Nursing data, focused on management of medication regimen.

Keywords

Self-Care; Managing the Medication Regime; Information Technologies in Nursing; Clinical Data Models; Integrative Literature Review.

INTRODUÇÃO

O exercício profissional de enfermagem providencia e valoriza a assistência aos doentes portadores de doença crónica, pois neste processo de vivência, que se afigura como prolongado releva pensar a qualidade de vida da pessoa e família como um resultado importante e, neste contexto, o papel da pessoa na produção desse resultado deve ser enfatizado (WHO, 2002).

Neste enquadramento, enquanto profissionais de enfermagem, defendemos que tal objectivo – a melhoria da qualidade de vida - é condicionada pela forma como cada pessoa é capaz de se autocuidar e integrar no seu dia-a-dia a gestão de um regime terapêutico, por vezes complexo.

Na perspectiva de Orem (1983), o autocuidado pode ser concebido como as atividades autoiniciadas pela pessoa, que visam a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar contínuo. Cada pessoa tem o direito e a responsabilidade de cuidar de si mesmo mas, perante um problema de saúde, é possível que as capacidades usuais sejam insuficientes para lidar com a situação, o que gera um défice de autocuidado. Neste cenário, torna-se necessária a intervenção de outras pessoas, como os enfermeiros ou a família, que procuram compensar aqueles défices (Orem, 1983).

A gestão do regime terapêutico – atividade executada pelo próprio e em seu próprio benefício, para manter a sua saúde e o seu bem-estar - representa um domínio de elevado interesse para os profissionais de saúde que interagem com os doentes crónicos, esta valorização pressupõe avaliar e documentar os dados recolhidos junto do doente com o intuito de identificar corretamente o diagnóstico de enfermagem e intervenções com integridade referencial para o mesmo, de forma a produzir um resultado positivo para o doente.

Os enfermeiros são os profissionais de saúde que se encontram numa posição privilegiada, pelas competências que possuem e pela proximidade, para contribuírem no sentido da melhoria da saúde das populações, em particular da pessoa com doença crónica.

Estes profissionais desempenham um papel essencial nesta área de intervenção capacitando as pessoas para uma gestão eficaz dos seus regimes terapêuticos (Conselho Internacional de Enfermagem e Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A problemática de como e o porquê colher dados de forma sistemática, sobre os cuidados de enfermagem e a saúde da população não é nova na disciplina. Com efeito Florence Nightingale referia ser necessária essa sistematização e análise de dados, como forma de tornar visíveis as condições de saúde da pessoa, os cuidados prestados e os recursos necessários. Neste sentido, Goosen (2000a), alega que na era atual da informação, estas razões para documentar os cuidados de enfermagem se mantêm, o que mudou foi a necessidade de documentar e comunicar a maior quantidade dos dados, fruto do maior volume de cuidados prestados, bem a da sua complexidade.

Na dinâmica do processo de enfermagem, os enfermeiros fazem, constantemente, uso da informação que resulta desse processo. Esta informação, depois de interpretada é suscetível de ser transformada em conhecimento.

Em Portugal o sistema de informação em enfermagem de apoio à prática usa, como referencial de linguagem, a CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), que permite efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem nas instituições de saúde, conferindo maior visibilidade ao juízo clínico e apoio ao processo de tomada decisão em relação aos diagnósticos, resultados e intervenções individuais de cada doente.

Assim, “a linguagem utilizada para descrever a Enfermagem é um aspeto importante para a formalização do conhecimento próprio da disciplina e para o respetivo desenvolvimento” (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p. 3), importante então, compreender se a linguagem CIPE®, tem a capacidade de descrever a complexidade dos fenómenos, contribuindo para a construção de Modelo Clínico de Dados, que possibilitam associar diagnósticos de enfermagem, diferente *status* dos diagnósticos, as intervenções de enfermagem e os dados que resultam da implementação das intervenções associadas aos diagnósticos (Silva, 2001). Dado este aspeto estrutural do modelo permite inferir resultados de enfermagem e sua relação com as intervenções implementadas (Pereira, 2009). Assim sendo, é possível vislumbrar e tornar visíveis os cuidados de enfermagem e seus contributos para os ganhos em saúde da pessoa/comunidade.

Deste modo, faz sentido a criação de Modelos centrados no core da prestação dos cuidados de enfermagem, como é o caso da gestão do regime medicamentoso, questão de particular interesse e de análise dos enfermeiros ao longo de décadas. Na medida que se promove a alteração do paradigma de um modelo centrado na doença e na concordância

com as indicações dos profissionais (adesão) e se privilegia um modelo mais centrado na pessoa e na sua capacidade de autogestão da doença e gestão eficaz do regime terapêutico, nomeadamente, o medicamentoso.

Foi com esta perspetiva que decidimos avançar com esta investigação.

A dissertação que aqui se desenvolve emerge no seguimento de um trabalho de pesquisa realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Através de uma revisão integrativa da literatura, procuramos na evidência se a sintaxe e a semântica da CIPE®, são suficientes para descrever de uma forma abrangente e completa as questões relacionadas com o foco *autocuidado: gerir o regime medicamentoso*. Contribuindo, deste modo, para o desenvolvimento de um Modelo Clínico de Dados, que facilite a produção de indicadores, sendo igualmente um orientador das boas práticas para o fenómeno em estudo, segundo a norma ISO 18104: 2003. Esta norma internacional torna-se *“importante para garantir o uso e articulação da terminologia de Enfermagem com outros profissionais de saúde”* (Conselho Internacional de Enfermeiros e Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. 12), esta descreve os elementos necessários para o enunciado de diagnóstico, sendo obrigatório um foco e um juízo e os outros elementos são opcionais. Assim, é de ressaltar que para o eixo cliente, pela temática em estudo, todos os artigos se referem ao próprio indivíduo e para o eixo tempo, não foram encontrados, nos artigos explorados, unidades de registo referentes à temática.

Pensamos, portanto, que este trabalho possa ser um contributo para o avanço do conhecimento científico e para a elevação da qualidade da prática de enfermagem, face à pessoa com doença crónica, e que gere um regime terapêutico medicamentoso.

Neste relatório procura-se transmitir o caminho metodologicamente delineado e prosseguido, assim como os resultados obtidos através deste estudo. Assim esta dissertação está dividida em seis capítulos. No primeiro e segundo capítulo está descrito o enquadramento conceptual e teórico da temática em estudo, bem como a revisão de alguns conceitos pertinentes para a melhor compreensão da temática em estudo. No terceiro capítulo procedemos à justificação do estudo e sua pertinência. Posteriormente, no capítulo seguinte, é descrita a opção metodológica, salientando o tipo de estudo, as técnicas de obtenção de dados e os métodos a aplicar na análise dos mesmos. O quinto capítulo consiste na apresentação e discussão, após apreciação críticas dos resultados que emergiram nesta revisão e no sexto, e último capítulo, tecemos as considerações finais do estudo, sugerindo algumas linhas orientadoras a desenvolver em futuras investigações.

Expomos de seguida a perspectiva de diversos autores sobre a temática em estudo.

1. AUTOCUIDADO E DOENÇA CRÓNICA

Para a Organização Mundial de Saúde (1983), autocuidado assume-se como um conjunto de atividades tomadas pelos indivíduos, família ou comunidade com a intenção de melhorar a saúde e prevenir ou limitar a doença e restaurar a saúde, emergindo estas atividades do conhecimento e competências obtidas através dos profissionais de saúde e do contexto do dia-a-dia dos indivíduos.

O Departamento de Saúde do Reino Unido (2006), ancorado na definição de Martyn, considera como autocuidado as ações que o indivíduo realiza e pelas quais se responsabiliza com vista à sua própria saúde e bem-estar, incluindo: estar bem e saudável, física e mentalmente; as ações que toma para prevenir doenças ou acidentes; a melhor utilização dos medicamentos; tratar dos seus membros dependentes; e o melhor cuidado em situações crónicas ou de tempo prolongado.

O conceito de autocuidado tem acompanhado a evolução da disciplina de Enfermagem pela sua relevância no quotidiano dos enfermeiros. Para Abreu (2011), trata-se de um conceito multidimensional e compreensivo, com múltiplas dimensões de natureza definitiva e central para a disciplina e profissão de enfermagem.

O autocuidado enquanto disposição para cuidar de si não é um conceito novo, pelo que a competência da pessoa para cuidar de si própria já é alvo de reflexão desde Hipócrates (Abreu, 2011). Este conceito envolve tanto a capacidade de cuidar de si como o desempenho das atividades necessárias para alcançar, manter ou promover a saúde. Lipson e Steiger (1996, p.16, *in* Richard e Shea, 2011) definiram o autocuidado como "*atividades realizadas por indivíduos ou comunidades para alcançar, manter ou promover o máximo de saúde*", derivando estas atividades do conhecimento e competências obtidas através dos profissionais e da experiência de vida.

Na perspetiva de Gantz (1990), o autocuidado tem sido entendido como um movimento, um conceito, uma teoria, um modelo, um processo ou um fenómeno. O mesmo autor define quatro características essenciais para o autocuidado: é condicionado e deve ser

entendido de acordo com os padrões culturais; envolve capacidades de tomar decisões e agir; é influenciado pelo conhecimento, capacidades, valores, motivações e mobiliza um conjunto de aspetos relacionados com a saúde.

O autocuidado é, assim, mais do que um grupo de capacidades aprendidas, reporta-se ao exercício de competências que proporcionam ao utente e família uma oportunidade de decidir e agir com eficácia em *prol* da sua saúde e da capacidade de gerir os cuidados pessoais (Theuerkauf, 2000, *in* Abeu, 2011).

Backman e Hentinen (1999) consideram o autocuidado não apenas uma forma de manter a saúde, mas também um desafio na adversidade, na medida em que perante a percepção ou vivência de um *défice* a pessoa considera as diferentes formas de eliminar as ameaças e tomar decisões consistentes com as suas necessidades. É concebido como uma prática constante da vida pessoal, compreende a auto-observação ou monitorização, percepção ou identificação de mudanças nas funcionalidades, avaliando o significado e severidade dessas alterações (Bastos, 2012).

O ICN define autocuidado como uma atividade executada pelo próprio que visa *“tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”* (2011, p. 41), o autocuidado surge então, como o cuidado pessoal requerido pelos indivíduos no seu quotidiano para regular o próprio funcionamento e desenvolvimento (Orem, 1991).

Apesar da diversidade de autores que se têm dedicado ao estudo do autocuidado, foi Dorothea Orem que deu o grande impulso para o desenvolvimento deste constructo. Orem define autocuidado como: ações deliberadamente executadas para regular o funcionamento e desenvolvimento humano, isto é, que os indivíduos realizam em seu próprio benefício e atividades para manter ou promover a vida, a saúde e o seu bem-estar. Esta definição baseia-se na premissa que os sujeitos têm o potencial para desenvolver as suas habilidades intelectuais, práticas e a motivação essencial para o autocuidado (Orem, 1991). A ideia que nos parece mais relevante do tanto que Orem transmitiu nos seus estudos é que *“compreender o significado e valor do autocuidado é fundamental para participar nele”* (Orem, 1991, p. 111).

A Teoria do Autocuidado é a primeira parte da teoria geral de enfermagem ou constructo teórico desenvolvido por Orem. Ela engloba a atividade e a exigência terapêutica do autocuidado, bem como os requisitos para o autocuidado. A exigência terapêutica de autocuidado constitui a totalidade das ações de autocuidado a serem executadas durante algum tempo da vida ou num episódio de desvio da saúde, para satisfação de requisitos de autocuidado.

Os requisitos de autocuidado são essenciais ao modelo de Orem, porque constituem um componente principal do modelo, este é categorizado em três tipos: universal, de desenvolvimento e de desvio da saúde. Cada um desses requisitos representa uma categoria de exigências a serem satisfeitas pelos ou para os indivíduos por causa de suas necessidades como seres humanos.

Os primeiros requisitos – Universais - estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humano, equivalem à base da pirâmide de Maslow. São comuns a todos os seres humanos durante todos os estágios do ciclo vital, como por exemplo, as atividades de vida diária.

Os requisitos de desenvolvimento são as expressões especializadas das necessidades universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou adaptação a mudanças físicas.

Finalmente, os últimos requisitos, os que mais se relacionam com este estudo, reportam-se aos requisitos de autocuidado nos desvios de saúde, que surgem em condições de doença, ou como consequência de medidas clínicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição. Perante a alteração da condição de saúde, como por exemplo face a uma doença crônica, a pessoa passa a necessitar de incluir no seu dia-a-dia um regime terapêutico, podendo sentir dificuldades em responder ao novo desafio, levando à ineficácia da gestão do regime terapêutico, na medida que pode não conseguir integrar as alterações e adaptações que a nova condição o exige, como por exemplo a toma de medicação de acordo com as indicações dos profissionais.

Orem (1983), defende que o ser humano tem habilidades próprias para promover o cuidado de si mesmo, no entanto pode beneficiar de cuidados especializados, quando ocasional ou de forma permanente apresenta alteração da sua capacidade, quer pela falta de saúde quer pelas exigências da situação. Quando uma pessoa tem um défice no autocuidado, o enfermeiro atua estabelecendo com ela um plano de intervenção, em que a substitui enquanto durar esse défice ou promove estratégias de educação para a saúde ou outras, no sentido de desenvolver a maior autonomia possível, na gestão da atividade deficitária. A mesma autora (1991) considera como condições importantes para que a pessoa possa cuidar de si mesmo a motivação, a capacidade de tomada de decisão, o conhecimento científico sobre a condição, a capacidade cognitiva, a coerência e a integração de ação de autocuidado na vida pessoal. Assim, a eficácia de todo este processo é demonstrado pela capacidade da pessoa incorporar no seu dia-a-dia novas práticas que a nova situação o exige (Bastos, 2012).

Petronilho (2012) defende que o autocuidado deve ser entendido não só como a percepção, a capacidade e os comportamentos das pessoas no sentido de promover e manter a saúde e prevenir e gerir a doença, mas também como resultado sensível de impacto às terapêuticas de enfermagem.

Uma parte significativa da prática clínica em enfermagem consiste na implementação de intervenções dirigidas a dar resposta às necessidades dos indivíduos face ao seu autocuidado, relacionadas ou não com a perda de autonomia, o que justifica o investimento desenvolvido pelos enfermeiros nesta área.

A doença crónica tem um forte impacto na capacidade do indivíduo de satisfazer as suas necessidades de cuidado, por isso, tende a desenvolver estratégias que lhe permitam viver melhor com a doença, este conjunto de saberes permitem autocuidar-se, limitando as alterações negativas na qualidade de vida do indivíduo, quando este tem necessidade de recorrer a terceiros, para colmatar a sua dependência.

Cabe ao enfermeiro, durante a prestação de cuidados, compreender a forma como a pessoa mobiliza os seus recursos para conseguir realizar o seu autocuidado, no sentido de desenvolver terapêuticas que vão ao encontro das necessidades identificadas.

Para a Organização Mundial de Saúde, *“as doenças crónicas são as doenças que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, deixam incapacidade residual, são causadas por alterações patológicas não reversíveis, requerem ensino especial para a reabilitação do doente ou pode-se esperar que exijam um longo período de supervisão, observação ou cuidados”* (Sabate, 2003, p. 4) e são hoje responsáveis por 86 % das mortes a nível da Europa (WHO, 2010).

As pessoas com doenças crónicas necessitam de cuidados coordenados e centrados nas suas necessidades, valores e preferências e variam em função da gravidade da situação e da capacidade da pessoa para a sua resolução. Precisam de ser ajudadas a desenvolver competências de autocuidado que lhes assegure a prevenção das complicações previsíveis, por prestadores de cuidados, que entendam a diferença fundamental entre a doença episódica que é identificada e curada, e a doença crónica que exige uma gestão ao longo de muitos anos (WHO, 2005), sendo que as estratégias de intervenção, que definirem, devem ter em conta os diferentes níveis de prevenção e estadios da doença.

As barreiras para o autocuidado em doentes crónicos incluem limitações físicas, falta de conhecimento, restrição financeira e logística para a obtenção de cuidados, a necessidade de apoio social e emocional, agravamento de sintomas da doença e efeitos secundários da medicação (Bayliss *et al.*, 2003).

O indivíduo portador de doença crónica vê-se desafiado a integrar e a desenvolver no seu dia-a-dia comportamentos de autocuidado que promovam a qualidade de vida e o seu bem-estar: nomeadamente, integração no seu quotidiano de regimes medicamentosos complexos, bem como comportamento de autovigilância e proteção (Acúrcio *et al.*, 2009). Para além disso, necessita de aprender a viver com a doença o enfermeiro surge, então, como facilitador neste processo de adaptação, estimulando e fortalecendo a capacidade de autocuidado e como elemento vital na gestão da doença e do regime terapêutico desempenhando um papel no aconselhamento, orientação, educação e suporte.

Perspetiva-se que os cuidados centrados na pessoa e as intervenções de enfermagem, enquadradas na equipa multidisciplinar, poderão melhorar os resultados em saúde, nomeadamente a satisfação dos utentes com o atendimento e a alteração de comportamento que se traduzam na capacitação da pessoa para o autocuidado na gestão do regime terapêutico. A família, a comunidade e as organizações de doentes devem ser entendidos como parceiros privilegiados na gestão da doença crónica e na promoção da adesão aos regimes terapêuticos (Conselho Internacional de Enfermeiros e Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O enfermeiro é *“um agente “educador”, “facilitador” e “promotor” do aumento das habilidades de autocuidado da pessoa, ou do doente; é um “facilitador” no processo de decisão do paciente”* (Campedelli *et al.*, 1989, p. 51), para tal é importante conhecer os hábitos da pessoa, de forma a integrar no seu quotidiano a gestão do regime terapêutico, em geral, e o regime medicamentoso, em particular, contribuindo assim para o sucesso no autocuidado, com a implementação de terapêuticas ajustadas à pessoa.

A capacidade para gerir a medicação é definida como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso prescrito sendo manifestada muitas vezes por alterações na adesão terapêutica medicamentosa (Kripalani e Weiss, 2006). No entanto, o défice no autocuidado, no que se refere á gestão do regime terapêutico, pode ser multifatorial e associado à falta de conhecimentos, de habilidades, de motivação, por atitudes negativas face ao mesmo e até por dificuldade em tomar decisões (Telles – Correia *et al.*, 2007).

1.1 A Gestão do Regime Terapêutico

Pelo exposto anteriormente, ficou patente que a pessoa portadora de doença crônica vê-se perante um desafio, por vezes difícil de ultrapassar, o de “... *integração no seu quotidiano de um programa de tratamento da doença e das suas consequências...*” (NANDA, 2003, p. 188 - 193), definição que se relaciona com o conceito de “*gestão do regime terapêutico*”. No âmbito da versão 2, da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (ICN, 2010), assim como nas versões posteriores, a “*gestão do regime terapêutico*”, enquanto Foco, não existe isoladamente, remetendo-nos para a utilização de termos como: *autocuidado; regime; regime medicamentoso; regime dietético; regime de exercício*, entre outros.

Autores como Bailey, Oramasionwn e Wolf (2013), focalizam-se especialmente numa das componentes do regime, provavelmente atribuindo-lhe uma maior importância e definem gestão do regime terapêutico como a medida em que o doente toma a medicação prescrita, incluindo não só a dose correta, frequência e horário, mas também a sua continuidade e utilização segura.

A gestão do regime terapêutico é um comportamento de autocuidado, um foco da prática de enfermagem, para o qual a “*capacidade para gerir o regime*” (ICN, 2010, p. 42) é essencial, mas cuja problemática não se esgota na mesma. Assim, é nosso entender, que seria adequado a reincorporação da gestão do regime terapêutico enquanto foco e, a sua alteração face ao espectável, especificada através da conjugação com um Juízo.

Para uma gestão eficaz do regime terapêutico duas condições são necessárias: a cognição e a volição. A cognição é um processo intelectual que compreende a percepção, pensamento, raciocínio e memória, importantes para manter e abandonar ações e tem em conta o conhecimento da pessoa (Bastos, 2012). A volição é um processo psicológico, segundo o qual a pessoa cria um modelo mental que integra as suas orientações e opiniões acerca dos assuntos, tem por base a intenção consciente para agir e realizar ou modificar determinado comportamento, frequentemente representado pela “*força de vontade: disposição para manter e abandonar ações, controlar ou não controlar impulsos, tendo em conta o desejo, as intenções e as tendências*” (ICN, 2010, p. 55).

Na gestão do regime terapêutico, o “ator principal” é o cliente. Pela compreensão das suas crenças, atitudes e valores pessoais, é possível planear e executar terapêuticas de enfermagem que facilitem a alteração da conduta e conseqüentemente, à promoção da saúde (Dias *et al.*, 2011). Estas terapêuticas devem abranger cuidados a nível das áreas física,

psicológica, comportamental, sociocultural, ambiental e espiritual, pois tal como defende Abreu (2011), *“o sucesso da intervenção dos profissionais de saúde também depende da forma destes serem capazes de perceber o significado que as transições têm para o sujeito e a sua capacidade para lidar com as mudanças verificadas”* (p. 128). Deste modo é o enfermeiro que se centra no processo de capacitação da pessoa para o seu próprio autocuidado.

Na literatura surgem inúmeros termos para descrever o conceito que nós incorporamos, neste estudo, como sendo o de gestão de regime terapêutico. É o caso de *self management* (autogestão) associado ao autocuidado e que Lorig e Holman (2003) descrevem como aprendizagem e treino de competências necessárias para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória face à doença crónica. Os mesmos autores definem cinco habilidades de autogestão: resolução de problemas, tomada de decisão, mobilização de recursos, estabelecimento de parcerias de cuidados com o profissional de saúde e capacitação de ação.

O conceito autogestão refere-se às tarefas que um indivíduo leva a cabo ao viver com uma, ou mais, doenças crónicas. Estas tarefas incluem a gestão clínica e comportamental, a gestão de papéis e a gestão emocional (Bastos, 2012).

Von Korff e colaboradores (1997) sugerem que a autogestão é o envolvimento da pessoa (com doença crónica) em atividades para promover e proteger a saúde, monitorizar e gerir sinais e sintomas da doença, gerir o impacto da doença na funcionalidade, emoções e relações interpessoais e aderir ao regime terapêutico. Pressupõe alimentar-se de forma adequada, realizar exercício físico, monitorizar os sintomas, procurar ajudar dos profissionais, quando necessário, e tomar medicamentos.

A autogestão surge como um processo ativo e flexível, em que a pessoa desenvolve ações (identifica os seus problemas; define objetivos; desenvolve planos; identifica formas para superar dificuldades e monitoriza o progresso no alcance das metas), para sustentar mudanças comportamentais e alcançar as metas desejadas, relacionadas com a sua condição. Fatores como a educação, o suporte social e familiar, afetam a capacidade de autogestão, bem como a confiança em si mesmo e o apoio por parte dos profissionais de saúde.

Outros conceitos estão associados á gestão do regime terapêutico, como é o caso da adesão. Segundo a Classificação para a Prática de Enfermagem (CIPE®), da autoria do International Council of Nurses (ICN), taxonomia utilizada pela enfermagem, adesão é definida como *“ (...) ação auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de ações e de*

comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento” (ICN, 2010, p. 38).

Alguns autores, como Gusmão e Jr. (2006), definem a adesão como o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, isto é, a concordância com as indicações dos profissionais de saúde, com o intuito de alcançar os objetivos terapêuticos, o tratamento ou prevenção da doença.

O Projeto Adesão da Organização Mundial de Saúde (2003), adota como definição de adesão, uma fusão de outras duas definições de Haynes e Rand, que conceituam a adesão, como um comportamento da pessoa – toma da medicação, seguimento de uma dieta e/ou mudança de estilos de vida, de acordo com as recomendações dos profissionais de saúde. Assenta na vontade do próprio em estabelecer concordância entre o comportamento adotado com o recomendado pelo profissional. Este é um fator envolvido na gestão do regime terapêutico, por parte dos clientes e vai ao encontro do que defendem outros autores como Grey, Knafl e Mccorkle (2006) e Ryan e Sawin (2009), na medida que consideram que o conceito de gestão é um conceito dinâmico cujo objetivo principal é a manutenção da funcionalidade no dia-a-dia da pessoa, com o melhor nível de qualidade de vida, prevenindo complicações que afetam a morbilidade e mortalidade e que vão muito além da concordância e adesão a um conjunto de prescrições.

O termo “adesão” é utilizado com maior ênfase na literatura e, também na documentação dos cuidados, enquanto o termo “gestão” é associado, frequentemente, apenas quando se reporta à preparação e ao conhecimento. Isto deve-se ao facto do conceito de adesão ser “próximo”, ou parte, do conceito de gestão, e a objetivação de ambos os conceitos ser, por vezes, pouco clara. O estudo desenvolvido por Bastos (2012) chama a atenção para esse facto, referindo que em Portugal, tanto no contexto da prática clínica como ao nível académico, os enfermeiros recorrendo ao uso da linguagem classificada, frequentemente se dividem no que se refere ao uso preferencial de cada um dos conceitos.

Alguns autores sugerem a clarificação dos conceitos referindo que a *“Gestão do Regime Terapêutico é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do status de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade.”* (Bastos, 2012, p. 66).

A complexidade da adesão ainda não permitiu estabelecer um método ideal, que possa ser utilizado como instrumento de medida de referência, quando se pretende avaliá-la e identificar o nível de adesão (Vermeire, Hearnshaw e Van Royen, 2001; Osterberg e Blaschke, 2005). A “não adesão” depende de um conjunto considerável de fatores, da forma como estes influenciam a pessoa, e o modo como lida com eles. Por outro lado, da mesma maneira não existe uma forma de avaliar a gestão do regime terapêutico, isto é, não existe forma de avaliar todas as tarefas que a pessoa tem que lidar/enfrentar para gerir com sucesso o seu regime (Bailey, Oramasionwu, Wolf, 2013), sobretudo porque existe um elevado nível de individualização do regime terapêutico.

Para o ICN, a não adesão é definida como “*status comprometido: não seguir ou não estar de acordo com o regime terapêutico*” (1999, p. 62). Esta forma de identificar a necessidade em cuidados é pouco precisa e, não fornece pistas que orientem face à necessidade de intervenção; se a pessoa “não segue” o regime prescrito é preciso aprofundar a razão por que não o faz. Contudo, “não seguir” pode ser uma decisão informada e, portanto não carece de qualquer intervenção de enfermagem. Por outro lado, pode resultar da falta de conhecimento sobre o que fazer ou como o fazer, neste caso temos um conhecimento que não é suficiente para que a pessoa possa gerir de forma eficaz o seu regime. Várias hipóteses devem ser colocadas quando verificamos um comportamento que se desvia do que é o regime aconselhado e, portanto, é necessário colher mais dados sobre as razões desta não concordância, ou seja, do comprometimento deste *status*.

A evidência reforça a necessidade da pessoa com doença crónica incorporar um regime terapêutico que pode ser mais ou menos complexo, com características específicas e de acordo com a condição da pessoa e do seu processo patológico, e que as suas condicionantes podem influenciar, ou não, o modo como gere o regime terapêutico. Pressupõe o desempenho por parte da pessoa de um conjunto de comportamentos, atividades e atitudes, que se regem por princípios e indicações terapêuticas, de forma a diminuir o impacto da situação de doença na sua vida.

O regime complexo, com que a pessoa portadora de doença crónica se depara, pode incluir várias componentes como: alterações nos estilos de vida (padrão alimentar e de exercício); aprender a cuidar de si, reconhecer e gerir sintomas; estabelecer novos comportamentos para melhorar a sua saúde e exacerbações da doença (Rich M., 2002); inclusão de um regime medicamentoso. Por esta última se tratar da componente do regime mais valorizada, o nosso estudo vai-se circunscrever à mesma.

Os profissionais de saúde deparam-se frequentemente com a ineficácia da gestão do regime, nomeadamente do medicamentoso, muito associado à sua complexidade, défice de

conhecimentos sobre a forma de integrar as indicações terapêuticas no dia-a-dia, às exigências excessivas sobre a pessoa e a demora ou ausência de resultados positivos atribuíveis à proposta de tratamento. Entende-se como primeira condição para que alguém adote ou mude comportamentos a necessidade da informação necessária sobre o que mudar e porquê mudar, fundamentando os conhecimentos dos doentes face à patologia. A educação para a gestão é a base do cuidar da pessoa com doença crónica, é o processo que proporciona o conhecimento e as competências que lhes permite assegurar o autocuidado no seu dia-a-dia e caminhar em direção ao sucesso, promovendo a vivência de uma transição saudável e indutora de uma gestão eficaz.

O modo como a pessoa vivência o processo de transição saúde-doença influencia os resultados dessa transição, nomeadamente a forma como gere o seu regime terapêutico, em particular o regime medicamentoso, refletindo-se na “não adesão” ou numa “gestão ineficaz”. Os fatores que influenciam a gestão do regime enquadram-se no âmbito dos condicionalismos (pessoais, sociedade/comunidade), descritos por Meleis e colaboradores (2000), como é o caso das características do indivíduo (conhecimentos, crenças, perceções, expectativas), assim como no nível de consciencialização e do envolvimento da pessoa no seu processo de transição.

A natureza da relação profissional de saúde/cliente interfere na forma como a pessoa gere o seu regime, pelo que *“deve ser uma relação de parceria assente em competências de cada um”* (Bastos, 2004, p. 26), promovendo o processo de tomada de decisão do indivíduo de forma consciente e comportamentos de adesão e gestão.

1.1.1 A Gestão do Regime Medicamentoso

Centrados no aspeto mais valorizado do regime terapêutico, o regime medicamentoso, os profissionais focam-se em preparar a pessoa para a mestria a fim de alcançar os objetivos: o controlo da doença e melhorar a qualidade de vida.

Na CIPE® versão 2, *“regime medicamentoso”* surge como foco, englobado num foco mais global *“regime”*, que por sua vez reporta para o eixo dos recursos – *“plano”*, especificamente, *“Clinical pathway”* (percurso clínico esperado), linhas de orientação, plano de cuidados e protocolo. Ou seja, o regime medicamentoso é um recurso, englobado num plano terapêutico, cujo contributo se destina a controlar o processo patológico. Sendo que

esta componente do regime terapêutico é maioritariamente administrada e gerida pela pessoa, que para o concretizar da melhor forma necessita de desenvolver competências para que o comportamento seja coerente com a intencionalidade. Torna-se por isso, na nossa perspectiva, um foco de atenção da prática clínica dos enfermeiros.

Outros focos surgem relacionados com este, é o caso do “*regime medicamentoso complexo*”, que emerge como foco e diagnóstico de enfermagem, podendo ainda ser mais específico quando essa complexidade advém do “*elevado número de medicamentos*”.

Anteriormente na versão beta, o ICN, expôs o conceito “*auto – administração de medicamentos*” que consistia em “*desempenhar atividades para obter, arrumar com segurança, tomar de acordo com a prescrição, ajustar as doses, aplicar os medicamentos prescritos, deitar fora os medicamentos de modo adequado*” (ICN, 1999, p. 62), no entanto as versões mais recentes não contemplam este foco de atenção.

O regime medicamentoso não se resume ao número de medicamentos prescritos, deve-se ter em conta a forma do medicamento, a dose e frequência das tomas, assim como as instruções da administração do mesmo (Hayes, 1999; George *et al.*, 2004 in Henriques, 2011).

Verifica-se uma elevada prevalência no consumo de medicamentos pelos doentes crónicos, em consequência da simultaneidade de várias doenças, de multiprescritores, de deficiente situação económica e nalguns casos por auto-medicação (Beers e Berhow, 2004; Frazier, 2005, WHO 2005). A polimedicação é definido como a utilização de vários medicamentos, prescritos e/ou de automedicação, que podem causar reacções adversas e/ou interacções medicamentosas que aumentam consoante o número de medicamentos administrados (Araújo, 2002; Roach, 2003). É uma problemática que tem vindo a agravar-se dado que o aumento da esperança de vida levou ao aparecimento de diversas patologias e uma maior prevalência das patologias crónicas, tornando-se importante para as questões da gestão do regime medicamentoso.

A pertinência da gestão do regime medicamentoso, assenta no facto de que se a pessoa tiver capacidade, ferramentas e autonomia para a fazer, estará a ser promovida a adesão terapêutica.

Assim a dificuldade na gestão do regime medicamentoso é uma realidade, e não depende exclusivamente da sua complexidade - número de medicamentos, número de tomas e seus intervalos de administração (Almeida *et al*, 2007; Acurcio *et al.*, 2009) - para além das alterações que a administração de medicação pode interferir na rotina das pessoas e nas suas expectativas (Jackson *et al*, 2010), outros fatores devem ser tidos em conta. Conhecê-los é o primeiro passo para a identificação do diagnóstico correto e respetivas

intervenções com integridade referencial, no sentido de promover a saúde, a qualidade de vida, o bem-estar e ajudar a gerir melhor o regime medicamentoso.

Na verdade, a ineficácia da gestão do regime terapêutico poderá determinar a adesão ao regime recomendado, nomeadamente ao regime medicamentoso. Segundo Padilha (2006), o conhecimento do medicamento e a correcta administração do medicamento, são dois dos requisitos necessários para assegurar a eficácia da gestão do regime medicamentoso.

A gestão medicamentosa integra, segundo Von Korff e colaboradores (1997), um dos elementos do processo de gestão da doença crónica, em que é fundamental, ensinar e ajudar os doentes no controlo da doença o melhor que poderem. Daí a importância do conhecimento sobre a doença e da capacitação para gerir o regime medicamentoso, nos aspetos de administração de medicamentos e autovigilância, na medida que a falta de preparação poderá estar relacionada com a possibilidade de complicações do processo patológico, com reinternamentos, perda de qualidade de vida e descontinuidade de cuidados (Padilha, 2006).

Orem (1983), define a pessoa a quem o enfermeiro presta cuidados, como um ser que funciona biológica, simbólica e socialmente, com requisitos de autocuidado ligado aos desvios de saúde e que para gerir um regime medicamentoso requer tempo, conhecimentos, habilidades e competências, só desta forma é possível prestar cuidados de qualidade e obter resultados sensíveis aos cuidados prestados, nesta área de gestão do regime terapêutico, em que o enfermeiro desenvolve o processo de cuidar.

Assim, a promoção da gestão eficaz do regime medicamentoso que engloba todos os aspetos do cuidar deve ser analisada de forma holística, para que os enfermeiros avaliem as dimensões envolvidas de forma contínua e dinâmica, eliminando as barreiras que conduzem ao insucesso da gestão.

2. DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

Os cuidados de enfermagem implicam, uma abordagem holística da pessoa, e têm como foco de atenção o diagnóstico das respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza uma produção de cuidados profissionais em parceria com a pessoa. Este diagnóstico permite a identificação das necessidades de cuidados de enfermagem, a prescrição de intervenções e a monitorização de resultados (Paiva, 2006).

A recolha de dados que caracteriza o cuidado de enfermagem é fundamentada num pensamento crítico, atuando no processo saúde-doença de forma sistematizada, contribuindo para a melhoria na qualidade dos cuidados para além de favorecer o processo de tomada de decisão. Neste contexto, a prática diária da profissão de enfermagem encontra-se diretamente relacionado com a aquisição, análise e interpretação de informação, com a constante necessidade de documentar todos os dados inerentes à prestação de cuidados.

Em Portugal a documentação dos cuidados é, na sua maioria, eletrónica e englobada num sistema de informação em saúde, recorrendo a uma taxonomia, neste caso a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (Ordem dos Enfermeiros, 2005). Usando linguagem classificada é possível: melhorar a comunicação entre enfermeiros; descrever cuidados de enfermagem; permitir que os dados possam ser comparados; calcular, com mais rigor, a alocação de recursos de enfermagem de acordo com as necessidades; e estimular a investigação em enfermagem, através dos dados disponíveis nos sistemas de informação; e promover sistemas que otimizem a comunicação, influenciando as decisões políticas, bem como, a tomada de decisão em enfermagem (Sousa, 2006).

A necessidade de estruturação dos dados e utilização de uma linguagem uniformizada permite uma melhor recolha de dados pelos enfermeiros (Nahm e Poston, 2000; Urquhart e Currell, 2005). No entanto, a existência de dados em abundância não garante a possibilidade da sua utilização de forma ágil, sistemática e regular, pelo que urge a necessidade de melhor gerir toda a informação produzida.

O **Resumo Mínimo de Dados** definido como “(...) conjunto mínimo de itens de informação referentes a dimensões específicas de enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados” (Werley et al., 1991, p. 421), e a sua estrutura correspondem a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados e surgem como resposta à necessidade de agregação e gestão de dados de enfermagem (Pereira, 2009).

Contudo, o desenvolvimento de Sistemas de Informação tem colocado desafios na interoperabilidade semântica dos conteúdos entre sistemas de informação em uso. A interoperabilidade semântica permite que dados enviados entre diferentes sistemas sejam entendidos da mesma forma, e que os dados sejam semanticamente válidos em todos os sistemas. As atuais discussões centram-se no desenvolvimento de estratégias capazes de transformar a informação em conhecimento, possibilitando a partilha e comunicação entre várias unidades funcionais. Qualquer estratégia racional de partilha e agregação de dados em larga escala exige requisitos de comparabilidade (Pereira, 2009).

O desenvolvimento de **Modelos Clínicos de Dados** veio dar resposta e tornou-se um dos pilares centrais no progresso dos sistemas de informação e devem focar-se no *core* dos aspetos de saúde com maior relevância para a profissão e disciplina.

Segundo Goossen e colaboradores (2010), são modelos que organizam a informação em saúde através da disposição do conhecimento, elementos de dados específicos, relacionamentos entre os elementos de dados e terminologia, transformando-os em modelos de informação que possibilitam a implantação em diferentes formatos técnicos, garantindo deste modo a interoperabilidade e possibilitando a circulação de informação de uma forma regular e eficaz entre as diversas instituições de saúde e os sistemas de informação nelas usadas.

As regras dos Modelos Clínicos de Dados permitem associar diagnósticos de enfermagem, diferentes *status* dos diagnósticos, as intervenções de enfermagem e os dados que resultam da implementação das intervenções do tipo monitorizar/vigiar associadas aos diagnósticos (Silva, 2001). Estruturalmente fornecem elementos de dados e um conceito clínico, e os relacionamentos necessários para transmitir a realidade de uma forma que seja acessível para todos os domínios de especialidades clínicas. Em suma, os modelos clínicos têm como finalidade analisar, classificar, formalizar, estruturar e padronizar elementos de dados para uso clínico. Deste modo é possível inferir resultados de enfermagem e a sua relação com as intervenções planeadas e implementadas (Pereira, 2009), tornando-se visível os ganhos em saúde no indivíduo/família/comunidade, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A informação e o conhecimento em saúde estão em constante mudança, tornando os sistemas de informação obsoletos em pouco tempo. Com a criação de arquétipos, ou de Modelos Clínicos de Dados, expressos e compartilhados usando a linguagem ADL (*Archetype Definition Language*), essa limitação foi contornada.

Com o desenvolvimento de **arquétipos** fica possível “a formalização do conhecimento clínico e da sua representação (...) é, sem dúvida, o grande desafio que se coloca para a interoperabilidade semântica” (Sousa, 2012). Os arquétipos definidos como “objetos” de conhecimento clínico, projectados para modelar formas padronizadas de dados, suportam a tomada de decisão e não têm que ser reinventados a cada condição de saúde (Wollersheim, Sari e Rahayu, 2009). Um conjunto de dados bem definidos e a sua representação por arquétipos favorece a padronização dos sistemas de informação em enfermagem, contribuindo positivamente para a assistência em enfermagem e possibilitam a representação do conhecimento dos enfermeiros.

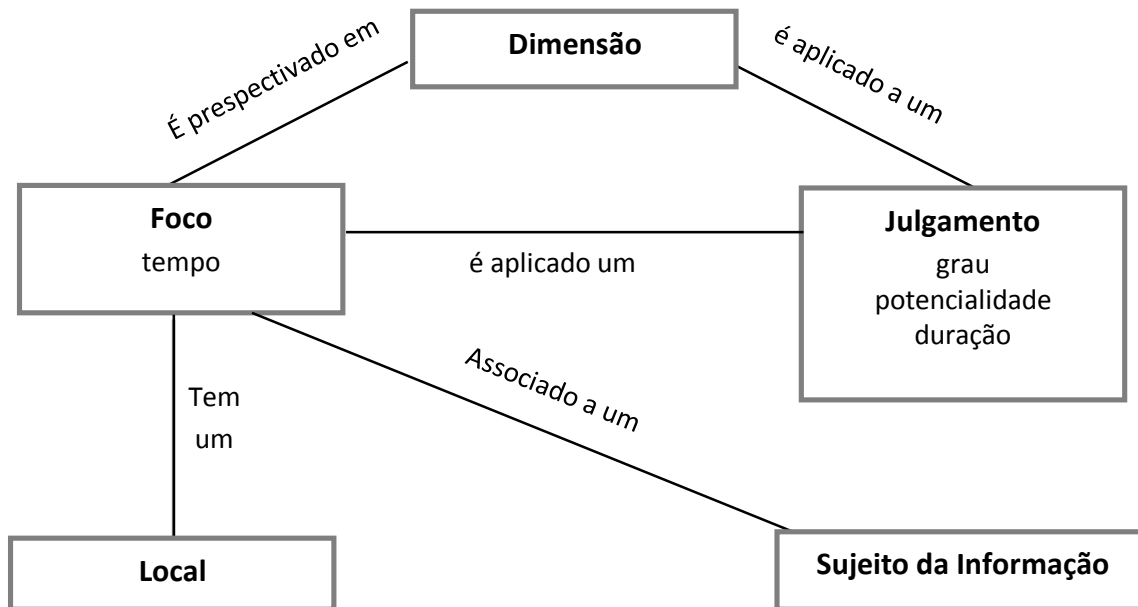
Para melhorar a utilização dos dados recolhidos e o conhecimento por parte das organizações de saúde urge a necessidade de uma padronização da informação em maior escala. Diversas terminologias têm sido desenvolvidas, mas a sua eficácia prende-se com o equilíbrio do número de termos e a sua especificidade. Para facilitar esse equilíbrio, os sistemas de classificação (Ex. CIPE) e de codificação ajudam a padronizar a recolha de dados e a atribuir o seu significado ou valor semântico. No setor de saúde constata-se que existe um variado conjunto de normas, terminologias e classificações, o que pode constituir-se como um obstáculo. Para a prática clínica de enfermagem a Ordem dos Enfermeiros, estabeleceu que a norma a ser usada seria a ISO (ISO 18104: 2003), tendo adotado a versão CIPE 1.1 como *standard*.

A **norma ISO 18104: 2003** surge como resposta à necessidade de desenvolver um modelo de referência que apoiasse a representação dos conceitos de enfermagem, padronizando assim dessa forma os elementos da prática de enfermagem e proporcionando a construção de uma nomenclatura única (Sasso *et al.*, 2013). Promovendo, assim, a contínua qualidade de cuidados prestados e fortalecendo o corpo de conhecimento em enfermagem.

Tem o propósito de reunir os diferentes sistemas de classificação de enfermagem, a fim de promover a integração dos sistemas de informação e a possibilidade do mapeamento dos termos de enfermagem com outras terminologias de saúde (Peres *et al.*, 2012). Esta padronização inclui o desenvolvimento de modelos de referência terminológica para as duas noções chaves de enfermagem: diagnósticos e intervenções de enfermagem e as relações entre estes conceitos e os atributos das suas características (Marin, 2009).

A Figura 1 é uma representação gráfica do modelo de referência terminológica para a elaboração de diagnósticos de enfermagem proposta pela ISO 18104: 2003.

Figura 1: Modelo de terminologia de referência para enunciar o diagnóstico de enfermagem, segundo a Norma ISO 18104: 2003



É importante destacar que um descritor para foco e um descritor para julgamento são imprescindíveis na definição precisa do diagnóstico de enfermagem e, em alguns casos, um descritor pode ser, ao mesmo tempo, qualificador para foco e para julgamento. Isto é, de acordo com esta norma, um diagnóstico de enfermagem é visto como um julgamento sobre um foco ou como um julgamento numa determinada dimensão (qualidade detida por um indivíduo ou grupo: capacidade, conhecimento) de um foco. O foco é definido como uma área de atenção e o juízo é uma opinião ou apreciação relativa a um foco ou dimensão (ISO 18104: 2003), e um diagnóstico de enfermagem pode ser expresso tanto como um julgamento, como um foco ou dado clínico. Além disso, pode também associar a potencialidade deste diagnóstico, expressa como risco ou possibilidade, refletindo assim a prática de enfermagem na função de prevenção (Marin, Peres e Sasso, 2013).

Em síntese, os sistemas de informação em enfermagem, devem ser capazes de permitir visualizar a informação, bem como identificar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com uma correta e exaustiva documentação da atividade clínica dos enfermeiros.

Centrando-nos na gestão do regime medicamentoso, a colheita de dados deve ser orientada de modo a obtermos o maior conhecimento possível sobre a pessoa, o contexto

familiar e social onde ela se insere, para que assim os dados produzidos, de uma forma regular e sistemática, ocorram no sentido dos indicadores em saúde.

3. JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Dado o carácter da disciplina de enfermagem, é essencial o desenvolvimento de trabalhos de investigação “orientados para a prática clínica” (Meleis, 2007) e focados nos fenómenos que delimitam os territórios da disciplina, que permitam a prestação de cuidados, progressivamente mais eficientes e de excelência.

O autocuidado é um dos conceitos centrais da disciplina e, por força da razão, um foco de atenção de primordial importância para a profissão. É da competência do enfermeiro, no seu exercício profissional, a promoção da autonomia do cliente no autocuidado. Por sua vez, a gestão do regime terapêutico, como um tipo de autocuidado nas situações de desvio da saúde, é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os comportamentos promotores de saúde, pelo que o enfermeiro deve compreender como o regime terapêutico se relaciona com a vida do doente (Catela e Amendoeira, 2010).

De acordo com o papel que desempenham nas equipas de saúde, os enfermeiros, em particular os enfermeiros especialistas na área Médico – Cirúrgica, são quem desenvolvem, com os clientes, planos de gestão de regime terapêutico que envolvem orientações de diferentes profissionais, modificações no estilo de vida e acompanhamentos que podem ser difíceis para as pessoas e as suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Sendo uma área de atenção dos enfermeiros e sensível aos cuidados de enfermagem, é imperativo mais investigação para aumentar a compreensão dos profissionais de saúde relativamente ao problema complexo e multidimensional da não-adesão ao tratamento e da gestão ineficaz do mesmo. Decorrente da identificação que fazemos, quanto às dificuldades e constrangimentos, é fundamental planear com as pessoas e famílias formas para melhorar a adesão e a gestão, ajudando a integrar os diferentes aspetos do regime terapêutico e constituindo-nos como parceiros e recurso (Conselho Internacional de Enfermeiros e Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Importante também perceber é se a linguagem classificada (CIPE®) tem o potencial de traduzir a complexidade dos fenómenos de enfermagem, conforme demonstrado pela melhor evidência científica, por forma a evoluir-se para a construção de Modelos Clínicos de Dados capazes de facilitar a nomeação das necessidades em cuidados que emergem da prática clínica, nomeadamente da área Médico-Cirúrgica, contribuindo para a evolução do conhecimento em enfermagem.

Fundamentados nestas premissas, e conscientes da importância do desenvolvimento de estudos centrados nesta temática, fruto da nossa prática clínica, decidimos enveredar por um estudo de investigação que nos ajudasse na melhoria contínua do nosso exercício profissional, com o intuito de contribuir para um estudo mais abrangente e que pretende obter resposta à seguinte questão: **como organizar o Modelo Clínico de Dados, para que a forma de documentar seja passível de ser analisada em função dos indicadores e que permitam identificar os ganhos em saúde, sendo simultaneamente orientador da boa prática, para o fenómeno Autocuidado: Gerir regime medicamentoso?**

Deste modo, será dado um grande contributo ao desenvolvimento dos Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE) que se assumem como promotores da tomada de decisão dos utilizadores.

Com o propósito de refletir uma harmonização nas terminologias e criar Modelos Clínicos de Dados, constituindo-se *“como um recurso para os diferentes níveis da tomada de decisão em saúde”* (Pereira, 2009, p. 83), é fundamental identificar quais os conceitos e termos necessários à descrição da gama dos diagnósticos de enfermagem centrados no Autocuidado: Gerir Regime Medicamentoso, *core* dos aspetos de saúde com relevância para a profissão e disciplina de enfermagem.

4. METODOLOGIA

A metodologia é um dos aspetos basilares de todo o desenho de investigação, pois é dela que depende em grande parte o êxito do trabalho de investigação, na medida que fornece ao investigador a estratégia que vai orientar todo o processo de pesquisa, correspondendo a um conjunto de diretrizes que orientam a investigação.

Neste capítulo é identificada a finalidade e os objetivos a que nos propomos neste estudo, sendo feita a descrição da opção metodológica adotada para a sua concretização, com a apresentação do protocolo de revisão integrativa, que serviu de base para a materialização desta investigação.

4.1 Finalidade e Objetivos

As razões que nos motivam para delinear este trabalho centram-se no conhecimento prévio que dispomos sobre a temática e no facto de ser uma temática atual e pertinente, com a qual os profissionais de saúde se debatem na sua prática diária.

Do enquadramento teórico sobre o fenómeno em estudo e com a delimitação da área problemática derivam ideias centrais que colaboram na identificação da finalidade que orienta esta investigação.

- Contribuir para a definição, o desenvolvimento e a construção de um Modelo Clínico de Dados em Enfermagem centrados na problemática do *autocuidado: gerir o regime medicamentoso*.

Com base na finalidade exposta, este estudo tem como propósito dar resposta aos seguintes objetivos:

- Identificar os conceitos necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “*autocuidado: gerir o regime medicamentoso*”;
- Identificar os termos necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco a “*autocuidado: gerir o regime medicamentoso*”;
- Identificar os dados necessários à descrição dos Diagnósticos de Enfermagem que tomam por foco o “*autocuidado: gerir o regime medicamentoso*”.

Delimitada a finalidade do estudo e os seus objetivos, avançamos na descrição do tipo de estudo que realizámos.

4.2 Tipo de Estudo

O propósito do estudo orienta-nos para a abordagem do fenómeno em causa. Neste cenário a nossa opção foi a de efetuar uma revisão integrativa da literatura, esta emerge como metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados significativos na prática clínica (Whittemore e Knafl, 2005). A revisão integrativa contribui para a síntese do conhecimento produzido por investigações científicas no tema de interesse, fornecendo a base para a aplicação na prática assistencial.

Para Beyea e Nicoli (1998), o trabalho de desenvolver uma revisão integrativa pode ser um desafio e, algumas vezes, pode ser frustrante, mas os resultados de uma revisão integrativa bem-feita, pode ter impacto direto com a qualidade do cuidado prestado ao doente.

Todos os estudos – qualitativos ou quantitativos, ou métodos mistos – estão ligados à revisão da literatura que sustenta a necessidade do estudo e está relacionada com o propósito do mesmo (Rocco e Plakhotnik, 2009), mas devido à abrangência da revisão, os métodos tem evoluído de forma a aprimorar o rigor da metodologia (Greenhalgh, 1997).

De acordo com Whittemore (2005a), existem pontos em comum entre os diferentes métodos de revisão (meta-análises, revisões sistemáticas, revisões qualitativas, revisões integrativas) porém, cada subtipo tem um pressuposto diferente, tipo de análise, amostra e definição.

A revisão integrativa permite a incorporação de estudos experimentais e não experimentais para uma compreensão completa do fenómeno estudado (Roman e Friedlander, 1998). É um método de pesquisa que inclui análise de pesquisa relevante que

dá suporte para a tomada de decisão e permite a melhoria da prática clínica (Benefield, 2003), possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, (Polit, Beck e Hungler, 2004), permitindo conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo. Pode ser utilizada para: avaliar a força da evidência científica; identificar as lacunas na pesquisa atual e a necessidade de pesquisas futuras; construir uma ponte entre diferentes áreas de estudo; identificar as questões centrais de um determinado fenómeno gerando uma questão de pesquisa e identificar um quadro teórico e conceptual. Essa multiplicidade de finalidades, aliada à pluralidade de amostras proporciona um entendimento de teorias ou problemas de saúde bem como produz um panorama consistente e compreensível de conceitos complexos e essenciais para a enfermagem, subsidiando a implementação de intervenções de enfermagem eficazes para o cuidado do doente. A construção da presente revisão integrativa baseia-se principalmente nos estudos desenvolvidos por Cooper (1998), Ganong (1987), Broome (1993), Beyea e Nicoll (1998) e Whitemore e Knafl (2005).

A metodologia de revisão integrativa deve envolver trabalho detalhado e pensativo dos revisores, cujo resultado pode ser uma contribuição significativa para um determinado corpo de conhecimento e, conseqüentemente para a prática.

Para a elaboração de uma revisão integrativa, num primeiro momento o revisor define um objetivo específico, formula as questões a serem respondidas ou hipóteses a serem testadas, de seguida realiza uma pesquisa para identificar e recolher o máximo de pesquisa relevante dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos (Beyea e Nicoll, 1998). Os dados recolhidos devem ser retirados de forma sistemática (com base em conceitos pré determinados e na revisão da literatura previamente realizada), analisados, interpretados e sistematizados e as conclusões derivam dos vários estudos incluídos na revisão (Armstrong, 2001).

O processo de elaboração da revisão integrativa está bem definido na literatura, no entanto existem diferenças entre os diferentes autores, no que diz respeito à condução do processo. Para Cooper (1998) o processo de análise nas revisões da literatura passa por cinco etapas:

- 1 - Formulação do problema;
- 2 - Procura da literatura;
- 3 - Avaliação dos dados;
- 4 - Análise dos dados;
- 5 - Apresentação dos dados.

Mendes, Silveira e Galvão (2008), que defendem um padrão de rigor metodológico e clareza na apresentação de resultados, consideram que as etapas de uma revisão integrativa da literatura são seis:

- 1 - Estabelecimento da hipótese ou questão de pesquisa;
- 2 - Procura na literatura;
- 3 - Categorização dos estudos;
- 4 - Avaliação dos estudos incluídos na revisão;
- 5 - Interpretação dos resultados;
- 6 - Apresentação da revisão.

A diferença entre as duas metodologias centra-se na terceira e quarta etapas, que Cooper (1998) define como uma única etapa, avaliação dos dados.

Para a realização desta revisão integrativa adotou-se a metodologia sustentada por Cooper (1998), na medida que os investigadores consideram fazer mais sentido a categorização dos estudos aquando da avaliação, passos estes que são seguidamente explorados.

4.2.1 Formulação do problema

Esta é a fase mais importante de todo o processo pois, a definição da pergunta norteadora determina quais os estudos que serão incluídos e as informações recolhidas em cada estudo selecionado. Deve ser definida de forma clara, específica e relacionada a um raciocínio teórico, uma vez que numa questão bem delimitada os descritores ou palavras-chave são facilmente identificados (Broome *in* Mendes, Silveira e Galvão, 2008). As variáveis de interesse (exemplo: conceitos, população alvo, problema de saúde), e a amostra adequada (exemplo: estudos empíricos, estudos teóricos), ficam igualmente bem definidas, com a correta formulação. A operacionalização das variáveis, bem como da finalidade irá permitir retirar os dados apropriados das fontes selecionadas (Whittemore e Knaf, 2005). Esta fase já foi explorada no final do capítulo anterior.

4.2.2. Procura da literatura

A construção e a estratégia da procura da literatura é outra das etapas mais importante, visto que determina todos os resultados obtidos. Uma pesquisa incompleta e tendenciosa resulta num conjunto de dados inadequados e um potencial de resultados imprecisos (Cooper, 1998; Conn *et al.*, 2003). A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter validade interna da revisão. É um indicador para atestar a confiabilidade, amplitude e poder de generalização das conclusões da revisão (Ganong, 1987; Whittemore e Knafelz, 2005).

A primeira fase desta etapa consistiu na seleção dos termos de busca (palavras-chave). Timmis e McCabe (2005) afirmam que o uso apropriado das palavras-chave são fundamentais para uma pesquisa eficaz e, apesar de parecer fácil, a sua seleção pode ser complexa e morosa. As palavras-chave podem surgir a partir de termos indexados nas bases de dados eletrónicas, que podem ser por exemplo, os termos Mesh (*Medical Subject Heading*) da base de dados da MEDLINE ou os CINAHL Headings da base de dados da CINAHL.

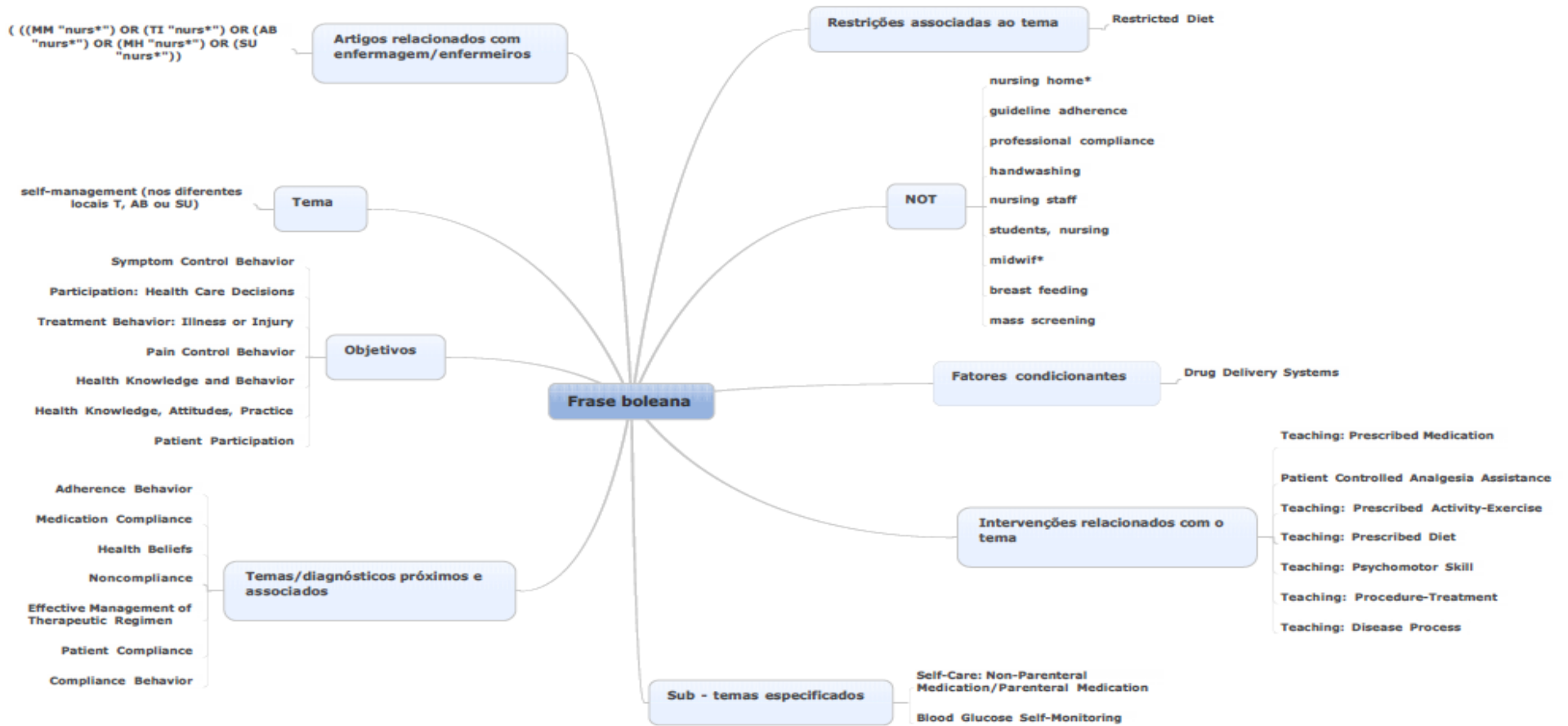
A frase *booleana* usada na pesquisa resultou de um trabalho realizado por um conjunto de peritos que fazem parte de um grupo de trabalho da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), inserido num projeto de investigação: Conceção de Cuidados de Enfermagem: Desenvolvimento de Competências, Modelos Clínicos de Dados e Sistemas de Informação.

Para esta pesquisa em particular, foram usados os termos indexados em cada uma das bases de dados selecionados para a pesquisa, os termos MeSH (*Medical Subject Headings*) e os CINAHL Headings, mais adequados e identificados após pesquisa na literatura. De modo a aumentar a extensão da pesquisa foram utilizados os termos livres com o instrumento adicional “*”. Finalmente, foi envolvida a conexão de termos de pesquisa através dos operadores *booleanos*: “OR”, “AND” e “NOT”. O operador “OR” seleciona estudos com qualquer um dos termos envolvidos. O operador “AND” apenas inclui estudos com ambos os termos. E por último, o operador “NOT” exclui os estudos que apresentam os termos de busca em causa.

Deste modo surgiu a frase booleana (Anexo 1), que sendo longa e complexa faz sentido compreender o seu sentido. A figura 2 sistematiza a sua construção, a frase está direcionada: para a temática de forma geral ou mais específica, desde que seja considerada de alguma forma a participação de enfermagem ou enfermeiros; para as intervenções e suas

intencionalidades ou objetivos; para áreas próximas como “adherence/compliance” e é limitada por alguns NOT, referentes à análise imediata da revisão por temáticas.

Figura 2: Esquema explicativo da Frase *Booleana*



Para Ganong (1987), os critérios de inclusão e exclusão devem ser identificados no estudo, sendo claros e objetivos, mas podem sofrer reorganização durante o processo de busca dos artigos.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Idioma português, inglês e espanhol;
- Textos completos de acesso gratuito;
- Data de publicação de 2007-01-01 a 2012-12-31;
- Descritores em pelo menos uma das partes: título (TI), resumo (AB), *exact major subject heading* (MM), *exact subject heading* (MH) ou *subject terms* (SU)
- Artigos *peer reviewed*;
- Artigos dedicados ao estudo em seres humanos e na população adulta.

A estratégia de procura e seleção dos artigos passou pela identificação daqueles que se encontravam indexados nas seguintes bases de dados:

- *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL);
- *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE);
- *MedicLatina*;
- *Cochrane Central Register of Controlled Trials*;
- *Cochrane Database of Systematic Reviews*;
- *Database of Abstracts of Reviews of Effects*.

O acesso às bases de dados foi realizado através da EBSCOhost:

- CINAHL, MEDLINE, MedicLatina, COCHRANE e Database através do *link* disponibilizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) – Portugal, no endereço electrónico <<http://search.ebscohost.com/>>.

Foram desenvolvidos esforços no sentido de aceder aos textos que não se encontravam disponíveis, nomeadamente com recurso a uma procura no Google, Google académico, bases de dados de outras universidades, na página oficial da respetiva revista e editora e, também em outras instituições, através de uma solicitação ao Gabinete de Divulgação, Imagem e Apoio à Publicação da ESEP.

A tabela seguinte sistematiza os resultados obtidos na pesquisa:

Tabela 1: Número de artigos por base de dados e seus limitadores

Base de Dados	Limitadores	Número de artigos
CINAHL Plus with Full Text	Data da publicação: entre 2007-01-01 e 2012-12-31; Analisado por especialistas; Humanos; Texto completo	905
MEDLINE with Full Text	Data da publicação: entre 2007-01-01 e 2012-12-31; Humano; texto completo	3013
MedicLatina	Data da publicação: entre 2007-01-01 e 2012-12-31, Revisto por peritos; texto completo	11
Cochrane Central Register of Controlled Trials	Data da publicação: entre 2007-01-01 e 2012-12-31	398
Database of Abstracts of Reviews of Effects	Data da publicação: entre 2007-01-01 e 2012-12-31	24
Cochrane Database of Systematic Reviews	Data da publicação: entre 2007-01-01 e 2012-12-31; Texto completo	21
TOTAL		4372

Nesta revisão a procura nas seis bases de dados foi realizada de uma forma independente em cada uma delas, tendo sido encontrados no total 4372 artigos, que posteriormente foram exportados para o *software* de gestão bibliográfica (Endnote® - versão X6). Este programa permite pesquisar, guardar e editar referências bibliográficas encontradas no decorrer da investigação, possibilitando a criação de bibliotecas para as gerenciar. Visto se tratar de um número elevado de artigos para gerir por um investigador principal e dar resposta aos objetivos pré-anunciados, tendo em vista que o estudo está integrado num percurso académico para a obtenção do grau de mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica e que tem, por via disso, uma limitação temporal, optou-se pela definição de um número de artigos passível de ser gerido por um investigador. Assim, foram selecionados os artigos que no Título, *Abstract* ou *Keywords* englobavam a conjugação “OR”: “*Medication*”; “*Therapeutic*”, ficando com um total de 465 artigos. Com a posterior eliminação dos duplicados a amostra resumiu-se a 408 artigos, esta decisão foi validada pelo grupo de três investigadores envolvidos neste estudo. Tendo em consideração o elevado número de artigos decidiu-se, para efeito de análise, não englobar a procura de termos

associados às intervenções, mas limitar este estudo à descrição das necessidades – diagnósticos e dados relevantes para a sua identificação.

4.1.3 Avaliação dos Dados

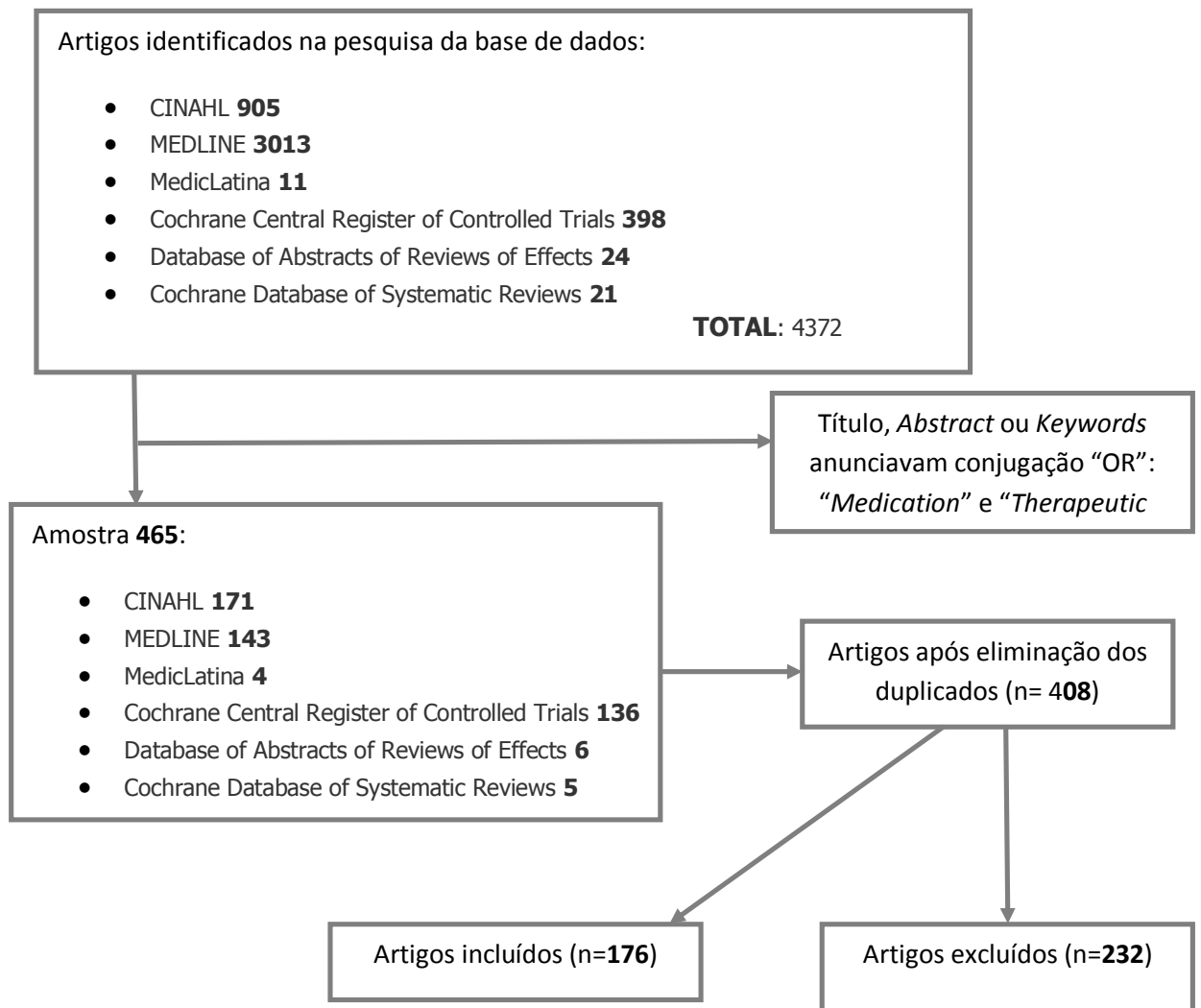
De forma a garantir a validade da revisão, os estudos selecionados devem ser analisados detalhadamente. Mendes, Silveira e Galvão (2008), defendem a elaboração de tabelas de modo a sintetizar a informação, tornando-a de fácil acesso, minimizando erros e assegurando a retirada da totalidade dos dados relevantes para a pesquisa.

Do material obtido, 408 artigos, procedeu-se à leitura minuciosa paulatinamente de cada *title*, *abstract* e *full text*, destacando aqueles que respondiam aos objetivos propostos para esta revisão. No sentido de organizar, normalizar e promover a validação deste processo, foram criados dois quadros de extração de dados, um para os artigos “excluídos” e outro para os artigos “incluídos”, nesta revisão (anexo 2). O instrumento de colheita de dados dos artigos “excluídos” contém o título, o momento de exclusão e motivo da mesma, tendo sido posteriormente categorizados de acordo com o motivo da sua não inclusão. Por outro lado, no instrumento de colheita de dados dos artigos “incluídos” é possível identificar o título e os dados que concorrem para os conceitos e termos necessários à descrição do Diagnóstico de Enfermagem *autocuidado: gerir o regime medicamentoso*.

Deste modo após a leitura do total da amostra foi possível identificar **176** artigos “incluídos” e **232** artigos “excluídos”.

A figura 3 sistematiza o processo de pesquisa desenvolvida.

Figura 3: Diagrama de seleção dos artigos que constituem a amostra



4.1.4 Análise dos dados

Numa primeira fase analisámos os artigos "excluídos" reavaliando e validando entre os três investigadores as razões da sua exclusão. Em seguida classificámos, de acordo com o motivo de exclusão, categorizando e atribuindo uma designação.

Focalizámo-nos, então, na nossa amostra e na extração dos dados. Esta etapa tem por objetivo sumarizar e documentar os dados extraídos dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores. Essa documentação deve ser elaborada de forma concisa e fácil (Broome, 1993).

Cooper (1998) sugere que a análise dos dados das fontes primárias deve ser ordenada, codificada, categorizada e resumida com o desígnio de obter uma conclusão integrada e unificada com o problema em estudo. A combinação de diversas metodologias pode contribuir para a falta de rigor, devendo, por isso, ser conduzidas dentro de padrões de rigor metodológico (Whittemore e Knafl, 2005). A escolha do método pode passar pelo método de comparação, abordagem usada em diversos estudos qualitativos. Esse método converte os dados extraídos em categorias, subsidiando a identificação de padrões, temas, variações e possíveis relacionamentos entre as categorias (Glaser, 1978; Miles e Huberman, 1994; Patton, 2002). Numa fase inicial os dados são retirados dos artigos e comparados item a item, possibilitando de seguida ser categorizados ou agrupados de acordo com as suas similaridades. Posteriormente, essas categorias são comparadas entre si através de um processo de análise e síntese. Este método é compatível e relaciona-se com a variedade dos achados da revisão integrativa, independentemente da metodologia usada nos diversos estudos incluídos na revisão integrativa. O método comporta quatro fases: redução de dados, visualização de dados, comparação de dados, conclusão, desenho e verificação (Miles e Huberman, 1994). Cooper (1998, p. 104) define esta fase como "*reduzir os dados separados, recolhidos pelo investigador em uma declaração unificada sobre o problema da pesquisa*", isto é, sintetizar os dados e interpretar a informação que eles transmitem.

A **redução de dados** envolve a deliberação de um sistema de classificação/categorização, para tornar os dados ou os estudos organizados, que serve de apoio ao processo de análise. Nas revisões integrativas, por exemplo, a categorização pode basear-se no tipo de estudo (qualitativos, descritivos, correlacionais, comparativos, projetos experimentais ou de intervenção), pela sua estruturação por ordem cronologia, por configurações da amostra (ex. rural, urbana), por características da amostra (ex. sexo), ou por determinações específicas (ex. experiência dos participantes, atitudes, comportamentos) (Brown, 1999; Patton, 2002). Para este estudo optou-se por organizar os estudos por ano de publicação.

Após a organização dos artigos é necessário iniciar a codificação dos dados, com base num rigor metodológico e assente em procedimentos confiáveis e rigorosos (Broome, 1993; Brown, Upchurch e Acton., 2003); esse processo pretende simplificar, sintetizar e organizar os dados numa estrutura.

Para este estudo recorreremos ao método de análise, que consiste em retirar dados pré-determinados e considerados proeminentes dos estudos e reunir numa única matriz (Miles e Huberman, 1994; Garrard, 2004). Usando um formato preciso para a extração de

dados facilita a capacidade do revisor para verificar a consistência dos dados em diferentes fontes de informação (Russell, 2005).

Esta matriz serve de ferramenta de interpretação e construção da redação da revisão integrativa, visto esta conter informações sobre aspetos da investigação e permite ao investigador ter uma visão geral e global dos dados relacionados com o fenómeno em estudo. Miles e Huberman (1994) afirmam que não há uma matriz de síntese correta, apenas matrizes funcionais ou não. Dessa forma, a construção da matriz depende da interpretação do pesquisador e da maneira como ele organiza seus dados.

Neste estudo e após a seleção dos artigos a incluir na amostra, procedeu-se à sua leitura integral, tendo sido retirados os dados relevantes para o estudo do fenómeno em causa. Os dados recolhidos foram categorizados, tendo por base o modelo de referência - a norma ISO 18104: 2003 e a CIPE®, versão 2.0.

Neste processo de recolha de dados, utilizou-se o método de análise de conteúdo, que é compreendida *“como conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”* (Bardin, 1977, p. 42).

Para Martins e Lintz (2000, p. 54), análise de conteúdo é *“(....) uma técnica para estudar e analisar a comunicação a maneira objetiva, sistemática e quantitativa. Buscam-se inferências confiáveis de dados e informações com respeito a determinado contexto”*.

Para a utilização desta técnica é necessário um planeamento e estrutura prévia, que segundo Martins e Lintz (2000) envolve três etapas, estas foram desenvolvidas neste estudo:

1ª Etapa – Pré-análise que compreende, após uma leitura inicial, a recolha dos dados e sua organização;

2ª Etapa - Descrição analítica, reporta-se ao estudo aprofundado do material, escolha das unidades de registo, orientadas pelos objetivos do estudo e pela Norma ISO 18104: 2003 e CIPE®, definindo categorias, que devem ser exaustivas e mutuamente exclusivas, com posterior construção de quadros de referência;

3ª Etapa – Análise de resultado, analisados e interpretados os seus conteúdos e revelados em função do propósito em estudo.

As categorias são, então, classes onde se reúnem um certo número de elementos com características comuns, as unidades de registo.

Posteriormente, foi realizada uma análise dos achados, quer pela investigadora principal como pelas suas orientadoras, de modo a chegar a uma categorização de consenso.

Para uma **sistematização/visualização dos dados** optamos por converter os achados numa forma de visualização através de tabelas, que nos permitisse e aos leitores uma melhor compreensão e a comparação entre os dados selecionados com identificação de padrões e diferenças entre eles.

A comparação dos dados é uma etapa interativa, que permite identificar padrões, temas e conexões entre os mesmos. Uma vez identificados os padrões é possível a promoção da criação de um catálogo conceitual, abrangendo temas identificados ou as variáveis (Brown, 1999). Temas e variáveis que podem ser agrupados e estabelecer possíveis relações, promovendo clareza e as respectivas interpretações.

De forma a dispor a informação recolhida em temas centrais, padrões de dados e relações entre categorias, iniciou-se a análise aprofundada de cada uma delas, permitindo o agrupamento entre informações análogas.

A etapa final do processo de análise dos dados (**conclusão, desenho e verificação**) e envolve um esforço interpretativo e de análise crítica, a partir da descrição de padrões e relações, reconhecendo diferenças e semelhanças, tentando consubstanciar cada conjunto de dados. Para Miles e Huberman (1994), as conclusões incitam-se e os modelos conceptuais são desenvolvidos e revistos, envolvendo o máximo de dados possíveis. Os mesmos autores reforçam a necessidade de verificação/constatação em estudos, dos padrões, temas, relações e conclusões, para que não haja conclusões prematuras ou exclusão de evidência pertinente. Trata-se de um trabalho minucioso que pretende, durante todo o processo, evitar erros na identificação de padrões ou exclusão de dados importantes (Sandelowski *cit.* por Whittemore e Knaf, 2005).

Neste estudo as atenções estavam voltadas para os dados que permitiram identificar conceitos e termos necessários à descrição dos diagnósticos de enfermagem, relativamente ao foco *autocuidado: gerir o regime medicamentoso*. Deixando para segundo plano os resultados dos estudos analisados. No capítulo seguinte serão debatidas os resultados e conclusões desta pesquisa integrativa.

4.1.5 Apresentação dos dados

O investigador guiado pelos achados, realiza interpretações e conclusões que podem ser retratadas através de tabelas ou esquemas. A apresentação da revisão deve incluir

informações suficientes que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos procedimentos empregados (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). Os resultados devem traduzir o verdadeiro conhecimento existente sobre a temática em estudo, contribuindo para a compreensão do fenómeno e enfatizando o impacto para a prática. Todas as limitações metodológicas devem ser incluídas assim como quais os caminhos futuros a seguir. Esta temática será igualmente explorada em capítulos seguintes.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo damos conta dos resultados obtidos e sua discussão. Num primeiro momento expomos os resultados relativos aos artigos “excluídos” e posteriormente os relacionados com os artigos em análise, neste ponto procuramos dar resposta à questão de partida, com a apresentação dos achados desta revisão integrativa.

No anexo 3, encontram-se os artigos “excluídos”, que foram numerados com a respetiva bibliografia associada.

No anexo 4, estão disponíveis os artigos “incluídos”, nesta revisão da literatura, foram igualmente numerados e identificados com a denominação E1, E2,

Ao longo da apresentação dos resultados, estão descritas as unidades de registo, no entanto, conscientes de que a sua análise pode gerar diferentes interpretações, optámos por manter o termo original em inglês efectuando simultaneamente uma tradução livre.

Na apresentação dos resultados tomamos como referência a versão 2013 da CIPE®.

5.1 Artigos “excluídos”

Como já foi referido, neste grupo de artigos “excluídos”, foram considerados **232** artigos. Integram este grupo por vários motivos classificados por categorias que permitem ao leitor compreender o porquê desta exclusão (tabela 2).

Tabela 2: Categorização dos artigos “excluídos”

Artigos “excluídos”		
Categorias		Nº de artigos
Centralidade no profissional		25
Segurança do cliente		7
Estratégias ou programas de intervenção		87
Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)		13
Estudos de impacto económico		8
Experiência de vivência com a doença		11
Centralidade na autoeficácia		4
Outro foco	Vacinação	4
	Auto monitorização	7
	Dor - controlo	11
	Depressão	3
Não artigo/artigo sem acesso/Idioma		32
Outros		20
TOTAL		232

Podemos constatar que duas categorias se destacam pelo elevado número de artigos envolvidos: **centralidade no profissional** e **estratégias ou programas de intervenção**.

Na primeira categoria, os artigos reportam-se aos aspetos focados nos profissionais e não na pessoa alvo de cuidados, como é o exemplo do artigo que analisa as atitudes e crenças dos profissionais na administração de medicação (artigo 38), do artigo que aborda o impacto da formação dos profissionais em saúde mental (artigo 40), e do que descreve as experiências dos enfermeiros especialistas em HIV, na África do Sul (artigo 45), entre outros. Ou seja, são artigos cujo foco são os fatores centrados nos profissionais de saúde e que podem interferir com a gestão do regime medicamentoso, mas que não dependem do cuidado do próprio (autocuidado). Não sendo de menor importância, não são um contributo para o nosso objeto de estudo.

Vários artigos exploram e descrevem estratégias ou programas de intervenção e não a identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, como é o caso do artigo 67 e artigo 143 que abordam as questões do doente oncológico, o artigo 63 e 90 do doente diabético, pessoa com doença cardíaca (artigo 70) ou com alterações mentais (artigo 138 e 142) e mesmo os doentes com insuficiência renal crónica (artigo 110). Embora presumindo

que estes programas sejam a resposta a necessidades previamente identificadas, não se configuraram como um acrescento de dados que sejam um contributo para o nosso problema. De realçar que a exclusão destes artigos é motivada por este estudo estar circunscrito ao processo de diagnóstico e não de intervenção.

A categoria **Não artigo** reportam-se a resumos de congresso/simpósios e posters ou teses de doutoramento ou mestrados (artigo 194, 196 ou 212), por outro lado na categoria **Outros** estão incluídos os artigos que reportam, por exemplo, a administração de medicação, como é o caso do artigo 224.

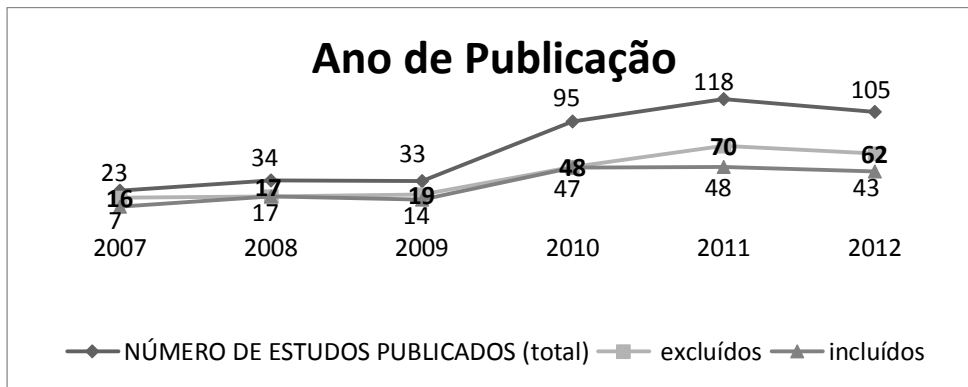
5.2 Os estudos “incluídos”

Na presente revisão integrativa foram incluídos **176** artigos, com data de publicação entre 2007-2012, envolvendo um número elevado de participantes, cerca de 39407, nos diversos estudos publicados.

5.2.1 Caracterização dos estudos “incluídos”

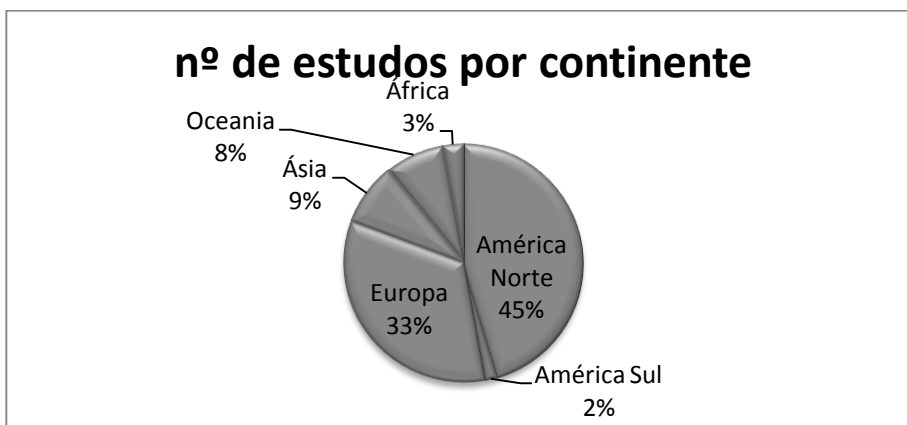
Podemos conferir, pelo gráfico 1, que o maior número de publicações “incluídas” reportam-se aos anos 2010, 2011 e 2012, já que também corresponde aos anos onde mais se intensificaram as publicações surgindo, posteriormente, um período de estabilização. Este dado reforça a ideia que as pesquisas em enfermagem apresentam um ritmo crescente e que os enfermeiros estão preocupados em desenvolver mais conhecimento científico nesta área. Atestamos, também, que até 2010 o número de artigos incluídos/excluídos é praticamente sobreponível; enquanto a partir de 2011 há mais artigos que se diferenciam do objeto de estudo. Este facto pode ser reflexo da evolução do conhecimento conduzindo a estudos mais específicos e em áreas afins.

Gráfico 1: Artigos analisados por ano de publicação



Dos artigos selecionados, a maioria (45%) foi publicada nos países da América do Norte, nomeadamente, nos Estados Unidos de América (EUA), com 71 publicações e Canadá com 9 publicações. Por outro lado, 3% foram publicados em África (3 publicações na África do Sul e 2 no Quênia) e 2% na América do Sul (Brasil com 2 e Chile 1 publicação) (Gráfico 2). A ocorrência da predominância de estudos nos EUA estará certamente relacionada com o facto de ser um país desenvolvido, com mais Universidades, ter como língua nativa o Inglês e ser o país onde existem mais editoras de revistas internacionais, existindo por isso, maior interesse e maior facilidade em divulgar o conhecimento produzido. Pelo contrário, países como o Quênia, sendo países pobres e pouco desenvolvidos, terão maior dificuldade em ter como prioridades a investigação e a sua publicação. Na Europa, com cerca de 33% das publicações, destacamos o Reino Unido com 21 publicações, seguido da Holanda com 8, Portugal surge com apenas 1 publicação.

Gráfico 2: Caracterização percentual das publicações por continente



Um das etapas metodologias da revisão integrativa passa pela organização dos estudos incluídos. Optamos pela disposição de acordo com o tipo de estudo, apresentada na tabela seguinte:

Tabela 3: Caracterização dos estudos "incluídos" na revisão integrativa, por tipo de estudo

				Nº de artigos		
Quantitativo	Observacionais	Exploratórios		–		
		Descritivos	Simples	Transversal	14	
				Longitudinal	Retrospectivo	2
					Prospetivo	6
		Comparativos		Transversal	5	
				Longitudinal	Retrospectivo	–
					Prospetivo	1
		Correlacionais		Transversal	7	
				Longitudinal	Retrospectivo	–
					Prospetivo	2
	Exploratórios e descritivos				1	
	Experimentais	Experimentais	Cego	Transversal	17	
				Longitudinal	Prospetivo	38
			Duplamente Cego	Transversal	1	
				Longitudinal	Prospetivo	14
		Quasi-experimentais		Transversal	2	
				Longitudinal	Prospetivo	3
Survey			4			
Estudo quantitativo observacional de validação de escalas				1		
SUB TOTAL				118		
Qualitativo	Observacionais	Exploratórios		Transversal	10	
				Longitudinal	Prospetivo	3
		Descritivos	Simples		5	
		Etnográfico			2	
	Fenomenológico			3		
Estudo qualitativo Ground Theory				2		
SUB TOTAL				25		
Revisões	Revisão sistemática da literatura			11		
	Artigo de revisão			14		
SUB TOTAL				25		
Estudo misto sequencial explicativo quantitativo-qualitativo				8		
TOTAL				176		

Entre os estudos “incluídos” verificámos que 118 artigos (cerca de 67%) utilizam o método quantitativo, sendo que entre estes são os estudos experimentais que apresentam maior destaque. Este tipo de estudos apresenta maior nível de evidência, pelo que se compreende não apenas a opção pelos mesmos, como também uma maior facilidade de publicação.

Cerca de 14% (25 artigos) optaram pelo método qualitativo, destacando-se os estudos exploratórios. Este tipo de estudos centra-se mais na compreensão dos fenómenos do que na sua distribuição na população. Têm uma grande importância para perceber os fatores que se relacionam com o problema em estudo e com a sua interpretação.

As revisões que representam 14% dos estudos incluídos, surgem como produções do conhecimento profundo e abrangente em relação a um determinado fenómeno em estudo, resultante de procedimentos metodológicos, e possibilitando ao enfermeiro decidir pela melhor conduta a ser tomada.

Quer a abordagem quantitativa, quer a qualitativa geram conhecimento importante para a prática de enfermagem, e o que determina o tipo de delineamento mais adequado é a natureza do problema em estudo.

5.3 Dados relevantes para o Processo de Diagnóstico

Antes de avançar na apresentação dos dados é importante referir que a maioria dos artigos incluídos reportam-se ao foco Adesão ao regime terapêutico, opção de os consideramos advém da proximidade com o conceito de Gestão e de na literatura os conceitos serem, por vezes, confundidos e pouco claros. Considerando que os conceitos são diferentes, a nossa decisão suporta-se sobretudo porque o dado inicial para a identificação da necessidade em cuidados de enfermagem é frequentemente o que resulta da não concordância com o que foi prescrito ou recomendado pelos profissionais de saúde.

A atividade diagnóstica pressupõe a obtenção de um conjunto de dados, que é necessário interpretar, organizar, sistematizar e atribuir um significado para que constituam informação útil. Esta abordagem é importante para o início do processo de tomada de decisão clínica, com o desígnio de identificar os diagnósticos que melhor descrevem o conjunto de dados que as pessoas manifestam e os que são intencionalmente procurados.

Os dados obtidos são imprescindíveis para a identificação do diagnóstico podendo assumir vários estatutos. O dado pode surgir como premissa que suporta e assegura tornando-se indispensável para a identificação do diagnóstico: **dados que são manifestações**. Por outro lado, o dado pode reportar-se a uma situação que é frequentemente um fator causal para a identificação do diagnóstico: designando-se por **dados concorrentes** (Silva, 2011).

5.3.1 Dados que são manifestações

Num diagnóstico de enfermagem as manifestações correspondem, ao que Gordon (1990) identifica como “características definidoras” e que Carpenito (1997) clarifica como sendo os indícios clínicos – sinais e sintomas, que apontam para um diagnóstico de enfermagem. Quando o fenómeno em estudo não se reporta às respostas corporais, as manifestações devem ser, não sinais e sintomas, mas indícios que permitam ao enfermeiro ajuizar sobre o nível de concretização de uma ação intencional, um comportamento, uma capacidade ou o conhecimento necessários para uma concretização de algo. Aumenta, por isso, o nível de subjetividade, dificultando este mesmo juízo clínico. Para minimizar esta situação são frequentemente utilizadas escalas ou questionários, que não são mais que uma forma de obter um conjunto de dados, previamente organizados, para identificar predominantemente as manifestações mas, também, os fatores concorrentes para o fenómeno.

Verificamos nesta revisão que vários artigos incluídos recorrem ao uso de escalas para obter dados para a identificação do diagnóstico. Sendo que, neste caso em concreto, as diferentes escalas têm por objetivo avaliar a adesão a um determinado regime medicamentoso específico, como é o exemplo da escala Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). Alguns dos artigos não apresentam as questões colocadas, não tendo sido possível englobá-los na análise e sua categorização.

Numa primeira análise concluímos que as escalas centram-se exclusivamente na avaliação da adesão, ou seja, na concordância com a prescrição e frequentemente como fatores relacionados (a “causa”) que condicionam a decisão de tomar, ou não tomar a medicação, como demonstram as questões colocadas nas escalas e descritas na tabela 4.

Tabela 4: Questões das escalas relacionadas com a manifestação “não tomar a medicação”

Questões das escalas	
	Quando se sente bem pára a medicação? ^{1, 2}
	Quando se sente mal pára a medicação? ^{1, 2, 6}
	Qual a medicação que parou e porquê? ⁸

¹ Medication Adherence Rating Scale (MARS)

² Morisky Medication Scale

⁶ Simplified Medication Adherence Questionnaire

⁸ Brief Medication Questionnaire (BMQ)

A componente medicamentosa do regime possibilita pouca autonomia por parte do doente, pois este toma, ou não, a medicação de acordo com as indicações, tendo pouco conhecimento que lhe permita flexibilizar essa prescrição. E todas as escalas analisadas e procedentes desta revisão avaliam a concordância do comportamento “tomar a medicação” de acordo com a prescrição - manifestação, tornando-se um dado de primeira ordem para avaliar a gestão. A manifestação está diretamente relacionada com a concordância e não com a capacidade para gerir.

Através de cada item questionado, é possível obter um dado, que para melhor interpretação foi, como já referido no capítulo da metodologia, categorizado, com o intuito de responder à questão: “o que avalia este dado?”.

Como já referido anteriormente, as escalas identificam manifestações e os fatores associados à manifestação, dois aspetos que se cruzam e difíceis de separar: algumas destas escalas procuram identificar os motivos que podem estar associados à concordância/não concordância, de entre eles destaca-se o “esquecimento”. No entanto, a consequência direta do “esquecimento” é não tomar a medicação, logo o “esquecimento” é a causa da não concordância.

Torna-se, deste modo, relevante a identificação dos motivos para o esquecimento, para a identificação das intervenções e estratégias a propor à pessoa para a resolução do problema, intervindo nos factores concorrentes conseguimos produzir mudanças no diagnóstico.

A tabela 5 descreve os itens referentes às razões para a não concordância e que são exploradas nas diferentes escalas.

Tabela 5: Categorização das razões para a não concordância

	Categoria	Questões
Razões para a não concordância	Esquecimento	Esqueceu de tomar a medicação? ^{1, 2, 6} Toma a medicação à hora certa? ¹ Nas últimas 2 semanas esqueceu-se de tomar a medicação? ² Quando viaja esquece-se da medicação? ² O quanto para si é difícil lembrar de tomar a medicação? ² Esqueceu-se se tomou ou não a medicação? ³ Esqueço-me de levar a minha medicação mesmo quando a quero tomar? ³ Perco a noção do tempo e não tomo a medicação no devido tempo? ³ À tarde tenho dificuldade de recordar se tomei a medicação de manhã? ⁴ Identificação das razões do esquecimento no último mês (distante de casa, ocupado com outras coisas, simplesmente se esqueceu, muitos comprimidos, evitar efeitos secundários, não ser visto a tomar a medicação, mudança na rotina, sentir que a medicação era tóxica, adormecer, sentiu-se mal, deprimido, acabou a medicação, sente-se bem)? ⁴ Quando foi a última vez que se esqueceu de tomar? ⁴ Toma sempre a medicação hora certa? ⁶ Esqueceu-se de tomar a medicação neste último fim-de-semana? ⁶ Quantos dias, desde a última visita, não tomou a medicação? ⁶
	Dificuldade em tomar a medicação	É um incómodo para si tomar a medicação? ² Deixo a medicação a meio? ³ Difícil tomar a medicação à hora certa? ³ Difícil tomar a medicação sem sintomas? ³ Dificuldade em manter a medicação? ⁴ Achei fácil tomar a medicação de acordo com as instruções? ⁷
	Efeitos secundários	Sinto-me “estranho” com a medicação? ¹ Esqueço-me de falar com a minha enfermeira sobre os efeitos secundários? ³ Suspendeu a medicação por causa dos efeitos secundários? ⁴ Parou devido a falta de eficácia com interferon? ⁹ Parou o interferon por causa dos efeitos colaterais? ⁹
	Sintomatologia	Tem muitas limitações devido à Esclerose Múltipla (EM)? ⁹ Tem tido muitos surtos da doença EM ao longo do último ano? ⁹ Você consegue lidar bem com os seus sintomas de EM? ⁹
	Acessibilidade	Tenho dificuldades em obter as receitas na hora certa? ^{3, 9} Está satisfeito com a sua situação económica? ⁹ Esteve no ano passado (temporariamente) desempregado? ⁹ Qual é a distância entre a sua casa e a clínica para o tratamento? ⁹ Tem contribuição para as despesas de transportem, para a clínica? ⁹ Os seus tratamentos e medicamento são totalmente reembolsado? ⁹

¹ Medication Adherence Rating Scale (MARS)

² Morisky Medication Scale

³ Adherence Attitude Inventory (A. Attitude Anti. Medication)

⁴ ACTG Adherence

⁶ Simplified Medication Adherence Questionnaire

⁷ Antiretroviral General Adherence Scale (AGAS)

⁹ Dutch Adherence Questionnaire-90

Com a identificação destes fatores será possível ao enfermeiro identificar intervenções com integridade referencial, adequando um plano de cuidados ajustado às necessidades da pessoa.

A evidência, também nos desperta para as questões do auto-relato, que para além de subestimar a adesão pode ser afetado pela conveniência social e viés de memória, prejudicando a sua utilidade (Garber *et al.*, 2004). É importante também considerar a possibilidade dos indivíduos, por força da “desejabilidade social” (Oliveira, 2004), tenderem a dar resposta mais próxima daquilo que é “desejável”, omitindo desta forma situações de não concordância.

No entanto, é mais difícil e subjetivo a gestão do regime terapêutico, isto é, avaliar todas as tarefas que o doente tem que lidar/enfrentar para gerir com sucesso o seu regime terapêutico. Esta revisão vem constatar isso mesmo, na medida que não foram encontrados dados que nos permitem determinar a forma como a pessoa gere o seu regime terapêutico, em particular o medicamentoso.

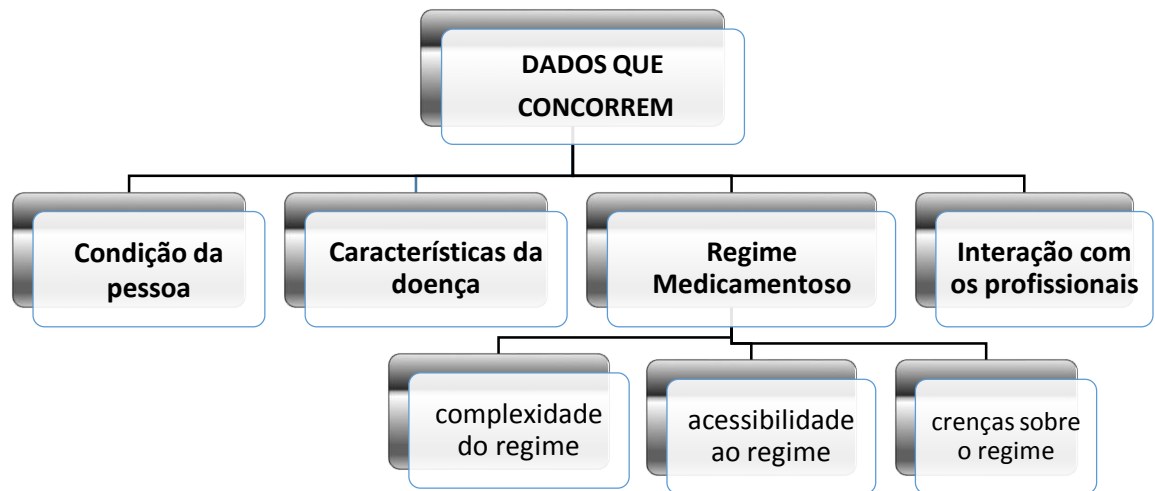
5.3.2 Dados concorrentes

Como já referimos, embora o foco em estudo seja a gestão do regime medicamentoso, a literatura analisada incide predominantemente sobre a adesão, por isso, neste subcapítulo a descrição e a organização dos dados tiveram por base dados referentes à adesão.

A adesão é encarada por nós, neste estudo, como uma dimensão da gestão e frequentemente a primeira condição para identificarmos problemas na área da gestão. É multifatorial, uma vez que é influenciada por variáveis que atuam a partir de fontes diversas, entre elas a condição da pessoa, a característica da doença, do regime medicamentoso, entre outras (WHO, 2003). É muito pouco provável que estes fatores atuem de forma isolada, sendo de esperar que os fatores pertencentes a diferentes fontes interajam entre si e produzem diferentes níveis de adesão e conseqüentemente de gestão do regime.

Na figura 4 estão descritas as categorias identificadas a partir da literatura e que enquadram as diferentes unidades de registo dos fatores causais para a identificação do diagnóstico Gestão/Adesão do regime medicamentoso. Estas categorias encontram-se identificadas na literatura baseadas nos fatores identificados pela Organização Mundial de Saúde (2003).

Figura 4: Dados que concorrem para o diagnóstico Gestão/Adesão do regime medicamentoso por categorias e subcategorias



Sendo um fenómeno multidimensional a adesão pode ser influenciada por estes fatores que podem interagir e determinam o modo como a pessoa gere o seu regime medicamentoso, deixando cair a ideia que a pessoa é a única responsável em seguir o seu tratamento.

Diversas são as características da pessoa (tabela 6) encontradas nesta revisão, que podem interferir, quer positiva, quer negativamente, facilitando ou dificultando o modo como a pessoa adere e gere o seu regime medicamentoso. Identificar o modo como essas características interferem é essencial para que o enfermeiro possa adequar um plano de intervenção, com o intuito de promover a gestão eficaz do regime.

Tabela 6: Características pessoais passíveis de interferir enquanto fator concorrente para a (adesão) gestão eficaz do regime medicamentoso

Características da pessoa	
Idade	Nível educacional
Habilidades	Capacidade cognitiva/física diminuída
Satisfação do doente	Esquecimento/memória
Raça/género/estado civil/situação profissional	<i>Locus</i> de controlo
	Estratégias de <i>coping</i> focadas na emoção
	Problemas psicológicos/depressão

No que se refere à idade do doente a literatura é pouco conclusiva, quanto à sua influência na adesão e na gestão do regime medicamentoso. Se por lado o idoso pelas suas limitações (falta de memória ou habilidades) pode ficar mais propenso a um baixo nível de adesão (Ilustração 1), por outro lado, o ter mais tempo conduz a melhor percepção da doença e sua gravidade, contribuindo para que tenha

“(…) for many older adults (…) related cognitive impairments, keeping track of and taking medications as Prescribed (e.g., missing doses doubling doses because they forgot they already took the medication, taking medications with food when instruct not to do so (…)” p. 7 E9

“(…) common barriers to medication adherence including poor memory (…)” p. 4 E 28

Ilustração 1

melhores taxas de adesão (Ownby, 2006). Assim, pessoas com alteração da memória, também não terão capacidade para gerir o seu próprio regime, pelo menos sem suporte, tornando necessário a figura de um cuidador ou prestador de cuidados, que terá um importante papel na gestão do regime terapêutico. É facilmente perceptível que os aspetos cognitivos são importantes para que ocorra a adesão e gestão do tratamento, na medida que a pessoa tem que compreender o que lhe é transmitido e entender a razão da prescrição.

Para Carter e colaboradores (2008) a habilidade para gerir o regime passa pela

“Medication management skills will be evaluated including ability to read a prescription label, ability to remove two tablets from a 7-dram prescription vial, ability to interpret directions and ability to differentiate tablet colors (…)” p. 5 E32

Ilustração 2

capacidade de ler e interpretar a prescrição, capacidade de remover os comprimidos e até mesmo diferenciar as cores dos mesmos (Ilustração 2), habilidades, estas, que garantam que a pessoa seja capaz de executar as

atividades instrumentais inerentes ao comportamento desejado ((auto) administrar os medicamentos). Assim, as intervenções de enfermagem serão fundamentalmente no âmbito do ensinar, instruir e treinar.

A relação entre os fatores socioeconómicos (raça, sexo, estado civil) e adesão/gestão do regime medicamentoso é controversa. Alguns estudos (Rungruangsiripan *et al.*, 2011; Bewley e Page, 2011) apontam para uma relação significativa ao contrário de outros que reportam uma relação pouco significativa, este fato pode dever-se às diferenças culturais e características das respetivas amostras e até mesmo o tipo de doença estudada. Baixos rendimentos, advindos do desemprego, interferem na aquisição dos medicamentos e conduzem ao abandono do tratamento.

O fator educacional influi, diretamente, na assimilação das orientações acerca do regime; portanto, quanto mais baixa for a escolaridade mais difícil se torna compreender os

esquemas terapêuticos, neste contexto o enfermeiro surge como um recurso para tornar o esquema mais simples e adequado às necessidades do doente (Mendes *et al.*, 2014).

Os factores relacionados com a pessoa também incluem as características da personalidade e comportamento. Aspetos como a identificação do tipo de *locus* de controlo que a pessoa apresenta é fundamental para planeamento de terapêuticas de enfermagem mais dirigidas e ajustadas à pessoa: se a pessoa tem um *locus* de controlo interno, tende a responsabiliza-se pelo seu tratamento e a gerir o seu regime terapêutico, se, pelo contrário, tiver um *locus* de controlo externo, a responsabilidade é atribuída a terceiros, necessitando de maior apoio social e de compreender a importância do seguimento das instruções dos técnicos de saúde (Ilustração 3). Assim, as pessoas com orientação mais interna poderão necessitar de mais alternativas

“(...) Also worthy of consideration is (...) locus of control are important attributes of medication adherence (...)” p. 7 E40

Ilustração 3

terapêuticas, de maior envolvimento na escolha de uma alternativa e maior responsabilização, pelo contrário; as pessoas com orientação mais externa necessita de maior apoio social e ou profissional e de compreender a importância de um acompanhamento mais “apertado” em intensidade de contactos pelos profissionais de saúde.

No entanto, se associado a este tipo de *locus* de controlo (externo) estivermos na presença de um doente que apresente um estilo de autocuidado *formalmente guiado*, descrito por Backman e Hentinen (1999), que realizam todas as ações que lhe foram indicadas, mesmo sem compreenderem qual a razão para as suas ações, muito provavelmente, estamos perante alguém que, possivelmente, terá mais facilidade em seguir corretamente as indicações face ao seu regime medicamentoso.

A doença surge como uma situação geradora de *stress* que é vivida pelo doente como uma crise (um desequilíbrio na homeostasia do indivíduo). Para enfrentar essa crise, é fundamental que a pessoa desenvolva formas eficazes de adaptação, ou seja, deve apresentar estratégias de *Coping* que sejam eficazes (Fonseca, 2004). Em suma, numa situação de doença, a pessoa, para além de lidar com os aspectos do problema, terá também de encontrar estratégias, para lidar com a angústia, o desconforto e a impotência, assim como, manter-se adaptado á sua nova condição. Quando o indivíduo assume um papel ativo na resolução dos seus problemas, com vista a reduzir os sentimentos de angústia e aumentar o controlo da doença, recorrendo a estratégias de *coping* focados no problema estamos diante de alguém que tem mais capacidades para gerir o seu regime, na medida que recorre a estratégias mais ativas. Por outro lado, o indivíduo que recorre a estratégias do tipo mais

passivo e mais focadas na emoção, pode necessitar de intervenção profissional para suporte e ajudar a encontrar estratégias mais adaptativas, pois à partida, pode encontrar mais dificuldades em gerir o seu regime medicamentoso (Sousa *et al.*, 2011) (Ilustração 4). O papel do enfermeiro passa por ajudar a pessoa a encontrar as estratégias mais adequadas e ajustadas, elevando a sua capacidade de adaptação.

Na literatura é consensual que a presença de outras doenças associadas, como é o caso da depressão é um indicador e preditor da não adesão

“(…) Various factors, such as (...) patient’s attitude (Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2009), (...) have been reported to influence treatment adherence.” p. 2 E46

Ilustração 4

(Cook *et al.*, 2010; Garber *et al.*, 2012; Kauric-Klein, 2012), logo da incapacidade para a gestão ou má gestão do seu regime medicamentoso, situação que se intensifica com a ausência de suporte social, exigindo maior intervenção por parte do enfermeiro. Este facto ocorre porque, por um lado, a presença simultânea de outras doenças aumenta a complexidade do regime medicamentoso e, por outro lado, a depressão pode causar alterações das capacidades cognitivas, diminuindo a capacidade para a tomada de decisão. Acresce que a depressão frequentemente está relacionada com sentimentos de desânimo e com isolamento social, o que pode conduzir ao abandono da medicação.

As crenças associadas à medicação podem igualmente ser um fator que afetem negativamente a toma da medicação. A identificação destes fatores não se esgotam, por si só, no modo como estes interferem na adesão e conseqüentemente na gestão do regime medicamentoso, questões relacionadas com os conhecimentos em relação á doença, tratamento e a sua motivação, são igualmente fundamentais.

O enfermeiro deverá interpretar as perceções da pessoa, para a informar a partir do seu quadro de referência, possibilitando-lhe delimitar as suas necessidades, cuidar de si próprio, ao mesmo tempo que é responsabilizado pela sua saúde e bem-estar. A promoção do ensino vai permitir ao enfermeiro aperceber-se se a pessoa compreendeu a informação, se desenvolveu uma perceção realista do acontecimento e quais os recursos que disponibiliza para enfrentar o problema, promovendo o autocuidado: gerir o regime medicamentoso (Pires, 2013).

A doença crónica e as suas características, descritas na tabela 7, desempenham um papel fundamental na adesão.

Tabela 7: Características da doença passíveis de interferir enquanto fator concorrente para a (adesão) gestão eficaz do regime medicamentoso

Características da doença
Sintomatologia
Tipo de doença
Gravidade da doença
Evolução/duração da doença
Agudização da doença

Quando o indivíduo vivencia uma doença crónica, devido à sua duração, tende a diminuir os seus níveis de adesão (Haynes et al., 2005) ao longo tempo, daí a importância da proximidade da pessoa com os serviços de saúde, reduzindo as taxas de abandono do regime. Frequentemente, a ausência de sintomas conduz a uma negligência do tratamento, a pessoa não encontra a necessidade de tomar medicação, ignorando-a, pela baixa percepção da

“Many of the factors affecting medication adherence have been examined independently (...) labeled the illness condition of patients. Included here is the severity of psychotic symptoms and insight about illness and severity. P. 2 E51

Ilustração 5

gravidade da doença. Deste modo, a pessoa não lhe atribuí significado e por isso, não encontra necessidade de gerir o regime, sendo estes doentes o foco de atenção dos cuidados dos enfermeiros, que necessitam de

intervenções que visam capacitar o doente, consciencializando-o, para a necessidade de gerir o seu próprio regime (Ilustração 5). A consciencialização progressiva do curso da doença, suas complicações e do seu impacto sobre a qualidade de vida, transforma o comportamento de passividade inicial, numa atitude de proatividade na gestão do seu regime medicamentoso (Henriques, 2011).

Pessoas que se sentem mais ameaçadas pela doença e acreditam que o tratamento será mais eficaz, são aquelas que gerem o seu regime terapêutico de forma eficaz (Wu et al., 2008), e que estão mais

“In cancer patients, the gravity of the disease may produce adherence in some patients” p. 8 E47

Ilustração 6

disponíveis para o fazer (Ilustração 6). Alguns autores referem que as pessoas abandonam a tratamento, por já se sentirem bem e não encontrarem fundamento para continuarem com a medicação (Cabral, 2010). Neste sentido, pelas suas características, o tratamento

desempenha um papel fundamental na adesão e vai desde, aos receios da sua complexidade, acessibilidade ao tratamento e às crenças desenvolvidas (tabela 8).

Em caso de agudização da doença, estas situações podem ser eventos críticos que condicionam o curso da vivência da transição, nomeadamente no sentido de uma maior consciencialização, maior envolvimento, e conseqüentemente maior adesão ao regime medicamentoso.

A tabela seguinte ilustra as características do regime medicamentoso que interferem na adesão/gestão.

Tabela 8: Características do regime medicamentoso passíveis de interferir enquanto fator concorrente para a (adesão) gestão eficaz do regime terapêutico

Regime medicamentoso		
Complexidade do regime	Acessibilidade ao regime	Crenças sobre o regime
Efeitos secundários	Acesso limitado aos cuidados de saúde	Culturais
Custo	Transporte	Percepção das conseqüências
Interferência no dia-a-dia	Desemprego/pobreza	

A probabilidade da pessoa não gerir um regime aumenta com a complexidade do regime medicamentoso (Ordem dos Enfermeiros, 2009). De uma forma geral, pode definir-se a complexidade de regime medicamentoso pelo número de medicamentos, a frequência das doses, número de unidades por toma, as instruções especiais para a administração, quantidade total de doses por dia e a forma farmacêutica (Melchior, Correr e Fernandez-Llimos, 2007; Elliott e O'Callaghan, 2011), exigindo um grande empenho por parte da pessoa, que precisa adaptar a sua vida para cumprir o tratamento. Todo este conjunto de características pode aumentar o conjunto de medidas necessárias ao seu cumprimento. A simplificação do regime facilita a compreensão dos detalhes do regime, favorecendo a prática do autocuidado na gestão do regime medicamentoso. As características do regime não parecem explicar por si só o comportamento de adesão, mas influenciam sobre a percepção da pessoa acerca do tratamento e seus possíveis custos e benefícios, o que é

essencial para a decisão de seguir ou não com o prescrito e assim gerir o seu próprio regime (Ilustração 7).

Vários estudos (Fischer *et al*, 2008; Bolster e Manias, 2010) realçam a importância dos custos da medicação e o acesso á mesma, e o modo como contribuem para a baixa adesão ao

“Patient adherence can be influenced by factors such as (...), misperceptions about the consequences of missed doses,(...) Rosenfeld & Bakker, 2008) p. 1-2 E175

Ilustração 7

regime (Ilustração 8), é por isso necessário um financiamento sustentado dos cuidados de

“Patient adherence can be influenced by factors such costs of treatment, (...) (Rosenfeld & Bakker, 2008).” P. 3 E153

“For instance, when patients indicated financial barriers to medication adherence and appointment attendance” p. 3 E161

Ilustração 8

saúde que visem melhorar a acessibilidade promovendo, deste modo, a seguimento do regime e a gestão eficaz.

Os efeitos secundários ou colaterais são aqueles efeitos indesejáveis geralmente provocados pela medicação e a adesão tem uma

relação significativa com estes efeitos, consideram-se um dos principais motivos para a pessoa não aderir ao regime terapêutico. Muitas vezes a alteração da imagem corporal, associada à toma de medicação pode interferir na autoestima da pessoa e é considerado um fator de descontinuidade com o tratamento. O papel do enfermeiro como “educador” torna-se essencial na transmissão de informação adequada, promovendo uma eficaz gestão do regime medicamentoso.

O estudo das crenças na saúde é fundamental para compreender a adesão à terapêutica, uma vez que as crenças dos doentes acerca da doença, sobretudo pela percepção da gravidade da mesma, demonstraram ter efeito no comportamento relativo à toma da medicação (Balkrishnan, 1998 in Saraiva, 2011). As crenças surgem como componentes cognitivas das atitudes, que influenciam a percepção e o comportamento frente a eventos ou situações sociais (Ronzani, 2007). Elas espelham o conhecimento individual, pois podem ser entendidas como um “equipamento” que o indivíduo possui para lidar com a realidade (Teixeira, 2004). Por sua vez, as crenças em saúde podem ser definidas como atitudes, valores e conhecimentos que os indivíduos têm sobre a sua saúde e sobre os serviços de saúde, que irão influenciar a sua percepção de necessidade e, conseqüentemente, de uso dos serviços (Pavão, 2008). A cultura individual e a sociedade têm grande influência na formação de crenças acerca da medicação, que agregada a fortes tradições culturais acarretam dificuldades na correta gestão do regime medicamentoso (Ilustração 9).

A forma como os indivíduos equilibram as suas preocupações em relação aos efeitos da medicação com a percepção da sua necessidade, são preditores da adesão à medicação em várias doenças crónicas (Horne e Weinman, 2002; Butler et al., 2004; Neame e Hammond, 2005). As suas decisões são tomadas

“(…)Taiwan has intrinsic cultural differences and interests in and respect for the traditions from Western countries. It is argued that as a result of an interest in alternatives to medications such as complementary therapies, this may challenge Taiwanese patients’ adherence attitudes to prescribed medication.” p. 2 E46

Ilustração 9

tendo em conta as crenças associadas a determinada medicação, conhecimento acerca dessa medicação e a sua condição médica. Sendo assim, existem doentes que não aderem a determinada medicação, mas aderem a outra porque tomam decisões separadas para cada uma delas (McHorney e Gadkari, 2010).

Vários estudos reforçam a ideia de que a forma como os profissionais de saúde interagem e comunicam com o doente é um importante determinante na adesão ao regime: a satisfação com a equipa e com o tratamento conduz ao sucesso do tratamento. A confiança na equipa de saúde constitui-se como um fator decisivo no processo de gestão do regime medicamentoso (Swanlund, 2010; Rungruangsiripan et al. 2011; Drey, 2012; Gardner-Roehnelt, 2012).

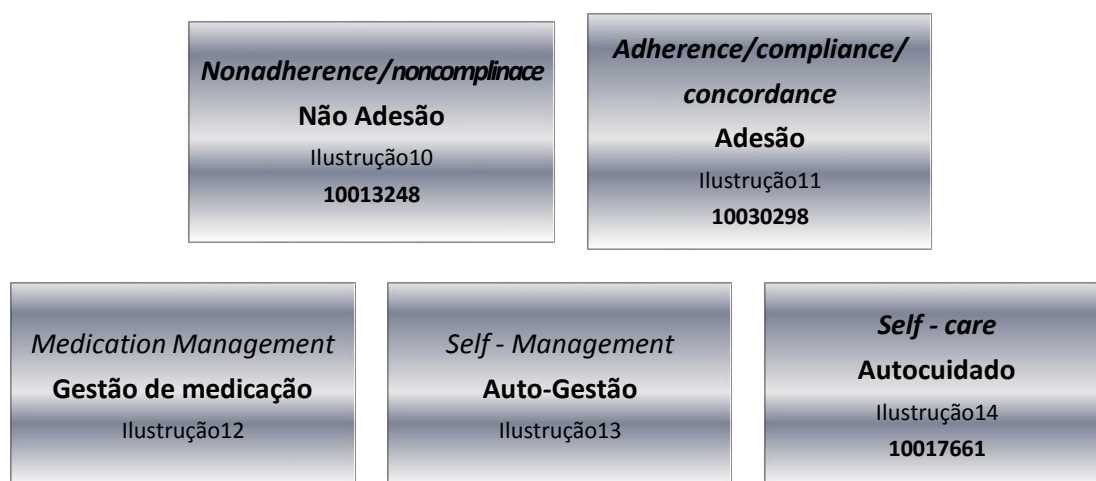
A relação entre os profissionais de saúde e os doentes é de extrema importância na temática da gestão, pois estes desempenham um papel de apoio técnico e psicossocial, dotando o indivíduo das competências básicas para gerir o regime medicamentoso, nomeadamente no desenvolvimento de crenças em relação à sua capacidade para gerir o seu regime de medicação e em relação aos benefícios da mesma. Verifica-se que os doentes, com regimes simples e integrados nas rotinas do dia-a-dia, que se sentem acompanhados e que têm uma boa comunicação e relação com os profissionais de saúde apresentam uma maior motivação para gerir o seu próprio tratamento.

Com os dados recolhidos torna-se possível a identificação dos focos de atenção dos enfermeiros.

5.4 Foco da prática de enfermagem

Tendo por base a CIPE® versão 2013, na análise das unidades de registo, foram identificados os focos da prática de enfermagem descritos na figura 5.

Figura 5: Focos da prática de enfermagem que emergiram da revisão da literatura



O maior número de registos identificados reportam-se aos focos não adesão (Ilustração 10) e adesão (Ilustração 11), na medida que se trata de focos alvo de preocupação por parte dos enfermeiros, tornando-se nos mais representativos na análise dos artigos.

Na nossa opinião, a não adesão, descreve uma condição da pessoa que não segue ou

“(…) Medication non-adherence may include problems such as non-acceptance (not initiating the medication), poor execution (not taking the correct number of doses per day or not taking doses at the correct time), and non-persistence (not taking the medication for the prescribed period of time) (...)” p. 1-2 E52

“(…) By contrast, nonadherence to drug therapy can be evaluated by the number of drug doses missed, mistimed, or otherwise administered incorrectly (...)” p. 2 E31

“(…) A não adesão é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares(...)” p. 2 E82

Ilustração 10

não está de acordo com o regime de tratamento, ou seja, que não quer, não consegue ou decide não aderir, não agindo em concordância com as indicações. Este diagnóstico, descrevendo a condição, pode não carecer de intervenção de enfermagem, dado poder

traduzir uma intenção livre e informada do doente que toma uma decisão que não é consonante com a prescrição do profissional.

A adesão ao regime terapêutico é um foco de atenção dos enfermeiros e pode

“(…) While ‘Conscious & Compliant’ adolescents prefer to adhere to treatment to avoid future health problems (…)” p. 8 E34

“(…) If more Latino immigrants adhere to the therapeutic regimen of daily INH, then there would be fewer cases of active TB in their population (…)” p. 2 E148

“(…) such as fluid and sodium intake, adherence to a prescribed medication regimen, as well as maintenance of HD visit (…).” p. 3 E159

Ilustração 11

traduzir uma necessidade em cuidados de enfermagem, com particular relevância no âmbito da gestão das doenças crónicas. A sua proximidade com as pessoas, a natureza da relação de cuidados proporcionam aos enfermeiros uma excelente oportunidade de monitorizar a adesão, planear e implementar intervenções que efectivamente ajudem as pessoas a integrar o regime terapêutico nos seus hábitos diários, dotando-as de conhecimentos e capacidades que lhes permitam realizar e manter as mudanças necessárias, adaptando-se à sua nova condição de saúde.

A ideia recorrente que a pessoa com doença deve cumprir, seguir, obedecer às recomendações dos profissionais de saúde e que o seu comportamento deve ser de acordo com as indicações, está a modificar, na medida em que, cada vez mais é objectivo dos enfermeiros é promover a autonomia do doente, abrangendo *“comportamentos alargados, relacionados com a saúde, que vão para além de tomar a medicação prescrita”* (Conselho

“Medication management skills will be evaluated including ability to read a prescription label, ability to remove two tablets from a 7-dram prescription vial, ability to interpret directions and ability to differentiate tablet colors (developed by Ruscin and Semla) which are important predictors of adherence and ADEs.”p. 5 E32

Ilustração 12

Internacional de Enfermeiro e Ordem dos Enfermeiros, 2009, p. III).

Neste sentido, surgem outros focos de atenção como: gestão de medicação (Ilustração 12); autogestão (Ilustração 13) e autocuidado (Ilustração 14), que como já

“(…) With respect to self-management and adherence to treatment regimens it appears that one group favours ‘a good life’ and autonomy over following a strict regimen; whereas another group is concerned about future consequences of sloppy adherence(…)” p. 8 E34

Ilustração 13

referido estão relacionados com o foco gestão do regime terapêutico.

Na sua atividade diagnóstica os enfermeiros enunciam os diagnósticos de

“(…) The information exchange from the interaction between patients and health care providers can initiate a comparison between the initial perception and the reference value from health care providers. Thus, patients reanalyze and develop important self-care strategies, such as medication adherence (Leventhal et al., 2003) (…)
.” p.10 E51

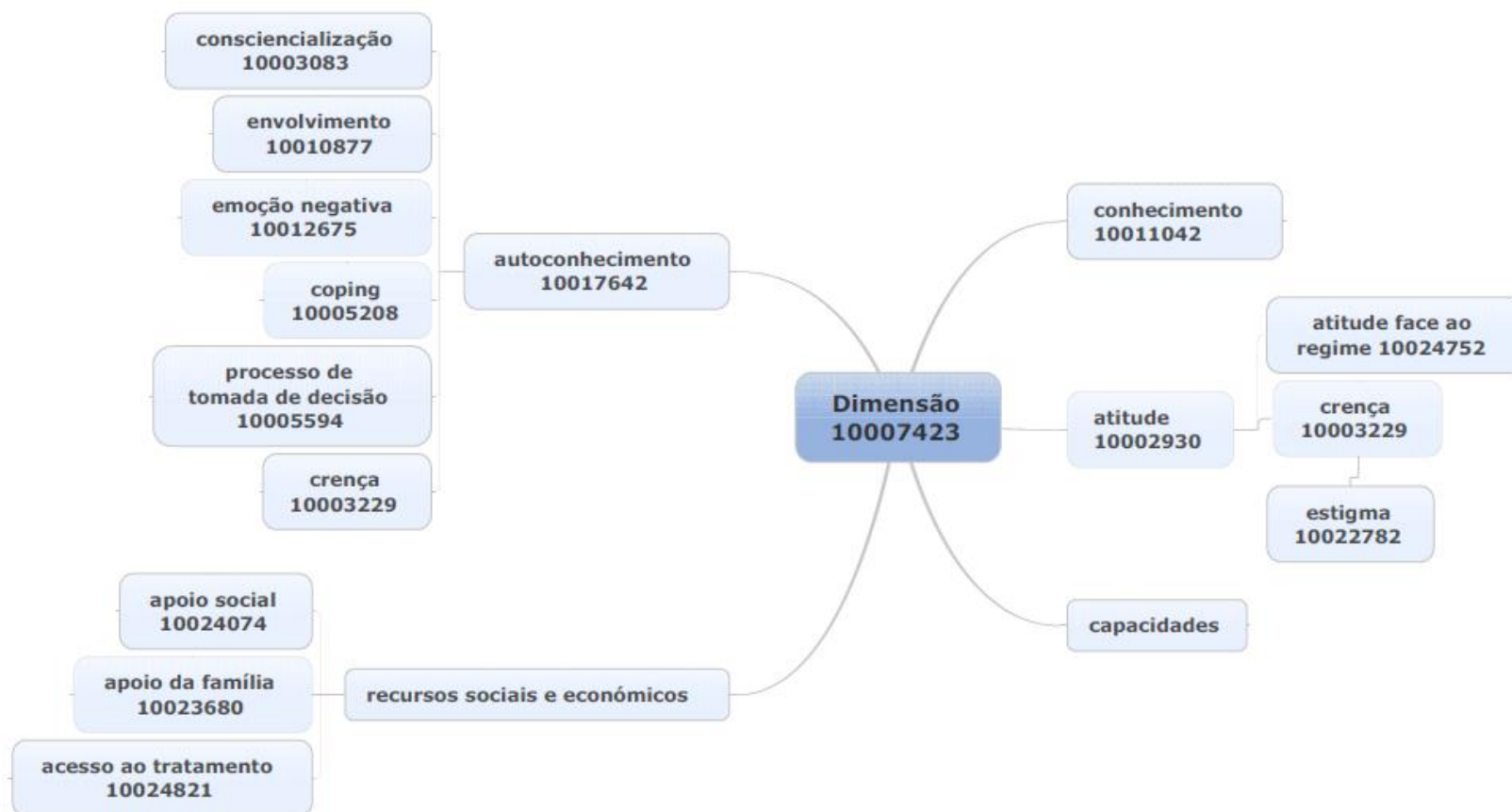
Ilustração 14

enfermagem de acordo com os dados recolhidos, no entanto, outros diagnósticos encontram-se associados estabelecendo uma relação com o diagnóstico principal. No subcapítulo seguinte serão nomeadas as dimensões associadas ao foco gestão que emergiram dos artigos analisados.

5.5 Dimensões associadas ao Foco Gestão do Regime Medicamentoso

De acordo com o descrito na Norma ISO 18104: 2003, dimensão é uma qualidade detida pelo indivíduo ou grupo, por exemplo, conhecimento, motivação e capacidade, entre outros. Para além da análise dos artigos, que compõem esta revisão integrativa, a análise das escalas também permitiram a identificação das dimensões associadas ao foco adesão/gestão medicamentoso. A figura seguinte sistematiza essas qualidades.

Figura 6: Dimensões para o foco gestão do regime terapêutico que emergiram da análise



Dos vários itens questionados, nas diferentes escalas, alguns tornam-se relevantes para a identificação das dimensões associadas à gestão, apesar das escalas remeterem-nos para a determinação da adesão ou não ao regime terapêutico (tabela 9). Exemplo disto é o foco **conhecimento**, **capacidade** e a **atitude** que nos parecem como mais relevantes para a gestão do regime medicamentoso do que para a concordância (adesão), pois a falta de informação, de competências e de motivação para a mudança de comportamento, conduz à dificuldade em gerir o regime medicamentoso de forma eficaz.

O **suporte social** e a **auto-eficácia**, conhecidos como preditores da adesão, são um exemplo das dimensões que podem ser avaliados nas escalas e podemos interpretá-los como dimensões associados ao foco gestão.

Tabela 9: Identificação das dimensões através das escalas

Dimensão		Questões
Suporte	Profissional e social	Enfermeira fez-me um plano de toma de medicação? ³ Enfermeira quer que participe no meu processo de tomada de decisão? ³ Enfermeira entende o quanto é difícil para mim seguir o plano de tratamento? ³
Apoio	social 10024074 familiar 10023680	Enfermeira quer saber quais os problemas que tornam difícil a toma da medicação? ³ Enfermeira entende a minha vida pessoal e entende como é difícil tomar a medicação? ³ Enfermeira dá tempo para eu fazer todas as perguntas sobre medicamentos? ³ Enfermeira questiona se sei lidar com os efeitos secundários? ³ Está satisfeito com o apoio de familiares e amigos? ⁴ Família e amigos ajudam a lembrar da medicação? ⁴ Quanto tempo durou a primeira consulta neurológica sobre este tratamento? ⁹ Quanto tempo dura em média a consulta de acompanhamento neurológico? ⁹ Quanto tempo durou a primeira consulta de enfermagem deste tratamento para a EM? ⁹ Quanto tempo dura em média a consulta de acompanhamento com os enfermeiros? Acha que a continuidade é suficiente para o seu cuidado com a EM? ⁹ É geralmente o mesmo neurologista nas consultas? ⁹ É geralmente a mesma enfermeira nas consultas? ⁹ Está satisfeito com a comunicação com o seu neurologista? ⁹ Está satisfeito com a comunicação com o seu enfermeiro? ⁹ Tem um bom relacionamento com seu neurologista? ⁹ Tem um bom relacionamento com sua enfermeira? ⁹ Acha que a qualidade dos cuidados da saúde holandesa é boa? ⁹ Está suficientemente esclarecido pelos profissionais de saúde sobre EM? ⁹ Teve o apoio suficiente para lidar com os efeitos colaterais? ⁹ Você está suficientemente apoiado suas redes sociais? ⁹ Os cuidadores têm conhecimento suficiente sobre EM? ⁹ Os cuidadores estão sobrecarregados?
Crença 10003229	Autoeficácia 10024911	Temo que não consiga tomar os medicamentos como deveria? ³ Preocupe-me que não vou ser capaz de fazer esforço para tomar a medicação? ³ Não importa o quanto eu tente, mas não vou conseguir tomar a medicação? ³ Tive dificuldade em tomar a medicação de acordo com as instruções? ⁷ Sente-se confiante de que pode mudar o seu comportamento / hábitos? ⁹
	Estigma 10018835	Toma a medicação à frente de outras pessoas que não sabem que tem HIV? ⁵
Atitude face ao regime 10024752	Atitude face à gestão de medicamentos 10002953	Percepção negativa de controlo pela medicação ¹ Tomar a medicação previne complicações? ¹ Determinado a tomar a medicação corretamente ³ Sigo as restrições não importa a dificuldade ³ Estou determinado a tomar a medicação ³ Vou levar a medicação mesmo que não me sinta bem ³ Determinado a ficar com um plano para tomar a medicação ³ Aprender o máximo sobre a medicação para tomar corretamente ³ Empenho em tomar a medicação mesmo que fique com mau gosto na boca ³ Impossível seguir as restrições alimentares ³ Esforço tomar a medicação ⁴ A medicação tem um efeito positivo na minha saúde ⁴

		<p>Se não tomar a medicação sei qual o efeito⁴ Mantém a medicação mesmo com interrupções na sua rotina⁵ Mantém a medicação mesmo quando se sente mal⁵ Mantém a medicação mesmo com as restrições⁵ Mantém o tratamento mesmo quando interfere no seu dia-a-dia⁵ Mantém o tratamento mesmo que as células T caiam⁵ Mantém quando se sente desanimado com o tratamento⁵ Mantém tratamento mesmo que esteja a ser difícil alcançar os objectivos⁵ Mantém o tratamento mesmo que as pessoas próximas digam que não vai resultar⁵ Tira alguma coisa de positivo mesmo que o tratamento não esteja a trazer nada de bom para a saúde⁵ Fiz como deveria fazer para tomar a medicação de acordo com as instruções⁷ Tomei a medicação exactamente de acordo com as indicações⁷ Nos últimos 30 dias fui capaz de tomar a medicação de acordo com as indicações⁷ Está preocupado com os efeitos a longo prazo da medicação?⁹ É geralmente negativo sobre o uso de medicamentos?⁹ Vê o tratamento como eficaz para EM?⁹ Considera Copaxone tratamento adequado para EM?⁹ Espera ver os efeitos benéficos da medicação, em pouco tempo?⁹ Tem expectativas reais do resultado do tratamento com Copaxone?⁹ Precisa do tratamento com o Copaxone?⁹ Percebe o efeito do tratamento com o Copaxone?⁹</p>
Emoção 10006765	Emoção negativa 10012675	<p>Sinto-me triste?⁴ Tem medo de efeitos colaterais de Copaxone?⁹ Tinha medo de efeitos colaterais quando começou com o Copaxone?⁹ Sofre de desesperança ou sentimentos negativos?⁹ Está frustrado com determinado fornecedor de saúde?⁹ Tem medo de ser tornar dependente?⁹ Tem medo que Copaxone complique o seu tratamento para a EM?⁹</p>
Como gere	Gerir regime medicamentoso 10023888	<p>Inclui a toma da medicação na sua rotina?⁵ Tem um esquema complicado para todos os medicamentos que toma?⁹ Está motivado para gerir o seu próprio regime?⁹ Pode gerir bem o seu próprio tratamento?⁹</p>
Conhecimento 10025968	sobre medicação	<p>Tem uma ideia clara da medicação?¹ Quantos medicamentos tomou para a hipertensão?⁸ Qual é o nome da medicação?⁸ É suficientemente proficiente em leitura e escrita?⁹ Qual é o nível educacional mais elevado acabado?⁹ Sabe o que é a adesão?⁹ Acha que a adesão é importante?⁹ Acha o seu conhecimento e crenças sobre EM adequadas?⁹</p>

¹ Medication Adherence Rating Scale (MARS)

² Morisky Medication Scale

³ Adherence Attitude Inventory (A. Attitude Anti. Medication)

⁴ ACTG Adherence

⁵ Adherence Self-Efficacy Scale (HIV- ASES)

⁶ Simplified Medication Adherence Questionnaire

⁷ Antiretroviral General Adherence Scale (AGAS)

⁸ Brief Medication Questionnaire (BMQ)

⁹ Dutch Adherence Questionnaire-90

A pessoa gere o seu regime medicamentoso adequadamente quando tem conhecimentos e porque consegue adaptar-se à sua situação de doença, aumentando a sua capacidade e motivação para integrar no seu dia-a-dia atividades que conduzem a uma adesão ao regime mais consciente. Daí a importância de providenciar conhecimentos e

habilidades necessários para tomar decisões informadas (Ilustração 15). Aumentar o conhecimento da pessoa, fornecendo-lhe informações adequadas sobre a doença, conduz a uma maior probabilidade de induzir a adoção de estilos de vida saudáveis.

No entanto, possuir conhecimentos por si só não significa que mobiliza para o pretendido, ou seja, para uma gestão eficaz do regime medicamentoso, verifica-se a

(...) More patient education received about antidepressants was associated with increased use of prescribed antidepressants (...)” p. 4 E46

“(...) Furthermore, they described the strategies that were used when the patient was on treatment: (...) instruction to the patient as to what to do (...)” p. 2 E83

Ilustração 15

necessidade de envolver outras dimensões como o suporte social e emocional, que oferecem sugestões e encorajam o processo de tomada de decisão informada. A pessoa com uma maior percepção de suporte familiar (maior coesão familiar e menos conflitos) apresenta significativamente maior adesão ao regime do que as que referem menor suporte familiar, sentindo mais capacidade para a gestão eficaz do regime medicamentoso.

Esta capacidade relaciona-se com a crença de auto-eficácia, definida como a expectativa pessoal para realizar um comportamento específico. As crenças de auto-eficácia relacionados com o nível de motivação, e reflecte-se na quantidade de esforço empregue para alcançar um objectivo. Bandura (1997) define como um julgamento das próprias capacidades de executar cursos de ação exigidos para se atingir certo grau de *performance*. A sua aquisição deriva da avaliação das experiências passadas, do comportamento dos outros e das informações e incentivos fornecidos pelas pessoas significativas. As crenças de auto-eficácia mostram-se ser um fator importante para a gestão do regime medicamentoso, na medida em que o aumento do nível de conhecimento, de competências e a familiaridade com a tarefa, podem resultar num aumento de auto-eficácia relativo á tarefa. Por sua vez, o aumento da auto-eficácia, está associado à mudança e moldagem do comportamento de modo a desempenhar a tarefa (Henrique, 2011).

A pessoa tem de se sentir motivada e envolvida no seu próprio autocuidado para ter

“(...) As involvement of family members has been shown to improve adherence to treatment for drug-susceptible (...)” p. 4 E14

Ilustração 16

mais capacidades para gerir o seu regime medicamentoso. A motivação inclui atitude individual face à adesão, o suporte social percebido (Ilustração 16), para a adoção desse comportamento (gerir o regime). A

informação e a motivação são importantes na aquisição das competências instrumentais, quando necessárias para a adoção do comportamento desejado, mas quando essas

competências são simples ou familiares para a pessoa, a informação e a motivação influenciam directamente o comportamento (WHO, 2003). A relação entre informação e motivação é fraca, ou seja uma pessoa muito motivada pode dispor de pouca informação e uma pessoa bem informada pode apresentar-se pouco motivada. Mesmo assim, à luz desta visão, uma pessoa bem informada e motivada tem maior probabilidade de gerir o seu regime eficazmente.

Os doentes têm as suas próprias perspetivas relativamente ao uso de medicação e tomam decisões, baseadas nas suas crenças e experiências anteriores. Ponderam os riscos e benefícios, tendo em consideração a eficácia percebida, a segurança e o valor em termos de resultados para a sua saúde. Deste modo, torna-se importante avaliar os medos e crenças erróneas relacionados com a medicação, assim como as perspetivas do doente, que podem conduzir para uma gestão ineficaz do seu regime e influenciar o seu processo

“(…) Factors associated with poor adherence with medication: (...) Deficient belief in value of prescribed medicines (...)” p. 2 E40

“(…) For example, discussion of a patient’s religious belief that competes with pharmacological treatment and that is likely to lead to nonadherence and relapse (...)” p.3 E3

Ilustração 17

de tomada de decisão (Ilustração 17), daí a necessidade de implementar intervenções do âmbito “ensinar”, que conduzam a alteração do comportamento da pessoa.

A gestão da doença é muitas vezes influenciada pela qualidade do apoio de que as pessoas beneficiam, no contexto de algumas doenças (ex: VIH), muitas vezes o estigma a ela associada, pode levar à ocultação do diagnóstico, impedindo o apoio social e ao comprometimento do regime e da sua gestão, com agravamento, por vezes, do seu estado de saúde (Grilo, 2001). Isto acontece porque existe o receio de que a toma da medicação e o transparecer dos efeitos secundários possa denunciar o diagnóstico, influenciando o contexto laboral e social (André, 2005; Ferreira, 2011).

Questões atribuídas ao acesso e organização dos serviços de saúde, que incluem o processo de prescrição, relacionamento com os profissionais de saúde, dificuldade na

“Adherence with medication can also be adversely influenced by financial commitments” p. 8 E40

“Failure to achieve clinical stability may be caused (...) by inadequate (...) financial resources” p. 1 E112

Ilustração 18

marcação de consulta, custos com medicação e transporte, são relevante e condicionam o modo como a pessoa gere o seu regime, na medida que a sobrecarga financeira restringe

o uso de medicação não revelando ao profissional de saúde esse facto (Simão, 2009) (Ilustração 18).

Os processos de transição de saúde-doença em pessoas com doença crônica têm como consequência, não apenas a necessidade de conviver com a doença, como a incorporação de um regime terapêutico, mais ou menos complexo, com maior ou menor implicação na gestão de papéis e emoções (Bastos, 2012). A pessoa que vivencia um processo de transição saúde-doença, por razões não conscientes, por desconhecimento ou mesmo de não-aceitação, pode rejeitar a ideia que está doente, ignorando a situação e não percebendo este processo de transição (Bastos, 2012). A consciencialização surge como um fator determinante para a integração no seu dia-a-dia de cuidados relativos ao processo de doença e gestão do regime terapêutico, logo a consciencialização envolve o conhecimento das alterações subjacentes à situação

de alteração da sua homeostasia, transformando o comportamento inicial, numa atitude ativa de

"(...) Regarding the causes of noncompliance, disease awareness level was low among most patients and they assumed their disease was unimportant (...)" p. 4 E143

Ilustração 19

cumprimento das recomendações prescritas (Ilustração 19). O tipo de conduta que a pessoa adota vai repercutir-se no seu comportamento de adesão e autocuidado e na forma como gere a doença e o regime.

Além desta consciencialização, é fundamental que a pessoa se sinta envolvida em toda a situação, o que tem influência direta no nível de compromisso da pessoa no processo e na forma como está disponível para o autocuidado, nomeadamente para a gestão do

"(...) Certainly the (...) involvement of the patient would affect their view of their disease as well as the way they understood their self-management and thus medical adherence.(...)" p.6 E140

Ilustração 20

regime medicamentoso e no processo de tomada de decisão (Ilustração 20).

Em todo este processo é natural a existência de fatores

facilitadores e inibidores, que é necessário identificar e compreender no sentido de adequar estratégias para os ultrapassar, exemplo disso são os medos, medo em tomar a medicação, dos efeitos colaterais e as crenças erróneas acerca da medicação. Surge, assim a necessidade de trabalhar estes fatores de forma a não serem um obstáculo à vivência de uma transição saudável (Ilustração 21).

"(...) nonadherence may result from fear of ADEs (...)" p. 2 E98

"(...) There are multiple barriers to adherence with DMT including (...), perceived lack of efficacy (...)" p. 1 E78

Ilustração 21

De acordo com a teoria

da transição de Meleis os padrões de resposta, são de dois tipos, indicadores de processo e de resultado, deste modo é possível avaliar o conhecimento acerca da transição, os recursos próprios e forma como encara o momento que vivencia. Os indicadores de processo surgem

como fatores que conduzem o doente em direção à saúde, são sentimentos ligados ao desenvolvimento de confiança e mecanismos de *coping* adequados e que conduzam a comportamentos de gestão eficaz do regime terapêutico. Visto as estratégias de *coping* adotadas estarem intimamente ligadas á forma como a pessoa gere o seu regime medicamentoso, mais uma vez é importante que o enfermeiro esteja desperto, para ajudar as pessoas a ajustar as suas estratégias de *coping* e assim melhorar os seus

“(…) The top three barriers to adherence reported in denial/lack of acceptance of the adverse consequences of non-compliance to treatment (67% of respondents)(…)” p. 7 E40

Ilustração 22

comportamentos de autocuidado (Sousa et al., 2011) (Ilustração 22).

Os indicadores de resultado são a mestria e a integração fluida (Meleis *et al.*, 2000), importa que a pessoa adquira qualidade de vida e bem-estar, integrando, no seu dia-a-dia a correta gestão do seu regime medicamentoso.

Em todo este processo de transição o enfermeiro tem um papel de proximidade e fundamental, que é o de facilitar este processo de vivência e a adesão/gestão do regime terapêutico, com a implementação de intervenções adequadas e ajustadas á pessoa.

Na gestão do regime terapêutico a atitude da pessoa face ao regime medicamentoso é importante, a opinião que tem acerca da medicação, pois crenças erradas acerca da medicação conduzem a um má gestão do regime, o conhecimento das crenças pode favorecer a criação de estratégias para ultrapassar a incapacidade na gestão do regime

“(…) Some patients also expressed very negative attitudes about treatment and made it clear that they had not accepted being on ARVs

Ilustração 23

(Ilustração 23). A atitude e o comportamento face à gestão do regime terapêutico estão relacionados com atributos pessoais que nos possibilitam identificar padrões que Bastos (2012) denomina como estilos de gestão do regime terapêutico. Conhecendo o estilo de gestão regime terapêutico, o enfermeiro poderá utilizar as terapêuticas de enfermagem, de forma a alcançar uma melhor gestão da saúde (Bastos, 2012), que potenciem as suas capacidades e minimizem as dificuldades.

Pela necessidade de gerir efetivamente o regime medicamentoso pode ser necessária ajuda para a integração de um novo estilo de vida. Para que possam ser implementadas as novas atividades na rotina diária, deverão ser abordados requisitos importantes, como o conhecimento sobre a doença e o regime terapêutico, tal como o domínio das atividades práticas para lidar sob o ponto de vista técnico com a nova condição de saúde.

5.6 Juízo para o Foco Gestão/Adesão ao Regime Medicamentoso

Para a correta identificação de um diagnóstico de enfermagem o ICN (2010) preconiza a associação de um termo do eixo do juízo a um termo do eixo foco. O ICN descreve o juízo como a *“opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem sobre o estado de um fenômeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau de manifestação do fenômeno de enfermagem”* (ICN, 2005, p. 15).

Os maiores números de achados, ao que ao juízo diz respeito, referem-se ao Foco Adesão e, para melhor compreensão, os termos encontrados foram caracterizados de acordo com o nível absoluto; dimensão; estado julgado como relativo e juízo negativo e positivo, de acordo com a descrição da CIPE® versão 2013. De acordo com a discussão prévia consideramos que a adesão é um dado relevante para a gestão mas as unidades de registo correspondem não apenas à concordância com a prescrição mas, também, com os fatores que determinam a forma como a pessoa gere o seu regime medicamentoso. Assim inferimos a partir da adesão informação sobre a gestão.

Na tabela seguinte está representada essa correspondência, com os termos utilizados e encontrados na literatura explorada.

Tabela 10: Categorização dos juízos associados ao foco adesão

Juízos		Unidades de Registro
Nível absoluto	Low	<p>Pobre - “(...)Poor adherence to osteoporosis medications is well documented (...)” p. 5 E30</p> <p>Reduzida - “(...)For example, topical treatment regimens can be complex, thus causing reduced adherence (...)” p. 2 E70</p> <p>Menos - “(...) indicating less adherence to BP medication regimens in the control group (...)” p. 8 E159</p> <p>Insuficiente - (...)“Studies have confirmed that insufficient adherence and a low level of patient knowledge about OAT are the primary causes for complications (...)” p. 2 E92</p> <p>Falta - “(...) The lack of adherence to analgesics is a result of myths regarding their use (...)” p. 2 E152</p> <p>Diminuída - “(...) Depression has been found to be associated with decreased adherence to BP self-care behaviors, such as fluid restrictions, nutrition, and medication (...)” p. 2 E159</p> <p>Sub-ótima - “(...) suboptimal adherence is associated with viral resistance, virological and immunological failure, and disease progression (...)” p. 1 E117</p> <p>Incompleta - “(...)And incomplete adherence has been associated with virological failure and the potential development of antiretroviral resistance (...)” P.1 E102</p> <p>Pior - “(...) Relatively few participants reported ADEs, which were associated with better rather than worse adherence” p.4 E98</p>
10000270	<p>10011438</p> <p>“(...)Having simply forgotten is the most common reason for low medication adherence (...) p. 8 E46</p>	
	Nível esperado	<p>Alta - “(...)Medication adherence was high at baseline for both TEAMcare and usual care groups (...)” p. 4 E77</p> <p>Aumentada - “(...) Medication adherence is increased, however, when patients have a strong relationship with their doctor(...)” . p.1 E22</p> <p>Adequada - “(...) A ingestão correta de pelo menos 80% dos medicamentos receitados é uma forma geral de considerar a adequada adesão à medicação (...)” p. 2 E82</p> <p>Boa - “(...) Não houve associação entre o controle da PA e a boa adesão (...)” p. 5 E82</p> <p>Maior - “(...) However, better knowledge does not always lead to greater adherence and it may not be enough to alter patients’ behavior (...)” p. 15 E91</p> <p>Melhor - “ (...) Explanations for significant better dietary and exercise behaviour of rehabilitation participants might also be applicable to their better medication adherence (...)” p. 8 E99</p> <p>Ótima - “(...) Studies have shown that optimal adherence to ART was strongly linked to viral</p>
	<p>10007343</p>	

		<p>suppression and improved immunity and quality of life (...)” p. 2 E110</p> <p>Completa – “(...)“The results showed that (...) 78% of the older persons reported full adherence to their prescribed drugs.” P. 4 E71(…)”</p> <p>Consistente – “(...)Patients who feel that they have an open line of communication with their physician (...) tend to display more consistent drug adherence. p. 2 E71</p> <p>Máxima – “(...)“Maximum adherence to ART in patients with HIV improves health outcomes and prevents drug resistance.9” p. 1 E125 (...)”</p> <p>Perfeita – “(...)“Less than perfect medication adherence may introduce biases or result in underpowered studies” p. 1 E119</p>
Estado Julgado	Melhorada	
como relativo	10026692	
10026750	“ (...) As involvement of family members has been shown to improve adherence to treatment for drug-susceptible (...)” p. 4 E14	
Juízo positivo ou negativo	Efetiva	
10026750	10014956	<p>Correta – (...) “prescribed intervals to account for the fact that “timing” adherence is generally lower than “correct adherence.” P. 2 E170</p> <p>Positiva – “(...) A strong relationship between youth and the primary care provider (...) is associated with positive medication adherence (...)”. P. 6 E 18</p> <p>Regular - “(...) At study completion, the regular medication adherence was significantly improved in Groups A and B (...) p. 11 E131</p>
	Comprometida	
	10012938	<p>Inadequada – (...)“Moreover, the determination of factors prognostic of adherence would enable identification of patients at risk of inadequate adherence (...)” p. 3 E62</p> <p>Fraca - “(...) However, none of the participants reported adherence poorer (...) .” P. 4 E137</p> <p>Inapropriada – (...) reflecting inappropriate medication adherence , and when calculating a mean MPR, this might shift the whole value towards high medication adherence (...)” p. 7 E169</p> <p>Imperfeita – “(...)“Imperfect adherence to prescribed medications is not unique to persons living with HIV (...)” P. 1 E119</p> <p>Irregular – “(...)Irregular adherence, however, can result in viral mutations, which render classes of antiretroviral medications inefficient (...) 1” p. 2 E55</p> <p>Não ótima - “(...) However, patients’ adherence to these recommendations is not optimal (...). P. 1 E172</p>

Analisando os achados e perspetivando-os com linguagem classificada consideramos que, os juízos que melhor qualificam o diagnóstico, são o **comprometido** (10012938) e o **low** (10011438), que nos parecem ser, pela definição do conceito, os que englobam as unidade de registo que identificamos na revisão. As categorias “nível esperado”, “melhorada” e “efetiva” não correspondem ao diagnóstico mas a resultados esperados. Segundo a CIPE®, versão 2013, comprometido é um “juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz”, e qualifica a adesão quando esta não é adequada apesar de existir. *Low*, de acordo com a CIPE® 2013, é considerado um nível absoluto abaixo do nível normal, falta, deficiente, e é empregue quando a adesão é pobre e insuficiente. Consideramos contudo, que este último e considerando que a gestão ou adesão está ao nível inferior ao desejado pode ser englobado no compromisso. Assim ao foco “gerir o regime medicamentoso” propomos a associação do juízo compromisso: “**Gerir o regime medicamentoso comprometido**”.

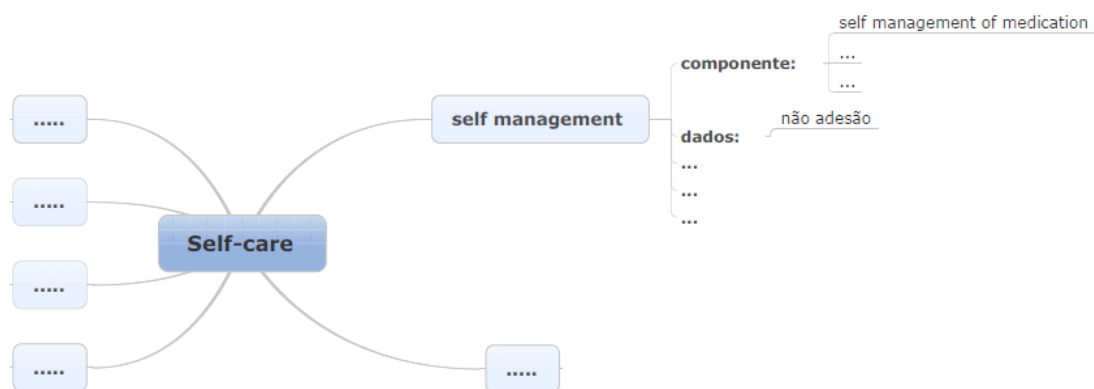
Da análise efectuada constatámos que, no que concerne aos outros focos de atenção (não adesão, medication management, self – mangement e self care) os termos identificados que permitem ao enfermeiro ajuizar acerca da área de atenção foram menos diversificados. Na tabela 11 estão representados os juízos que encontramos.

Tabela 11: Categorização dos juízos associados a outros focos

Foco	Juízos	Gradiente
Não adesão 10013248	Risco	Alto Risco
	10015007	Baixo Risco
	(Ilustração 24)	Maior
Medication Management	Nível absoluto – Low 10011438	Pobre
Self management	- Atual	Presente
Self - care	Atual	Presente

Estes focos encontrados na literatura têm no nosso entender uma estrutura hierarquizada que consideramos da seguinte forma (figura 7):

Figura 7: Estrutura hierárquica de outros focos



Algumas das unidades de registo que fundamentam os achados encontrados estão

“(...) Inner-city adolescents with asthma are at particular risk of nonadherence with daily preventive medications (...)” p. 1 E44

“(...) The lower-risk of non adherence among patients living in a couple (...)” p. 7 E69

Ilustração 24

patentes na ilustração 24.

5.7 Juízo para a Dimensão

Da leitura dos vários artigos, emergiram juízos para as dimensões identificadas, que permitem uma melhor caracterização da dimensão e são descritas na tabela 12.

Tabela 12: Categorização dos juízos associados às dimensões

		Juízos/Unidades de Registo
Conhecimento 10011042	Juízo positivo ou negativo 10026750	Melhor - “(...)However, better knowledge does not always lead to greater adherence and it may not be enough to alter patients’ behavior” p. 15 E91
	Nível absoluto – Low 10011438	Baixo - “(...)Forgetfulness and low health literacy may preclude adherence (...)” p. 2 E120 Pobre - “(...) poor knowledge of medication regimes was associated with self reported poor adherence in patients(....)” p. 2 E120 Falta - “(...) A lack of knowledge also posed a problem for some patients (...)” p. 8 E101
Habilidades/Capacidades 10000034	Juízo positivo ou negativo 10026750	Melhor – “(...)A major challenge the women experienced was not only transportation to distant hospitals but also better instructions on how to take the medications (...)” p. 12 E11
	Nível absoluto- Low 10011438	Falta - “(...) In people with diabetes, a lack of knowledge and management skills is the main contributing factor to nonadherence (...)” p. 2 E56
Apoio social 10024074 Apoio familiar 10023680	Nível absoluto – Low 10011438	Falta - “(...) In contrast, it is known that (...) lack of support are connected to poor treatment adherence (...)” p. 3 E124
	Juízo positivo ou negativo 10026750	Forte - “(...) Strong social support, especially practical support, was also related to better treatment adherence (...)” p. 3 E55 Inadequada – “(...) Failure to achieve clinical stability may be caused (...) by inadequate social support (...)” p. 1 E112
Crença 10003229	Nível absoluto – Low 10011438	Falta - “The patient-related factors were lack of belief in treatment, psychological problems (...)” p. 4 E97
	Juízo positivo ou negativo 10026750	Negativa - “(...) Participants who stopped treatment primarily reported negative beliefs about treatment and breakthrough symptoms (...)” p. 4 E98

Conscientização	Nível absoluto – Low
10003083	10011438
	Pobre - “The patient-related factors were lack of belief in treatment, (...), poor awareness of therapeutic benefit (...)” p. 4 E97
	Falta - “(...) Factors associated with poor adherence with medication: (...) Lack of awareness of possible adverse effects of medicines (...)” p. 2 E40

Mais uma vez, as dimensões que necessitam intervenção serão aquelas a quem atribuímos o juízo low (10011438), com o intuito de promover mais ganhos em saúde para o doente e promover uma gestão do regime medicamentoso mais eficaz.

5.8 Proposta de Enunciados de Diagnósticos

Segundo o ICN, um diagnóstico é definido como rótulo dado por um enfermeiro para denominar a decisão sobre o fenómeno (2005), descreve um problema de saúde, presente ou potencial, pelo qual, o enfermeiro é legalmente responsável dada a sua formação e experiência, estando habilitado para o tratar. O diagnóstico de enfermagem é um instrumento indispensável para o enfermeiro de forma a afirmar o carácter autónomo da profissão. Trata-se de um enunciado simples e preciso que descreve a resposta da pessoa, considerada numa perspetiva holística, ou do grupo, a uma experiência do ciclo de vida (Pires, 2013). Em suma, consiste num juízo clínico baseado na colheita e na análise de dados relativos a uma situação difícil vivida pela pessoa servindo para o planeamento dos cuidados (Grondin et al, 1993 *in* Pires, 2013).

Formular um diagnóstico consiste em colher informações/dados relativamente àquilo que gera uma dificuldade, que interfere com o funcionamento normal ou que deve ser corrigido e que permitir obter ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Na literatura os dados que encontramos como manifestação são exclusivamente relacionados com a concordância: concordância com a prescrição (dose, via, horário); concordância com os objetivos, autovigilância e monitorização de sinais e sintomas, conduzindo à pouca autonomia por parte do doente, faltando a componente da gestão dos medicamentos de acordo com as necessidades do mesmo. As atenções dos enfermeiros

estão voltadas para as razões da não concordância, com implementação de planos de cuidados cujo objetivo é promover a adesão e melhorar a qualidade de vida.

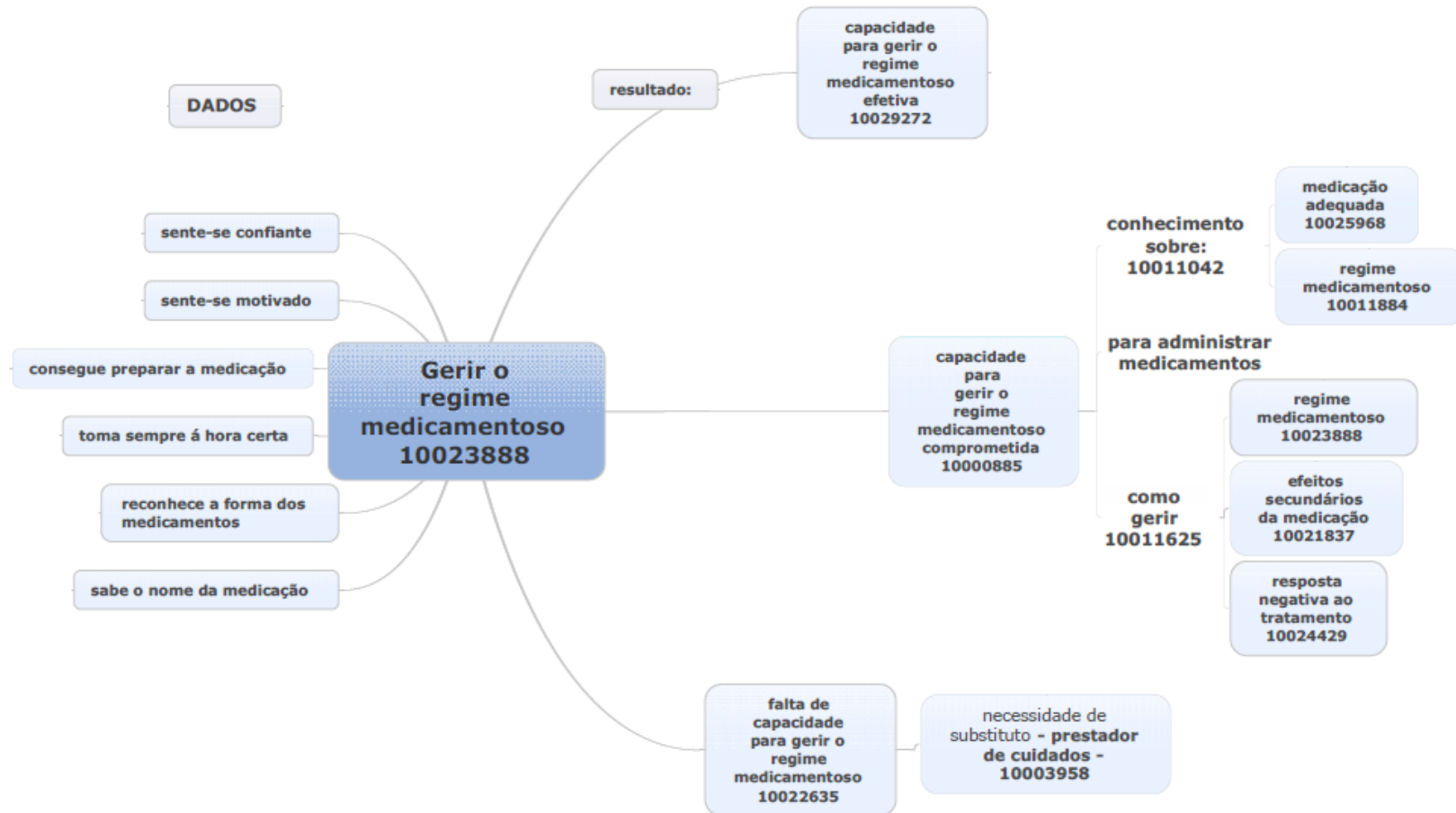
Por outro lado os dados que concorrem para o diagnóstico, são aqueles que estando presentes requerem mais da nossa atenção e maior intensidade de acompanhamento, surgindo novos Focos de Atenção – Dimensões, com necessidade de intervenções. Muitas destas dimensões estão associadas ao foco gestão do regime medicamentoso, que sendo qualificadas com juízos, tornam-se igualmente diagnósticos, que carece de planeamento de intervenções de forma a prevenir, tratar ou diminuir o problema.

Da análise efetuada propomos que “**Gerir o regime medicamentoso**” seja um foco de atenção dos enfermeiros, na medida em que gerir nos remete para uma ação autoiniciada, ou seja, para um comportamento de autocuidado que tem de ser mantido e gerido pelo próprio e o regime medicamentoso refere-se a uma componente específica do regime terapêutico, que representa o todo. A este foco de atenção podemos associar o juízo comprometido “*juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz*” (CIPE®, 2013) que nos remete para situações em que em que a pessoa não consegue gerir o regime medicamentoso, de forma a obter o melhor resultado terapêutico. Perante este compromisso fica-nos a dúvida se ele existe porque a pessoa não desenvolveu, ainda, as competências necessárias para as desenvolver.

A partir deste momento e integrando os achados desta revisão vamos sugerir alguns diagnósticos (figura 7, 8 e 9), recorrendo á terminologia da CIPE®, versão 2013.

O esquema seguinte representa os dados, juízos e os diagnósticos associados ao foco gerir o regime medicamentoso.

Figura 8: Gerir Regime Medicamentoso

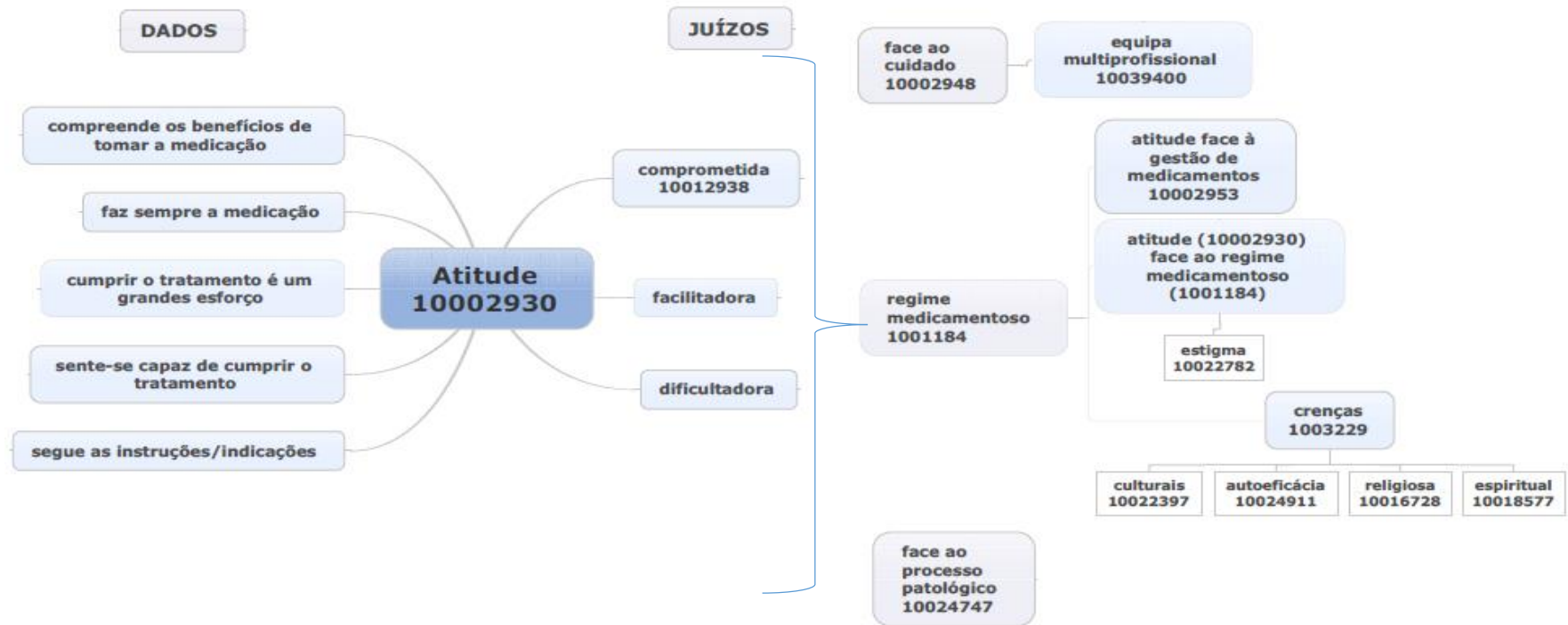


Através dos dados recolhidos juntos do doente é possível identificar três prováveis diagnósticos. Se estivermos perante o diagnóstico “falta de capacidade para gerir o regime medicamentoso”, surge a necessidade de identificar a figura de prestador de cuidados, pois a pessoa, ou por limitações cognitivas ou por incapacidade física não é capaz de gerir o seu próprio regime terapêutico, ou mais especificamente o regime medicamentoso.

Quando o diagnóstico identificado passa pela “capacidade para gerir o regime medicamentoso comprometido”, as intervenções de enfermagem ocorrem no sentido de atingir o resultado “capacidade para gerir o regime medicamentoso efetiva”. Deste modo, o resultado das intervenções no âmbito do conhecimento sobre a medicação e o regime, sobre como prepara e administrar a medicação e como gerir os medicamentos, os efeitos secundários e a resposta negativa ao tratamento, determinam a capacitação do doente na gestão do regime medicamentoso.

Na figura seguinte estão representados, os dados, os juízos e os diagnósticos do “sistema” de valores e crenças (atitudes) que determinam a posição do doente perante a necessidade de gerir o seu próprio regime.

Figura 9: Atitude - “Sistema” de valores e crenças



Como resultado final das intervenções de enfermagem pretendemos que a atitude do doente seja facilitadora para que a gestão do regime medicamentoso seja eficaz.

Os três aspetos centrais sobre a atitude são face ao cuidado (relação com os profissionais); ao regime medicamentoso; ao processo patológico.

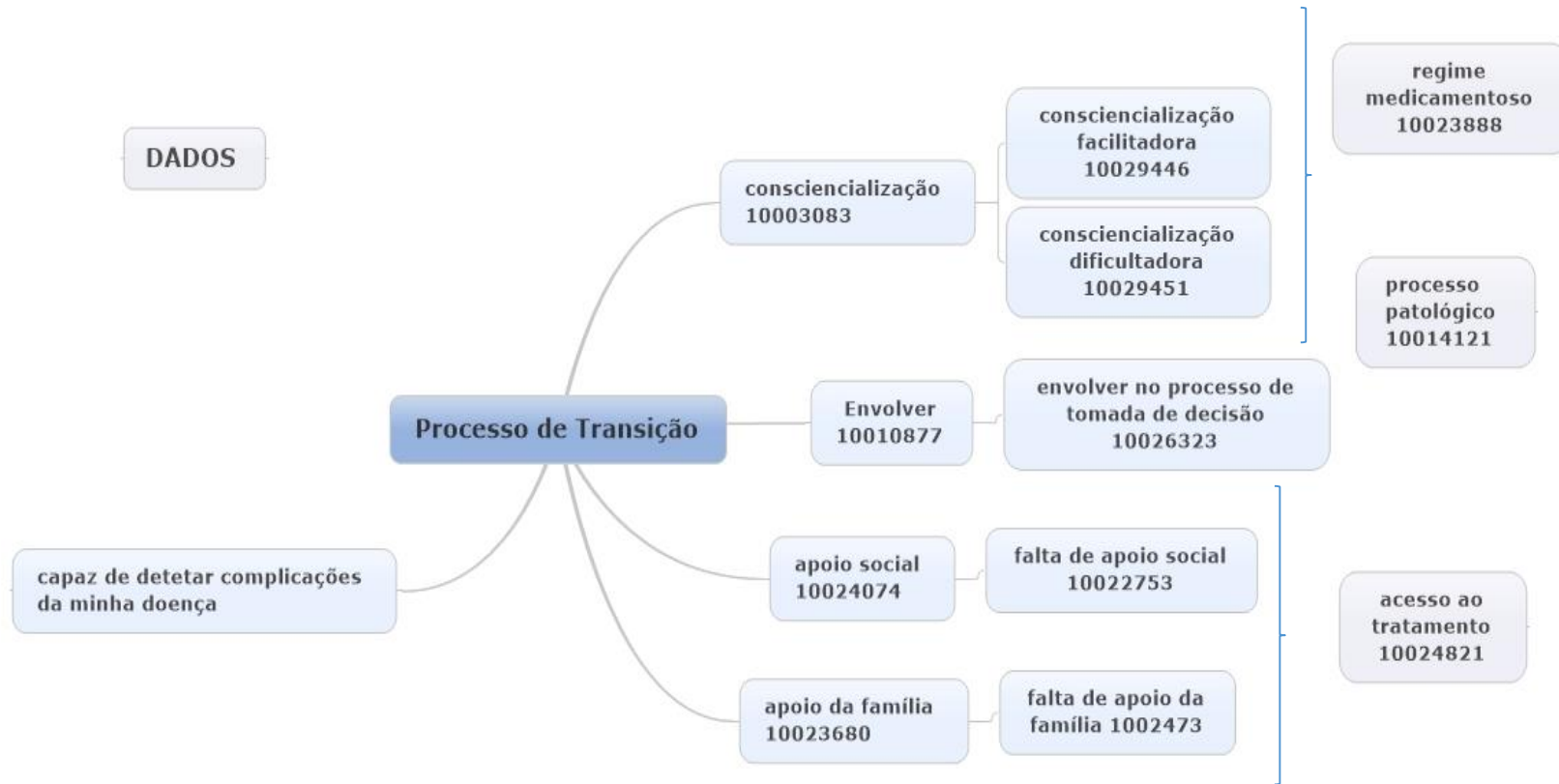
É relevante a relação que o doente estabelece com a equipa de saúde, a confiança que deposita na equipa e nos cuidados de saúde e as competências de comunicação, o modo como transmite a informação em conhecimentos claros e assimilados, utilizando uma linguagem apropriada ao nível educacional e à capacidade cognitiva determina a modo com a pessoa gere o seu regime.

As atitudes e crenças pessoais a respeito do tratamento é amplamente reconhecidos como preditores do nível de adesão, tornando-se importante determinar como as opiniões e suas convicções sobre o regime medicamentoso, podem interferir no seu dia-a-dia e na relação com os outros (estigma).

Finalmente, a atitude perante a doença condiciona o modo como o doente adere e conseqüente gere o seu regime. A gravidade da doença e a severidade dos sintomas, são um exemplo das características da doença que determina as opiniões e a postura do doente perante a própria doença.

A figura seguinte sistematiza o processo de transição saúde-doença, com a identificação dos dados, juízos e diagnósticos.

Figura 10: Processo de Transição



Da literatura analisada, pouca informação foi encontrada, referente a esta temática, que permitisse identificar e retirar mais dados que conduzam ao diagnóstico de enfermagem.

No entanto foi determinado que a consciencialização quando “facilitadora”, no que diz respeito ao regime medicamentoso e ao processo patológico, gerir o regime medicamentoso torna-se mais eficaz. Envolver a pessoa no seu processo de tomada de decisão, permite que esta de forma consciente decide aderir ou não ao regime.

O meio social e familiar em que o doente está envolvido constituem um fator determinante no acesso ao tratamento, na medida que as dificuldades socioeconómicas, constituem-se como uma barreira ao acesso de medicamentos e aos cuidados de saúde.

Estes são alguns dos possíveis enunciados e estamos convictos que possam ter contribuir para desenvolvimento da disciplina de Enfermagem.

CONCLUSÃO

O percurso desta investigação inseriu-se no âmbito de uma área com grande relevância para a prática de enfermagem – *Autocuidado: gerir o regime medicamentoso*. Este estudo alinha no sentido de compreender o processo de diagnóstico do fenómeno em causa, proporcionando um plano de cuidados adequado e ajustado às reais necessidades da pessoa portadora de doença crónica.

Com esta revisão integrativa foi possível perceber que a taxonomia utilizada pelos enfermeiros, CIPE®, versão 2013, abrange os conceitos e os termos adequados à descrição completa da necessidade de cuidados face ao fenómeno em estudo. Encontramos nos artigos incluídos achados que fundamentam os dados que baseiam o juízo clínico dos enfermeiros, para além das qualidades da pessoa que interferem neste processo de gestão do regime medicamentoso, dando assim resposta aos objetivos traçados para este estudo.

Importante, no entanto referir, que a literatura fala mais na adesão e pouco em concreto sobre a gestão. A adesão passa pela sobreposição entre o recomendado e o que o doente faz, mas não é suficiente dizer se adere ou não; importa determinar as razões da adesão ou não adesão.

Identificando o diagnóstico adequadamente vai permitir implementar intervenções adaptadas às necessidades e características específicas de cada pessoa, delineando objetivos que aumentam os benefícios percebidos; diminuem as barreiras e as dificuldades pela pessoa; promovem a auto-eficácia e motivação; otimizam o suporte social e profissional criando condições favoráveis, para gerir o seu próprio regime eficazmente. Todo este processo requer monitorizações e avaliações regulares com reformulações, de acordo com as necessidades, uma vez que a doença crónica se prolonga ao longo do tempo.

Gerir o regime medicamentoso, não é um autocuidado isolado, surge num contexto de uma vivência de uma transição de saúde-doença (que é tanto mais difícil quanto maior

for a vulnerabilidade pessoal, familiar e social) e o nível de consciencialização e envolvimento são determinantes na atitude face à gestão do regime medicamentoso. A mudança do estado de saúde é acompanhada de novas exigências, como é o caso da integração de um regime terapêutico complexo e cujo nível de dificuldade varia proporcionalmente à sua complexidade e inversamente à capacidade da pessoa para gerir, conduzindo à necessidade de novos conhecimentos e competências (Bastos, 2014).

Perante o exposto, podemos encontrar dois cenários possíveis: o doente, que está devidamente informado e capacitado para gerir, no entanto, conscientemente decide não aderir, direito que o assiste e o profissional de saúde tem que saber respeitar, estamos então, perante a não adesão intencional. Por outro lado, podemos estar perante um doente que ainda não adquiriu a capacidade para gerir o seu regime terapêutico, em particular o medicamentoso. Assim, são planeados e prestados cuidados de enfermagem, no sentido da promoção do conhecimento sobre os fatores que influenciam a capacidade para a eficácia da auto-gestão e capacidade de tomada de decisão, conduzindo os profissionais para uma posição de suporte e orientação.

No nosso entender, a frase que melhor representa e sistematiza este trabalho de pesquisa é: **Potencialidade para melhorar a capacidade para o autocuidado: gerir o regime medicamentoso**, pois as intervenções de enfermagem desenvolvem-se no sentido de capacitar a pessoa a incorporar, na sua vida, novas práticas mais adequadas e integrar as novas exigências da própria doença, demonstrando assim a eficácia do todo este processo.

A gestão do regime terapêutico surge assim, como um indicador de resultado da vivência da transição saúde-doença e que não pode ser descontextualizada dos diferentes fatores que interferem na vivência.

A figura seguinte é uma representação gráfica dos resultados deste trabalho de pesquisa.

Figura 11: Esquema ilustrativo dos principais resultados do estudo



A associação dos conceitos gerir o regime medicamentoso ao juízo comprometido, permite-nos identificar o diagnóstico - gerir o regime medicamentoso comprometido, que nos remete para as situações em que a pessoa sozinha não consegue gerir eficazmente o mesmo. Por outro lado, nas situações em que identificamos potencial de melhoria nas capacidades da pessoa podemos ajuizar que a mesma tem potencialidade para melhorar o autocuidado: gerir o regime medicamentoso. Estes dois diagnósticos fornecem a base para a seleção de intervenções de enfermagem, para atingir resultados eficazes ao cuidado. Às várias dimensões identificadas, que são igualmente foco de atenção dos enfermeiros podemos aplicar-lhes juízos, convertendo-os em outros diagnósticos de enfermagem.

Nesta fase, importa, refletir sobre as limitações que possam ter influenciado na avaliação e interpretação dos resultados. Na medida que este estudo está inserido num percurso académico, com tempo definido, a amostra mostrou-se grande e difícil de ser gerida por uma só investigadora principal, conduzindo ao alargamento do tempo, para ser possível a sua concretização.

Admitimos que são necessários mais estudos complementares que promovam a continuidade deste, voltados para as intervenções, já atualizadas com a linguagem CIPE®, versão 2015, bem como outros que analisem a documentação produzida pelos enfermeiros que utilizam a linguagem CIPE, no sentido de validarem e acrescentarem dados aos que aqui se apresentam, por forma a se evoluir para a construção de Modelos Clínicos de Dados.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. C. - *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais* (2ª ed.). Lisboa: Formasau - Formação e Saúde. 2011.

ACURCIO, F. D [et al.] - Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 55, 2009. p.468-474.

ALMEIDA, H. O. [et al.]. - Adesão a tratamentos entre idosos. *Com. Ciências Saúde*, 18 (1), 2007. p.57-67.

ANDRÉ, M. R. - *Adesão à terapêutica em pessoas infectadas pelo VIH/SIDA*. Lisboa: Stória. 2005.

ARAÚJO, R. - Interações medicamentosas no idoso. in S. P., *Farmacologia* (6ª ed., pp. 162-165). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

ARMSTRONG, D.; BORTZ, P. - An integrative review of pressure relief in surgical patients. *AORN Journal*, 73(3), 2001. p.645-674.

ATREJA, A., BELLAM, N.; LEVY, S. R. - Strategies to Enhance Patient Adherence: Making it Simple. *Med, Med Gen*, 7(1), 2005.

BACKMAN, K.; HENTINEN, M. - Model for the self-care of home-dwelling elderly. 30(3), 1999. p.564-572.

BAILEY, S. C., ORAMASIONWU, C. U.; WOLF, M. S. - Rethinking Adherence: A Health Literacy–Informed Model of Medication Self-Management. *Perspectives, Journal of Health Communication: International*, 18:sup1, 2013. p.20-30.

BALDUÍNO, L. S. [et al.] - Espiritualidade, Coping e Enfermagem: Revisão Integrativa da literatura. *Revista enfermagem UFPE*, 5, 2011. p.481-488.

BALKRISHNAN, R. - Predictors of medication adherence in the elderly. *Clinical Therapeutics*, 20 (1), 1998. p.764-771.

BANDURA, A. - *Self efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman and Company. 1997.

BARDIN, L. - *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. 1977.

BASTOS, F. - *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico*. Tese de Doutoramento, Universidade Católica, Porto. 2012.

BASTOS, F. - *Adesão e Gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2: participação das esposas no plano educacional*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Porto. 2004.

BAYLISS, E. A. [et al.] - Descriptions of Barriers to Self-Care by Persons with Comorbid Chronic Diseases. *Ann Fam Med*, 1 (1), 2003. p.15-21.

BEBEFIELD, L. E. - Implementing evidence-based practice in home care. *Home Healthcare Nurse*, 21(12), 2003. p.804-811.

BEERS, M. H.; BERHOW, R. - *The Merck Manual of Health*. New Jersey: Merck e Co. 2004.

BETTANY-SALTIKOV, J. - *How to do a systematic literature review in nursing - a step-by-step*. London: Open University Press. 2012.

BEWLEY, A.; PAGE, B. - Maximizing patient adherence for optimal outcomes in psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 25 (s4), 2011. p.9-14.

BEYEA, S. C.; NICOLL, L. H. - Writing an integrative review. *Aorn Journal*, 67 (4), 1998. p.877-880.

BOLTER, D.; MANIAS, E. - Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: Qualitative observation and interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 2010. p.154-165.

BROOME, M. E. - Integrative literature reviews for the development of concepts. in B. L. Rodgers, & K. K. Knafl, *Concept Development in nursing* (2ª ed., pp. 231-250). Philadelphia, PA: W.B. Saunders Co. 1993.

BROWN, S. A., UPCHURCH, S. L.; ACTON, G. J. - A Framework for Developing a Coding Scheme for Meta-Analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 25(2), 2003. p.205-222.

BROWN, S. J. - *Knowledge for Health Care Practice: A Guide to Using Research Evidence*. Philadelphia: WB Saunders Co. 1999.

BUCKWALTER, K. C. [et al.] - New technology for medication adherence: electronically managed medication dispensing system. *Journal of Gerontological Nursing*, 30 (7), 2004. p.5-8.

BUGALHO, A.; CARNEIRO, A. V. - *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas*. Lisboa: CEMBE - Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. 2004.

BUTLER, J. A [et al.] - Modifiable risk factors for non-adherence to immunosuppressants in renal transplant recipients: a cross-sectional study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19 (12), 2004. p.144-149.

CABRAL, M. V. - *A adesão à terapêutica em Portugal : atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas, os hábitos de saúde e o consumo de medicamentos*. Lisboa: ICS. Imprensa de Ciências Sociais. 2010.

CAMELO, S. H. - O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 16 (4), 2011. p.727-733.

CAMPEDELLI, M. C. [et al.] - *Processo de Enfermagem na prática*. São Paulo: Ática.1989.

CARPENITO, L. J. - *Diagnósticos de enfermagem. Aplicação à prática clínica* (6ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. 1997.

CARTER, B.L., [et al.] - The Iowa Continuity of Care study: Background and methods. American journal of health-system pharmacy. *AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 65(17),2008. p.1631-1642.

CATELA, A. I.; AMENDOEIRA, J. - Viver a Adesão ao Regime Terapêutico: Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 2010. p.39-54.

CAVANAGH, S. - *Modelo de Orem. Aplicação prática*. Barcelona: Masson - Savat Enfermeris. 1993.

CONN, V. S. [et al.] - Beyond MEDLINE for literature searches. *Journal of Nursing Scholarsh*, 35 (2), 2003a. p.177-182.

CONN, V. S. [et al.] - Grey Literature in Meta-Analyses. *Nursing Research*, 52 (4), 2003b. p.256-261.

CONN, V. S.; RANTZ, M. J. - Research methods: Managing primary study quality in meta-analyses. *Research in Nursing & Health*, 26 (4), 2003. p.322-333.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 1999.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão Beta2*. (3ª edição ed.). Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saude e Associação Portuguesa de Enfemeiros. 2005.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2006.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - *Classificação Intercional para a Prática de Enfemagem versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2010.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - *Classificação Internacional para a Prática de Enfemagem versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (ICN). - *Classificação Internacional para a Prática de Enfemagem versão 2013*. [Em linha] 2013. [consult. 15 de fevereiro de 2015]. Disponível em www.icn.ch/ICNP-Browser.html.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS; ORDEM DOS ENFERMEIROS. - *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra. 2009.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS; ORDEM DOS ENFERMEIROS. - *Servir a comunidade e garantir a continuidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Genebra. 2010.

COOK, P. F. [et al.] - Telephone nurse counseling for medication adherence in ulcerative colitis: A preliminary study. *Patient Education e Counseling*, 81 (2), 2010. p.182-186.

COOPER, H. M. - *Synthesizing Research: A Guide for Literature Reviews*. Thousand Oaks: SAGE Publications. 1998.

COUTINHO, C. P. - *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina. 2011.

DEPARTMENT OF HEALTH. *Supporting people with long term conditions to self-care: a guide to developing local strategies and good practice*. NHS. 2006. Improving Care Improving lives.

DIAS, A. [et al.] - Adesão ao regime terapêutico na doença crónica: revisão de literatura. *Millenium*, 40, 2011. p.201-219.

DREY, N. [et al.] - Adherence to antiparkinsonian medication: An in-depth qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 2012. p.863-871.

DUNCAR-JACOB, J. [et al.] - Medication Adherence in Persons With Cardiovascular Disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 18 (3), 2003. p.209-218.

ELLIOT, R. A.; O'CALLAGHAN, C. J. - Impact of Hospitalisation on the Complexity of Older Patients' Medication Regimens and Potential for Regimen Simplification. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 41 (1), 2011. p.21-25.

FARMER, K. C. - Methods for Measuring and Monitoring Medication Regimen Adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21 (6), 1999. p.1074-1090.

FERREIRA, C. P. - *Construção e validação de uma esacala predictiva de adesão à terapêutica*. Tese de mestrado , Uinversidade Católica, Porto. 2011.

FISCHER, H. [et al.]. - Design of a nurse-run, telephone-based intervention to improve lipids in diabetics. *Contemporary Clinical Trials*, 29 (5), 2008. p.809-816.

FONSECA, A. M. - *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores. 2004.

FRAZIER, S. C. - Health Outcomes and polypharmacy in elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 31 (9), 2005. p.4-11.

GANONG, L. H. - Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing & Health*, 10 (1), 1987. p.1-11.

GANTZ, S. - Self-care: perspective from six disciplines. *Holistic Nursing Practice*, 4 (2), 1990. p.1-12.

GARBER, M. C. [et al.] - The Concordance of Self-Report with Other Measures of Medication Adherence: A Summary of the Literature. *Medical Care*, 42 (7), 2004. p.649-652.

GARDNER-ROEHNELT, N.M. - Update on the management of neuroendocrine tumors: focus on somatostatin antitumor effects. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 16(1), 2012. p.56-64.

GARRAD, J. - *Health Sciences Literature Review Made Easy: The Matrix Method* (2ª ed.). Gaithersburg: Aspen Publication. 2004.

GERBRER, B. S. [et al.]. - Design of a trial to evaluate the impact of clinical pharmacists and community health promoters working with African-Americans and Latinos with Diabetes. *BMC Public Health*, 12, 2012. p.1-10.

GIL, A. C. - *Métodos e técnicas de pesquisa social* (2ª ed.). São Paulo: Editora Atlas S.A. 1999.

GLASER, B. G. - *Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory* (1ª ed.). Mill Valley, CA: The Sociology Press. 1978.

GOOSSEN, W. T. - Uso de registos eletrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. *Enfermagem*, 18 (2ª série), 2000a. p.5-22.

GOOSSEN, W. T. - *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*. Amsterdam, Netherlands: Gegevens Koninklijke Bibliitheek Den Haag. 2000b.

GOOSSEN, W. T.- Nursing information management and processing: a framework and definition for systems analysis, design and evaluation. *International Journal of Bio-Medical Computing*, 40 (3), 1996. p.187-195.

GOOSSEN, W., GOOSSEN-BAREMANS, A.; ZEL, M. V. - Detailed Clinical Models: A Review. *Healthcare Informatic Research*, 16 (4), 2010. p.201-214.

GORDON, M. - Towards theory - based diagnostic categories. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 1, 1990. p.5-11.

GREENHALGH, T. - How to read a paper: Papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *British Medical Journal*, 315, 1997. p.672-675.

GREY, M., KNAFL, K.; McCORKLE, R. - A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, 54 (5), 2006. p.278-286.

GRILO, A. M. - Temáticas centrais implicadas na vivência da infecção por VIH/sida. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 2001. p.101-118.

GUSMÃO, J. L.; JR., D. M. - Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13 (1), 2006. p.23-25.

HAYES, K. S. - Adding medications in the emergency department: Effect on knowledge of medications in older adults. *Journal of Emergency Nursing*, 25 (3), 1999. p.178-182.

HAYNES, B. F. [et al.]. - Cardioliipin Polyspecific Autoreactivity in Two Broadly Neutralizing HIV-1 Antibodies. *Science*, 308 (5730), 2005. p.1906-1908.

HENRIQUES, J. M. - *Adesão ao regime terapêutico proposto à pessoa com história de EAM - o papel do enfermeiro*. Tese de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra. 2011.

HORNE, R.; WEINMAN, J. - Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. *Psychology and Health*, 17, 2002. p.17-32.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. - *ISO/FDIS 18104, Health Informatics, Integration of a Reference Terminology Model for Nursing*. [Em linha].

2003.[consult. 20 de abril de 2013]. Disponível em:
www.umed.pl/pl/_akt/inf_tmp/2013/ISO_18104_2003_ICNP.pdf

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. - ISO/TS18308, Health Informatics, Requirements for an electronic health record architecture. 2011.

JACKSON, C. A. [et al.] - Factors Associated With Non-Adherence to Oral Medication for Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review. *Am J Gastroenterol.*, 105 (3), 2010. p.525-539.

KAURIC-KLEIN, Z. - Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention. *Nephrology Nursing Journal*, 39 (3), 2012. p.217-228.

KORFF, M. V [et al.] - Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127 (12), 1997. p.1097-1102.

KRIPALANI, S.; WEISS, B. D. - Teaching About Health Literacy and Clear Communication –. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 2006. p.888-890.

LANZONI, G. M.; MEIRELLES, B. H. - Liderança do enfermeiro: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19 (3), 2011. p.1-8.

LIPSON, J. G.; STEIGER, N. J. - Self-Care Nursing in a Multicultural Context. 1996 in A. A. Richard, & K. Shea, *Delineation of self-care and associated concepts* (Vol. 43 (3), 2011. p.255-264). *Journal of Nursing Scholarship*.

LORIG, K. R.; HOLMAN, H. R. - Self-Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (1), 2003. p.1-7.

MARIN, H. D. - Terminologia de referência em Enfermagem: a Norma ISO. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (4), 2009. p.445-448.

MARIN, H. D., PERES, H. H.; SASSO, G. T.- Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (3), 2013. p.299-306.

MARTINS, G. D.; LINTZ, A. - *Guia para elaboração de monografias e trabalhos de conclusão de cursos*. (1ª ed.). São Paulo: Atlas. 2000.

McHORNEY, C. A.; GADKARI, A. S. - Individual patients hold different beliefs to prescription medications to which they persist vs nonpersist and persist vs nonfulfill. *Patient Preference and Adherence*, 4, 2010. p.187-195.

McLAUGHLIN, E. J. [et al.] - Assessing Medication Adherence in the Elderly. *Drugs & Aging*, 22 (3), 2006. p.231-255.

MELCHORS, A. C., CORRER, C. J.; FERNÁNDEZ-LLIMOS, F. - Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen Complexity Index. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89 (4), 2007. p.210-218.

MELEIS, A. I. [et al.] - Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 2000. p.12-28.

MELEIS, A. I. - *Theoretical Nursing: development and progress*. Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins. 2007.

MENDES, K. D., SILVEIRA, R. C.; GALVÃO, C. M. - Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17 (4), 2008. p.758-764.

MENDES, L. M. [et al.] - Fatores associados a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: Uma Revisão Integrativa. *Revista Univap*. v. 20, n. 35, 2014. p.56-68.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. - *Qualitative Data Analysis*. Oaks, CA: Sage Publications. 1994.

MORISKY, D. E., GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. - Concurrent and Predictive Validity of a Self-Reported Measure of Medication Adherence. *Medical Care*, 24 (1), 1986. p.67-74.

MOTA, L. A. - *O perfil de autocuidado dos clientes: exploração da sua influência no sucesso após transplante hepático*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. 2011.

MURRAY, M. D.; KROENKE, K. - Polypharmacy and Medication Adherence. *Journal of General Internal Medicine*, 16 (2), 2001. p.137-139.

NAHAM, R.; Poston, I. - Measurement of the effects of an integrated, point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction. *Measurement of the*

effects of an integrated, point-of-care computer system on quality of nursing documentation and patient satisfaction, 18 (5), 2000. p.220-209.

NANDA. - *Nursing Diagnoses: definitions & classification*. Philadelphia: NANDA Internacional. 2003.

NEAME, R.; HAMMOND, A. - Beliefs about medications: A questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. *Rheumatology, 44*, 2005. p.762-767.

OLIVEIRA, J. H. - Desejabilidade social : Um constructo de difícil avaliação. *Psychologica, 35*, 2004. p.233-247.

OLIVEIRA, P. A. - *Fatores preditores de adesão ao regime medicamentoso: a pessoa com necessidade de tratamento anticoagulante oral*. Tese de Mestrado, Universidade do Porto , Porto. 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - enquadramento conceptual enunciados descritivos*. [Em linha]. 2001.[consul. em 10 de abril de 2012]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *nº122/2011. D.R., II série, nº 35 (18-02-2011)*, 8648-8653.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Sistemas de Informação em Enfermagem - Princípios Básicos da arquitetura e principais requisitos técnicos-funcionais*. [Em linha]. 2007.[consul. em 15 de novembro de 2013]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. - Desenvolvimento profissional individualização das especialidades em Enfermagem: proposta do sistema. Lisboa.*Suplemento nº 26 de junho*. 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. - *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. [Em linha]. 2012. [consul. em 10 de novembro de 2014]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. - *Segurança do doente*. [Em linha]. 2005. [consul. em 18 de dezembro de 2014]. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf

OREM, D. - *Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson. 1994.

OREM, D. -. *Normas prácticas en enfermería*. Madrid: Piramide. 1983.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. - Adherence to Medication. *New England Journal of Medicine*, 353 (4), 2005. p.487-497.

OWNBY, R. L. - Medication adherence and cognition Medical, personal and economic factors influence level of adherence in older adults. *Geriatrics*, 61 (2), 2006. p.30-35.

PADILHA, J. M. - *Preparação da pessoa hospitalizada para o regresso a casa. Conhecimentos e capacidades para uma eficaz resposta humana aos desafios em saúde*. Tese de Mestrado , Universidade do Porto , Porto. 2006.

PAIVA, A. - *Sistemas de Informação em Enfermagem - uma teoria explicativa de mudança*. Coimbra: Formasau. 2006.

PATTON, M. Q. - *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3ª ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2002.

PAVÃO, A. L.; COELI, C. - Modelos teóricos do uso de serviços de saúde: conceitos e revisão. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 16 (3), 2008. p.471-482.

PEREIRA, F. - *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau. 2009.

PEREIRA, M. A. - *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Tese de Doutoramento , Universidade de Lisboa , Lisboa. 2011.

PERES, H. H. [et al.] - Avaliação de sistema eletrônico para documentação clínica de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25 (4), 2012. p.543-548.

PETRONILHO, F. - *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau. 2012.

PIRES, F. - *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Prestados ao Idoso em Contexto Domiciliário: Adesão ao Regime Terapêutico*. Relatório de estágio , Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portalegre. 2013.

POLIT, D. F., BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artmed. 2004.

RICHARD, A. A.; SHEA, K. - Delineation of Self-Care and Associated Concepts. *Journal of Nursing Scholarship*, 43 (3), 2011 .p.255-264.

ROACH, S. - *Introdução à Enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.

ROBBINS, B. [et al.] - Multicultural medication adherence. A comparative study. *Journal Gerontological Nursing*, 30(7), 2004. p.25-32.

ROCCO, T. S.; PLAKHOTNIK, M. S. -. Literature Reviews, Conceptual Frameworks, and Theoretical Frameworks: Terms, Functions, and Distinctions. *Human Resource Development Review*, 8 (1), 2009. p.120-130.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R. - Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare enferm*, 3 (2), 1998. p.109-112.

RONZANI, T. M. - A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças? *Revista brasileira de educação médica*, 31 (1), 2007. p.38-43.

RUNGRUANGSIRIPAN, M. [et al.] -Mediating Role of Illness Representation Among Social Support, Therapeutic Alliance, Experience of Medication Side Effects, and Medication Adherence in Persons With Schizophrenia. *Archives Psychiatric Nursing*, 25 (4), 2011. p.269-283.

RUSSEL, C. L. - An overview of the integrative research review. *Progress in Transplantation*, 15 (1), 2005. p.8-13.

RYAN, P.; KATLEEN, S. - The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57 (4), 2009. p.217-225.

SABATE. - *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization (WHO). 2003.

SARAIVA, O.M.A – *Crenças nos medicamentos e adesão à terapêutica farmacológica na cardiopatia isquémica*. Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu. 2011

SASSO, G. T. [et al.]. - Processo de enfermagem informatizado: metodologia para associação da avaliação clínica, diagnósticos, intervenções e resultados. *Revista Escola Enfermagem USP*, 47 (1), 2013. p.242-249.

SILVA, A. P. - *Sistemas de Informação em Enfermagem – uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Porto. 2001.

SILVA, M. A. - *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de doutoramento, Universidade Católica, Porto. 2011.

SIMÃO, A. R. - *Adesão Às Prescrições/Recomendações Médicas Por Parte De Idosos Institucionalizados E Em Centros De Dia: Um Estudo Exploratório*. Tese de mestrado , Universidade de Lisboa, Lisboa. 2009.

SOUSA, M. R. [et al.]. - Coping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência, III Série (4)*, 2011. p.151-160.

SOUSA, P. - *Sistemas de partilha de Informação em Enfermagem entre contextos de saúde – um modelo explicativo*. Coimbra: Formasau. 2006.

SOUSA, P. - Sistemas de Informação em enfermagem: novos desafios, novas oportunidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP. Editorial*, 46 (5), 2012. p.1-2.

SOUZA, M. T., SILVA, M. D.; CARVALHO, R. D. - Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8, 2010. p.102-106.

SPIGOLON, D. N.; MORO, C. M. - Arquétipos do conjunto de dados essenciais de enfermagem para atendimento de portadoras de endometriose. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33 (4), 2012. p.22-32.

SWANLUND, S. L. - Successful cardiovascular medication management processes as perceived by community-dwelling adults over age 74. *Applied Nursing Research*, 23 (1), 2010. p.22-29.

TEIXEIRA, J. A. - Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, 22 (3), 2004.

TELES- CORREIA, D. [et al.]. - Adesão nos doentes transplantados. *Acta Médica Portuguesa*, 20, 2007. p.73-85.

TELLES-CORREIA, D. [et al.]. - Psychiatric differences between liver transplant candidates with familial amyloid polyneuropathy and those with alcoholic liver disease. *Progress in Transplantation*, 18 (2), 2008. p.134-139.

THEUERKAUF, A. – Autocuidado e actividades da vida diária In Hoeman, Shirley, P. – Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo. 2ª ed. Lisboa: Lusociência, 2000. p.173-207 in ABREU, W. C. - *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais* (2ª ed.). Lisboa: Formasau - Formação e Saúde. 2011.

TIMMINS, F.; McCABE, C. - How to conduct an effective literature search. *Nursing Standard*. 20, 11,, 20 (11), 2005. p.41-47.

URQUHART, C.; CURRELL, R. - Reviewing the evidence on nursing record systems. *Health Informatics Journal*, 11 (1), 2005. p.33-44.

VERMEIRE, E. [et al.]. - Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26 (5), 2001. p.331-342.

VON KORFF, M. [et al.]. - Collaborative Management of Chronic Illness. *Ann Intern Med*, 127, 1997. p.1097-1102.

WERLEY, H. H. [et al.]. - Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data. *American Journal of Public Health*, 81 (4), 1991. p.421-426.

WHITTEMORE, R. - Analysis of integration in nursing science and practice. *Journal Nursing Scholarsh*, 37 (3), 2005a. p.261-267.

WHITTEMORE, R. - Combining the evidence in nursing research: methods and implications. *Nursing Research*, 54 (1), 2000b. p.56-62.

WHITTEMORE, R., & KNAFL, K. - The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (5), 2005b. p.546-555.

WILLIAMS, A., MANIAS, E.; WALKER, R. - Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (2), 2008. p.132-143.

WOLLERSHEIM, D., SARI, A.; RAHAYU, W.- Archetype-based electronic health records: a literature review and evaluation of their applicability to health data interoperability and access. *Health Information Management Journal*, 38 (2), 2009. p.7-17.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - *Innovative care for chronic conditions – building blocks for action: Global report*. [Em linha]. 2002. [consul. em 19 de setembro de 2014]. Disponível em www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - *Health Education in Self-Care: possibilities and limitations*. Genebra. 1983.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - *Practical pointers on keeping well*. [Em linha]. 2005. [consul. em 20 de outubro de 2014]. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/wpro/2005/9290610611_eng.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*. Genebra. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. - *Tackling Chronic Disease in Europe. Strategies, interventions and challenges*. United Kingdom: Observatory Studies Series No 20. 2010.

WU, J.-R. [et al.]. - Medication Adherence in Patients Who Have Heart Failure: a Review of the Literature. *Nursing Clinics of North America*, 43 (1), 2008. p.133-153.

ANEXOS

ANEXO 1

Frase *Booleana*

((MM "nurs*") OR (TI "nurs*") OR (AB "nurs*") OR (MH "nurs*") OR (SU "nurs*")) AND ((TI "self-management") OR (AB "self-management") OR (SU "self-management") OR (MH "Self-Care: Non-Parenteral Medication ") OR (AB "Self-Care: Non-Parenteral Medication ") OR (TI "Self-Care: Non-Parenteral Medication ") OR (SU "Self-Care: Non-Parenteral Medication ") OR (MH "Self-Care: Parenteral Medication") OR (TI "Self-Care: Parenteral Medication") OR (AB "Self-Care: Parenteral Medication") OR (SU "Self-Care: Parenteral Medication") OR (MH "Blood Glucose Self-Monitoring") OR (TI "Blood Glucose Self-Monitoring") OR (AB "Blood Glucose Self-Monitoring") OR (SU "Blood Glucose Self-Monitoring") OR (MH "Self Administration") OR (TI "Self Administration") OR (AB "Self Administration") OR (SU "Self Administration") OR (MH "Teaching: Prescribed Medication") OR (TI "Teaching: Prescribed Medication") OR (AB "Teaching: Prescribed Medication") OR (SU "Teaching: Prescribed Medication") OR (MH "Patient Controlled Analgesia Assistance") OR (TI "Patient Controlled Analgesia Assistance") OR (AB "Patient Controlled Analgesia Assistance") OR (SU "Patient Controlled Analgesia Assistance") OR (MH "Teaching: Prescribed Activity-Exercise") OR (TI "Teaching: Prescribed Activity-Exercise") OR (AB "Teaching: Prescribed Activity-Exercise") OR (SU "Teaching: Prescribed Activity-Exercise") OR (MH "Teaching: Prescribed Diet") OR (TI "Teaching: Prescribed Diet") OR (AB "Teaching: Prescribed Diet") OR (SU "Teaching: Prescribed Diet") OR (MH "Teaching: Psychomotor Skill ") OR (TI "Teaching: Psychomotor Skill ") OR (AB "Teaching: Psychomotor Skill ") OR (SU "Teaching: Psychomotor Skill ") OR (MH "Teaching: Procedure-Treatment ") OR (TI "Teaching: Procedure-Treatment ") OR (AB "Teaching: Procedure-Treatment ") OR (SU "Teaching: Procedure-Treatment ") OR (MH "Teaching: Disease Process ") OR (TI "Teaching: Disease Process ") OR (AB "Teaching: Disease Process ") OR (SU "Teaching: Disease Process ") OR (MH "Restricted Diet") OR (TI "Restricted Diet") OR (AB "Restricted Diet") OR (SU "Restricted Diet") OR (MH "Drug Delivery Systems") OR (TI "Drug Delivery Systems") OR (AB "Drug Delivery Systems") OR (SU "Drug Delivery Systems") OR (MH "Adherence Behavior ") OR (TI "Adherence Behavior ") OR (AB "Adherence Behavior ") OR (SU "Adherence Behavior ") OR (MH "Medication Compliance") OR (TI "Medication Compliance") OR (AB "Medication Compliance") OR (SU "Medication Compliance") OR (MH "Health Beliefs") OR (TI "Health Beliefs") OR (AB "Health Beliefs") OR (SU "Health Beliefs") OR (MH "Noncompliance ") OR (TI "Noncompliance ") OR (AB "Noncompliance ") OR (SU "Noncompliance ") OR (MH "Effective Management of Therapeutic Regimen ") OR (TI "Effective Management of Therapeutic Regimen ") OR (AB "Effective Management of Therapeutic Regimen ") OR (SU "Effective Management of Therapeutic Regimen ") OR (MH "Patient Compliance") OR (TI "Patient Compliance") OR (AB "Patient Compliance") OR (SU "Patient Compliance") OR (MH "Compliance Behavior ") OR (TI

"Compliance Behavior ") OR (AB "Compliance Behavior ") OR (SU "Compliance Behavior ") OR (MH "Symptom Control Behavior ") OR (TI "Symptom Control Behavior ") OR (AB "Symptom Control Behavior ") OR (SU "Symptom Control Behavior ") OR (MH "Participation: Health Care Decisions ") OR (TI "Participation: Health Care Decisions ") OR (AB "Participation: Health Care Decisions ") OR (SU "Participation: Health Care Decisions ") OR (MH "Treatment Behavior: Illness or Injury") OR (TI "Treatment Behavior: Illness or Injury") OR (AB "Treatment Behavior: Illness or Injury") OR (SU "Treatment Behavior: Illness or Injury") OR (MH "Pain Control Behavior") OR (TI "Pain Control Behavior") OR (AB "Pain Control Behavior") OR (SU "Pain Control Behavior") OR (MH "Health Knowledge and Behavior ") OR (TI "Health Knowledge and Behavior ") OR (AB "Health Knowledge and Behavior ") OR (SU "Health Knowledge and Behavior ") OR (MH "Adherence") OR (TI "Adherence") OR (AB "Adherence") OR (SU "Adherence") OR (MH "Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR (TI "Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR (AB "Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR (SU "Health Knowledge, Attitudes, Practice") OR (MH "Patient Participation") OR (TI "Patient Participation") OR (AB "Patient Participation") OR (SU "Patient Participation"))) NOT TI "nursing home*" NOT AB "nursing home*" NOT SU "nursing home*" NOT (TI "guideline adherence") NOT (AB "guideline adherence") NOT (SU "guideline adherence") NOT (TI "practice guidelines") NOT (AB "practice guidelines") NOT (SU "practice guidelines") NOT (TI "professional compliance") NOT (AB "professional compliance") NOT (SU "professional compliance") NOT (TI "handwashing") NOT (AB "handwashing") NOT (SU "handwashing") NOT (TI "nursing staff") NOT (AB "nursing staff") NOT (SU "nursing staff") NOT (TI "students, nursing") NOT (AB "students, nursing") NOT (SU "students, nursing") NOT (TI "midwif*") NOT (AB "midwif*") NOT (SU "midwif*") NOT (TI "breast feeding") NOT (AB "breast feeding") NOT (SU "breast feeding") NOT (TI "breastfeeding") NOT (AB "breastfeeding") NOT (SU "breastfeeding") NOT (TX "mass screening").

ANEXO 2

Instrumento de colheita de dados

Quadro de extração de dados dos artigos “excluídos”:

Referência bibliográfica	Momento do processo de exclusão	Razão/motivo	Categoria

Quadro de extração de dados dos artigos “incluídos”:

Ref. Bibliog.	Unidade de registo	Dados	Juízo	Gradiente	Dimensão	Foco	Via	Tipo de estudo

ANEXO 3

Tabelas dos artigos “excluídos” e bibliografia

Tabela dos artigos “excluídos”:

Referência bibliográfica	Momento do processo de excluído	Razão/motivo	Categoria
[1]	Tittle/Abstrat	Suporte da literatura sobre vacinação reduz a incidência das doenças	Outro foco - Vacinação
[2]	Tittle/Abstrat	Reporta-se à vacinação em doentes em tratamento com metadona	Outro foco - Vacinação
[3]	Tittle/Abstrat	Revisão sistemática – estratégias de adesão	Outro foco – Vacinação
[4]	Title/abstract	Fatores que influenciam a vacinação contra a gripe nos enfermeiros	Outro foco – Vacinação
[5]	Tittle/Abstrat	Efeito da medicação e descrição de relação entre sintomas/medicação em doente pós cirurgia coronária	Outros
[6]	Tittle/Abstrat	Efeito da medicação em dependentes de cocaína	Outros
[7]	Tittle/Abstrat	Administração de medicação/promoção custo efeito de medicação	Outros
[8]	Texto integral	Efeito da medicação e como usar no doente psiquiátrico - criação de quadro conceptual	Outros
[9]	Title/abstrat	Efeito da medicação (específica) no delírio	Outros
[10]	Title/abstract	Efeito da medicação e eficácia da mesma, no controlo da dor após cirurgia	Outros
[11]	Texto integral	Efeito de medicação para o distúrbio do sono nos doentes com artrite	Outros
[12]	Texto integral	Impacto da paragem dos agentes anti trombóticos e a ocorrência do AVC	Outros
[13]	Texto integral	Uso de indutores do sono num hospital	Outros

[14]	Tittle/Abstrat	Automedicação em doentes com problemas otológicos/quais os medicamentos e quais os motivos para esta prática	Outros
[15]	Title/abstract	Impacto do uso de medicamentos sem receita médica em doentes com DPCO	Outros
[16]	Tittle/Abstrat	Monitorização de glicemia	Outro foco – auto monitorização
[17]	Title/abstract	Controlo de glicemia – diferenças de controlo trimestral ou semestral	Outro foco – auto monitorização
[18]	Title/abstract	Outro grupo profissional (médico de família) - melhor controlo de diabetes e hipertensão	Outro foco – auto monitorização
[19]	Title/abstract	Controlo de glicemia numa unidade de cuidados intensivos	Outro foco – auto monitorização
[20]	Texto integral	Comparação de programas para melhor controlo da diabetes	Outro foco – auto monitorização
[21]	Texto integral	Programa de controlo de diabetes, tem diferenças de resultados pela diferença de etnias	Outro foco – auto monitorização
[22]	Title/abstract	Análise dos dados referentes à prevalência, tratamento e controlo do colesterol	Outro foco – auto monitorização
[23]	Title/abstract	Controlo da dor nas crianças realizada administração pelos pais	Outro foco - Dor - Controlo
[24]	Title/abstract	Controlo da dor nas crianças pós amigdalectomia, mas realizada pelos pais	Outro foco – Dor - Controlo
[25]	Title/abstract	Influência da dor na vida da mulher pós cirurgia cardíaca	Outro foco - Dor - Controlo

[26]	Title/abstract	Controlo da dor nos adolescentes (prevalência a gravidade da dor no adolescente)	Outro foco - Dor - Controlo
[27]	Title/abstract	Controlo da dor em crianças pós cirurgia, realizada pelos pais	Outro foco - Dor - Controlo
[28]	Title/abstract	Controlo da dor em crianças pós cirurgia, realizada pelos pais	Outro foco - Dor - Controlo
[29]	Title/abstract	Controlo da dor em adultos submetidos a cirurgia cardíaca, programa de controlo de sintomas	Outro foco - Dor - Controlo
[30]	Title/abstract	Perceção/crenças dos pais no controlo da dor nas crianças/eficácia da intervenção educativa	Outro foco - Dor - Controlo
[31]	Title/abstract	Controlo da dor e depressão e avaliar a eficácia da abordagem combinada medicamentosa/comportamental	Outro foco - Dor - Controlo
[32]	Title/abstract	Controlo da dor em crianças pré imunização	Outo foco – Dor - Controlo
[33]	Title/abstract	Controlo da dor pós parto	Outro foco - Dor - Controlo
[34]	Title/abstract	Depressão em doente com VIH	Outro foco – Depressão
[35]	Title/abstract	Tratamento da depressão, diferenças raciais	Outro foco – Depressão
[36]	Title/abstract	Depressão pré-parto e o uso de antidepressivos, opinião, estigma e atitudes dos estudantes de enfermagem	Outro foco – Depressão
[37]	Tittle/Abstrat	Adesão dos enfermeiros a algoritmo de medicação (insulina)	Centralidade no profissional
[38]	Tittle/Abstrat	Revisão sistemática – atitudes e crenças dos profissionais de saúde, na administração de medicação	Centralidade no profissional

[39]	Title/abstract	Visão de médicos e enfermeiros no controlo da dor	Centralidade no profissional
[40]	Title/abstract	Impacto da formação dos enfermeiros em saúde mental, atitudes e conhecimentos	Centralidade no profissional
[41]	Title/abstract	Avaliação da literacia de enfermeiros e psiquiatras. Diagnóstico e crenças sobre depressão e esquizofrenia	Centralidade no profissional
[42]	Title/abstract	Visão como os profissionais apoiam os doentes mentais com diabetes	Centralidade no profissional
[43]	Title/abstract	Papel da enfermagem nos transplantes renal	Centralidade no profissional
[44]	Title/abstract	Impacto dos medicamentos genéricos – perceção dos profissionais e consumidores	Centralidade no profissional
[45]	Title/abstract	Experiência de enfermeira especialista em VIH, na África do Sul. Formação de outros profissionais	Centralidade no profissional
[46]	Title/abstract	Motivação e frustração dos profissionais para administrar a medicação ao doente com VIH	Centralidade no profissional
[47]	Texto integral	Consultas de enfermeiros “prescritores” a doentes diabéticos - visão dos doentes	Centralidade no profissional
[48]	Title/abstract	Avaliação da implementação de um enfermeiro prescriptor num hospital de agudos	Centralidade no profissional
[49]	Title/abstract	Programa de controlo de infeção	Centralidade no profissional
[50]	Title/abstract	Programa de formação para enfermeiros reumatologistas	Centralidade no profissional
[51]	Title/abstract	Questões que influenciam na prescrição num hospital	Centralidade no profissional

[52]	Title/abstract	Tomada de decisão médica em doentes idosos com múltiplas doenças crónicas	Centralidade no profissional
[53]	Title/abstract	Aumento de conhecimento e habilidade dos alunos de medicina, no momento da alta, de forma a evitar erros	Centralidade no profissional
[54]	Title/abstract	Microrganismo causador de peritonite por diálise	Centralidade no profissional
[55]	Texto integral	Atitudes dos enfermeiros reumatologistas no processo de transição dos doentes jovens para adultos	Centralidade no profissional
[56]	Title/abstract	Comparação de dois processos de recolha de dados e seu tratamento	Centralidade no profissional
[57]	Title/abstract	Conhecimento dos profissionais de saúde sobre a malária	Centralidade no profissional
[58]	Title/abstract	Programa de educação para profissionais, no modo de atuação no caso da restrição física	Centralidade no profissional
[59]	Title/abstract	Gestão da medicação, feita pelos profissionais, de doente com demência	Centralidade no profissional
[60]	Title/abstract	Contribuição da enfermagem em saúde mental, no atendimento e tratamento ao doente num primeiro episódio de psicose	Centralidade no profissional
[61]	Title/abstract	Processo de tomada de decisão partilhada na prática psiquiátrica	Centralidade no profissional
[62]	Title/abstract	Doente com diabetes gere a doença, influência das crenças culturais, suporte social e económico	Centralidade em autoeficácia
[63]	Title/abstract	Intervenção em doentes com diabetes – educação para a autoeficácia	Centralidade em autoeficácia

[64]	Texto integral	Entrevista motivacional para melhorar a qualidade de vida dos doentes com insuficiência cardíaca	Centralidade em auto eficácia
[65]	Texto integral	Comportamentos de autogestão, autoeficácia e resultados em saúde em doentes submetidos a transplante	Centralidade em auto eficácia
[66]	Title/abstract	Diagnóstico precoce do cancro do pulmão	Estratégias ou programas de intervenção
[67]	Title/abstract	Programa de prevenção para o cancro de pele, em crianças	Estratégias ou programas de intervenção
[68]	Texto integral	Programa para reduzir o risco de doença cardiovascular	Estratégias ou programas de intervenção
[69]	Title/abstract	Impacto da distribuição de mosquiteiros na prevenção da malária nas mulheres grávidas	Estratégias ou programas de intervenção
[70]	Title/abstract	Papel da educação para a saúde, depois de um evento cardíaco	Estratégias ou programas de intervenção
[71]	Title/abstract	Sistemas de apoio na comunidade, papel e função, ao doente com HIV/SIDA	Estratégias ou programas de intervenção
[72]	Texto integral	Programa educacional para diabetes para crianças, jovens e famílias	Estratégias ou programas de intervenção
[73]	Texto integral	Avaliação de programa para controlo da tensão arterial em hipertensos	Estratégias ou programas de intervenção
[74]	Texto integral	Avaliação de intervenções que promover o melhor controlo da tensão arterial	Estratégias ou programas de intervenção
[75]	Tittle/Abstrat	Eficácia de um programa de tratamento	Estratégias ou programas de intervenção

[76]	Title/abstract	Case management - malária em mulheres grávidas – questionário a profissionais de saúde (avaliação de conhecimentos/atitudes/medicação)	Estratégias ou programas de intervenção
[77]	Title/abstract	Case management – avaliar a eficácia do programa para reduzir a tuberculose Aumenta o impacto do programa e conhecimento do AIDS/ aumento do uso de preservativo/diminuição do uso de álcool e parceiros sexuais	Estratégias ou programas de intervenção
[78]	Texto integral	Programa de case management em doente em programa de diálise	Estratégias ou programas de intervenção
[79]	Title/abstract	Programa educacional para cuidadores idosos	Estratégias ou programas de intervenção
[80]	Title/abstract	Comparação de duas abordagens na prescrição médica de exercícios, na prevenção de quedas	Estratégias ou programas de intervenção
[81]	Texto integral	Alta precoce após episódio de enfarte do miocárdio.	Estratégias ou programas de intervenção
[82]	Texto integral	Estratégias desenvolvidas por nurse-led, para empowerment do doente hipertenso	Estratégias ou programas de intervenção
[83]	Title/abstract	Crioterapia para o tratamento de verrugas	Estratégias ou programas de intervenção
[84]	Title/abstract	Estratégias para mulheres com fibromialgia, para gerir a vida dada a sintomatologia	Estratégias ou programas de intervenção
[85]	Texto integral	Gestão da malária no domicílio	Estratégias ou programas de intervenção
[86]	Texto integral	Programa de educação para crianças com asma e cuidadores – qualidade de vida	Estratégias ou programas de intervenção

[87]	Title/abstract	Guidelines para a prática clínica na prevenção da doença cardiovascular	Estratégias ou programas de intervenção
[88]	Title/abstract	Controlo da tensão arterial após AVC – intervenções	Estratégias ou programas de intervenção
[89]	Title/abstract	Programa de prevenção para o AVC	Estratégias ou programas de intervenção
[90]	Title/abstract	Gestão da diabetes com uso da estratégia do auto – monitorização	Estratégias ou programas de intervenção
[91]	Title/abstract	Acompanhamento do doente pós enfarte do miocárdio	Estratégias ou programas de intervenção
[92]	Title/abstract	Programa de auto gestão da diabetes	Estratégias ou programas de intervenção
[93]	Title/abstract	Trabalho multidisciplinar com doentes com HIV	Estratégias ou programas de intervenção
[94]	Title/abstract	Papel da Nurse-led na prevenção, educação e continuidade de cuidados nos doentes cardíacos	Estratégias ou programas de intervenção
[95]	Title/abstract	Intervenção para diminuir o reinternamento	Estratégias ou programas de intervenção
[96]	Texto integral	Avaliação da eficácia e aceitação da entrega da medicação para VIH por enfermeiros	Estratégias ou programas de intervenção
[97]	Texto integral	Intervenção de enfermagem para melhorar a adesão no caso da úlcera de perna	Estratégias ou programas de intervenção
[98]	Title/abstract	Papel do “nurse practitioner” para melhorar a gestão da diabetes	Estratégias ou programas de intervenção
[99]	Texto integral	Intervenção de enfermagem às mulheres na menopausa com osteoporose	Estratégias ou programas de intervenção

[100]	Title/abstract	Intervenções em doentes com doença pulmonar crónica, influência na qualidade de vida e no internamento hospitalar	Estratégias ou programas de intervenção
[101]	Title/abstract	Papel da “practice nurses” no primary care, as suas experiências	Estratégias ou programas de intervenção
[102]	Title/abstract	Therapeutic emplotment’: exploração da relação entre enfermeiro-doente em cuidados continuados	Estratégias ou programas de intervenção
[103]	Title/abstract	Intervenção educativa para melhorar o controlo de glicemia nas crianças	Estratégias ou programas de intervenção
[104]	Title/abstract	Avaliação dos cuidados prestados por “nurse led intermediate” em doentes internados com DPCO	Estratégias ou programas de intervenção
[105]	Title/abstract	Capacitar o doente a controlar a doença e a saúde	Estratégias ou programas de intervenção
[106]	Texto integral	Intervenção da “Nurse-led” para otimizar a toma de beta-bloqueadores, pós cirurgia	Estratégias ou programas de intervenção
[107]	Texto integral	Avaliação de um programa, com uso de mensagens de telemóvel, para o controlo da diabetes	Estratégias ou programas de intervenção
[108]	Texto integral	Intervenção para promover o exercício e a autogestão em doente com insuficiência cardíaca	Estratégias ou programas de intervenção
[109]	Title/abstract	Programa piloto para intervenção em idosos com insuficiência cardíaca	Estratégias ou programas de intervenção
[110]	Texto integral	Programa educativo para doentes com insuficiência renal	Estratégias ou programas de intervenção
[111]	Texto integral	Intervenção por Nurse-led, como pode produzir resultados na apneia do sono	Estratégias ou programas de intervenção

[112]	Title/abstract	Diagnóstico e gestão da doença de Raynaud, papel do enfermeiro especialista	Estratégias ou programas de intervenção
[113]	Title/abstract	Impacto da intervenção na qualidade de vida nos doentes submetidos a transplante antológico	Estratégias ou programas de intervenção
[114]	Texto integral	Estabelecer taxas de adesão a uma terapia comportamental em mulheres a fazer quimioterapia, com cancro da mama	Estratégias ou programas de intervenção
[115]	Texto integral	Algoritmo de intervenção de enfermagem para promover a adesão ao ART, impacto dessas intervenções	Estratégias ou programas de intervenção
[116]	Texto integral	Preditores de adesão de intervenção a cuidadores de doentes com demência	Estratégias ou programas de intervenção
[117]	Title/abstract	Programa de educação para pais de crianças dos 4-12 anos com asma	Estratégias ou programas de intervenção
[118]	Texto integral	Determinação dos efeitos de intervenção de enfermagem (telefone/vídeo) em relação à medicação do doente com Parkinson	Estratégias ou programas de intervenção
[119]	Title/abstract	Programa que auxilia pais a controlar a dor de crianças, após amigdalectomia	Estratégias ou programas de intervenção
[120]	Texto integral	Intervenção que melhor a gestão da doença – diabetes	Estratégias ou programas de intervenção
[121]	Title/abstract	Intervenção que visa melhorar a assistência pós alta, por forma a diminuir a taxa de reinternamento, em idosos	Estratégias ou programas de intervenção
[122]	Texto integral	Eficácia da intervenção para melhorar a auto gestão de doença crónica – diabetes, HTA e IC	Estratégias ou programas de intervenção

[123]	Texto integral	Efeitos de intervenção que melhora a autogestão da diabetes	Estratégias ou programas de intervenção
[124]	Texto integral	Programa multidisciplinar de cardiologia, pode melhorar os cuidados preventivos nos doentes	Estratégias ou programas de intervenção
[125]	Texto integral	Avaliar a eficácia clínica da intervenção (nurse-based) para melhorar a gestão do doente idoso com problemas osteoarticulares	Estratégias ou programas de intervenção
[126]	Texto integral	Avaliar a eficácia da intervenção para aumentar o conhecimento sobre os medicamentos, no momento da alta	Estratégias ou programas de intervenção
[127]	Texto integral	Intervenção focada nos pais de crianças com asma para promover/melhorar a adesão nas crianças	Estratégias ou programas de intervenção
[128]	Texto integral	Avaliação de uma intervenção (contacto telefónico) durante um tratamento de quimioterapia	Estratégias ou programas de intervenção
[129]	Texto integral	Avaliação de intervenção realizada por farmacêuticos e enfermeiros que promove o uso adequado da medicação nos idosos	Estratégias ou programas de intervenção
[130]	Texto integral	Avaliar a eficácia de programas de educação de auto-gestão de DPOC no que se refere aos resultados em saúde e ao uso de serviços de saúde	Estratégias ou programas de intervenção
[131]	Texto integral	Avaliar intervenção que promove que unem esforços para intensificar a gestão da diabetes e hipertensão	Estratégias ou programas de intervenção
[132]	Texto integral	Avaliação de intervenção que promove a qualidade de vida no doente com insuficiência cardíaca	Estratégias ou programas de intervenção
[133]	Title/abstract	Implementação de um programa para a redução do uso desnecessário de inibidor de bomba de protões.	Estratégias ou programas de intervenção

[134]	Texto integral	Programa para promover a toma de aspirina no doente diabético	Estratégias ou programas de intervenção
[135]	Title/abstract	Avaliação de intervenção em adultos idosos, que melhora a capacidade para as AVD's	Estratégias ou programas de intervenção
[136]	Texto integral	Programa de acompanhamento para a dor crónica	Estratégias ou programas de intervenção
[137]	Texto integral	Programa de manutenção e tratamento de dependência de opiáceos	Estratégias ou programas de intervenção
[138]	Title/abstract	Identificação de cuidados para promover a recuperação do doente mental e medir consenso entre instituições	Estratégias ou programas de intervenção
[139]	Title/abstract	Programa psicossocial de preparação de doentes esquizofrénicos para a alta	Estratégias ou programas de intervenção
[140]	Texto integral	Avaliação da intervenção psicoeducativa em adolescentes com alterações psiquiátricas	Estratégias ou programas de intervenção
[141]	Texto integral	Modelo teórico que promove a gestão de medicação em saúde mental	Estratégias ou programas de intervenção
[142]	Texto integral	Processo de tomada de decisão, na gestão da doença mental	Estratégias ou programas de intervenção
[143]	Title/abstract	Intervenções de enfermagem para melhorar a sintomatologia: náuseas, vômitos e anorexia em doente com cancro a fazer quimioterapia	Estratégias ou programas de intervenção
[144]	Title/abstract	Avaliação do adulto, sobre efeitos tardios, sobrevivente do linfoma em criança	Estratégias ou programas de intervenção
[145]	Title/abstract	Terapia alternativa nas mulheres com cancro da mama	Estratégias ou programas de intervenção

[146]	Title/abstract	Efeito da imagem guiada como relaxamento nos doentes com osteoartrite	Estratégias ou programas de intervenção
[147]	Texto integral	Uso da entrevista motivacional, para melhorar a sintomatologia músculo-esquelética	Estratégias ou programas de intervenção
[148]	Title/abstract	Uso de óleo hidratante em bebés	Estratégias ou programas de intervenção
[149]	Title/abstract	Uso da técnica de relaxamento no controlo da asma	Estratégias ou programas de intervenção
[150]	Title/abstract	Auto gestão da asma com uso da internet	Estratégias ou programas de intervenção
[151]	Title/abstract	Aplicativo informático que contribui para a gestão da diabetes – fatores que influenciam o seu uso	Estratégias ou programas de intervenção
[152]	Texto integral	Compara níveis de conhecimento, após a educação ao doente com recurso a computador vs paciente-médico	Estratégias ou programas de intervenção
[153]	Title/abstract	Gestão do regime terapêutico, mas feito pelos pais e educadores (alergia e administração de medicação)	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[154]	Title/abstract	Gestão e conhecimento da asma por professores	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[155]	Title/abstract	Preparação de professores e funcionários da escola para atuação em caso de choque anafilático	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[156]	Texto integral	Papel dos membros da família na adesão do doente ao ART	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)

[157]	Texto integral	Avaliação da adesão em crianças, através do relato de cuidadores, da farmácia e dados de manutenção da doença	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[158]	Title/abstract	Desafios encarados pelos avós que gerem o regime terapêutico de crianças infetadas com VIH	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[159]	Title/abstract	Efeito na rotina da família, dos cuidados prestados às crianças com asma e avaliação da qualidade de vida dos pais	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[160]	Texto integral	Conhecer as atitudes dos adolescentes em relação á auto administração de epinefrina, a fim de melhorar a educação do doente	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[161]	Title/abstract	Exploração dos fatores que determinam a decisão da família em iniciar e aderir à toma de medicação psicotrópica em crianças e adolescentes	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[162]	Title/abstract	Revisão sistemática das intervenções que promovem a adesão ao regime terapêutico em crianças	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[163]	Title/abstract	Avaliação da adesão nos adolescentes com asma	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[164]	Title/abstract	Identificação de fatores que promovem a adesão em crianças	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[165]	Title/abstract	Adesão a citotóxicos orais em crianças com leucemia	Outros clientes (pais, prestadores de cuidados)
[166]	Title/abstract	Uso de medicação no transtorno de personalidade. Explorar os pontos de vista, opiniões e experiências de pessoas com a doença e a sua experiência com a toma da medicação.	Experiências de vivência com a doença

[167]	Title/abstract	Explorar a influência da consciência da doença (cancro) no doente e família durante o tratamento. Qualidade de vida	Experiências de vivência com a doença
[168]	Title/abstract	Experiência da mulher com cancro da mama a fazer quimioterapia	Experiências de vivência com a doença
[169]	Title/abstract	Impacto das comorbilidades nos doentes idosos com diabetes	Experiências de vivência com a doença
[170]	Title/abstract	Processo de transição dos jovens com VIH, vivência da doença	Experiência de vivência com a doença
[171]	Title/abstract	Vivências dos doentes com VIH, como vivem com o estigma da doença	Experiência de vivência com a doença
[172]	Title/abstract	Perceção dos doentes ao tratamento com larvas, nas úlceras de perna	Experiência de vivência com a doença
[173]	Title/abstract	Comparação de sintomas de tuberculose idosos vs jovens	Experiência de vivência com a doença
[174]	Title/abstract	Gestão da doença, síndrome do cólon irritável	Experiência de vivência com a doença
[175]	Title/abstract	Experiência vivenciada pelos doentes com doença reumatológica	Experiência de vivência com a doença
[176]	Title/abstract	Desenvolver uma compreensão cognitiva e social integrado de avaliação em enfermagem de saúde mental	Experiências de vivência com a doença
[177]	Title/Abstract	Segurança do doente e satisfação dos profissionais de saúde na administração da medicação	Segurança do cliente
[178]	Title/Abstract	Segurança do doente na administração de medicação no domicílio, pela família e profissionais de saúde	Segurança do doente

[179]	Title/abstract	Segurança na administração de medicação.	Segurança do cliente
[180]	Title/abstract	Erro de medicação – importância da formação do pessoal	Segurança do cliente
[181]	Title/abstract	Erro de medicação na administração da quimioterapia – envolvimento dos doentes na prevenção	Segurança do cliente
[182]	Title/abstract	Papel dos mentores de enfermagem na prevenção e evitar erros de medicação	Segurança do cliente
[183]	Title/abstract	Erro de medicação na pediatria - outro grupo profissional (farmacêutico)	Segurança do cliente
[184]	Title/abstract	Impacto económico da prescrição de enfermagem	Estudos de impacto económico
[185]	Title/abstract	Valor monetário da medicação fornecido para o desenvolvimento rural	Estudos de impacto económico
[186]	Texto integral	Estudo do custo-efetividade das estratégias para manter os pacientes com a medicação retroviral	Estudos de impacto económico
[187]	Title/abstract	Estudo do custo-efetividade para controlo de cáries em crianças	Estudos de impacto económico
[188]	Title/abstract	Custo – efetividade das intervenções para a esquizofrenia	Estudos de impacto económico
[189]	Title/abstract	Projeto de seguro de saúde	Estudos de impacto económico
[190]	Title/abstract	Avaliação económica da intervenção telephone-based home, no controlo da HTA	Estudos de impacto económico
[191]	Texto integral	Estudo sobre auto – administração no domicílio do conceptivo SC	Estudos de impacto económico

[192]	Texto em chinês	Não artigo/sem acesso/idioma
[193]	Texto em chinês	Não artigo/sem acesso/idioma
[194]	Resumo de simpósio	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[195]	Resumo de simpósio	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[196]	Dissertação	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[197]	Resumo de poster	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[198]	Resumo de artigo	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[199]	Resumo de artigo	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[200]	Resumo	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[201]	Resumo de simpósio	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[202]	Resumo de simpósio	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[203]	Resumo de artigo	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[204]	Resumo de simpósio	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma

[205]		Resumo de simpósio	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[206]		Resumo de revisão sistemática	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[207]		Resumo de revisão sistemática	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[208]		Resumo de revisão sistemática	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[209]		Resumo de revisão sistemática	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[210]		Resumo de artigo	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[211]	Texto integral	Artigo de opinião	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[212]	Title/abstract	Dissertação de tese de mestrado	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[213]		Resumo de simpósio	Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[214]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[215]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[216]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[217]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma

[218]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[219]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[220]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[221]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[222]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[223]	Não encontrado o artigo procurada em todas as bases de dados		Não artigo/artigo sem acesso/Idioma
[224]	Title/abstract	Administração de medicação (glucagon) em crianças diabéticas	Outros
[225]	Title/abstract	Uso da informática no apoio à tomada de decisão médica	Outros
[226]	Title/abstract	Diagnóstico de dor pélvica feita pelos enfermeiros	Outros
[227]	Title/abstract	Padrões de uso de preservativo em doentes com VIH	Outros
[228]	Title/abstract	Tratamento da hemofilia	Outros
[229]	Texto integral	Consequências da constipação nos doentes crónicos	Outros
[230]	Texto integral	Esclarecer a responsabilidade de auto gestão da diabetes em adolescentes que usam bombas de insulina	Outros
[231]	Title/abstract	Escolha do método de aborto em Moçambique	Outros
[232]	Texto integral	Reabilitação da doença cardiovascular, adesão ao exercício	Outros

1. Rittle, C., *Pertussis-The Case for Universal Vaccination*. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2010. **15**(4): p. 282-291.
2. Nyamathi, A., et al., *Predictors of HAV/HBV vaccination completion among methadone maintenance clients*. Research in Nursing & Health, 2010. **33**(2): p. 120-132.
3. Cawley, J., H.F. Hull, and M.D. Rousculp, *Strategies for implementing school-located influenza vaccination of children: a systematic literature review*. Journal of School Health, 2010. **80**(4): p. 167-175.
4. Johansen, L.J., T. Stenvig, and H. Wey, *The Decision to Receive Influenza Vaccination Among Nurses in North and South Dakota*. Public Health Nursing, 2012. **29**(2): p. 116-125.
5. Schulz, P., et al., *Medications and associated symptoms/problems after coronary artery bypass surgery*. Heart & Lung, 2011. **40**(2): p. 130-138.
6. Schmitz, J.M., et al., *Levodopa pharmacotherapy for cocaine dependence: choosing the optimal behavioral therapy platform*. Drug and alcohol dependence, 2008. **94**(1-3): p. 142-150.
7. Poppe, L.B., S.F. Eckel, and S.W. Savage, *Implementation of continuous infusion of blood coagulation factors at an academic medical center*. American Journal Of Health-System Pharmacy: AJHP: Official Journal Of The American Society Of Health-System Pharmacists, 2012. **69**(6): p. 522-526.
8. Davies, M.A., Y. Conley, and K. Puskar, *Incorporating evidence from pharmacologic and pharmacogenetic studies of atypical antipsychotic drugs into advanced psychiatric nursing practice*. Perspectives in Psychiatric Care, 2010. **46**(2): p. 98-107.
9. Marcantonio, E.R., et al., *Pilot Randomized Trial of Donepezil Hydrochloride for Delirium After Hip Fracture*. Journal of the American Geriatrics Society, 2011: p. S282-8.
10. Minkowitz, H.S., et al., *Efficacy and safety of the fentanyl iontophoretic transdermal system (ITS) and intravenous patient-controlled analgesia (IV PCA) with morphine for pain management following abdominal or pelvic surgery*. Pain medicine (Malden, Mass.), 2007. **8**(8): p. 657-668.
11. Taibi, D.M., C. Bourguignon, and A. Gill Taylor, *A feasibility study of valerian extract for sleep disturbance in person with arthritis*. Biological research for nursing, 2009. **10**(4): p. 409-417.
12. Broderick, J.P., et al., *Withdrawal of antithrombotic agents and its impact on ischemic stroke occurrence*. Stroke (00392499), 2011. **42**(9): p. 2509-2514.
13. Somers, A., et al., *The use of hypnosedative drugs in a university hospital: has anything changed in 10 years?* European Journal of Clinical Pharmacology, 2011. **67**(7): p. 723-729.
14. Afolabi, O.A., et al., *Survey of ototopical self medication among patients attending ENT and family medicine departments in a Nigerian hospital*. The European Journal Of General Practice, 2011. **17**(3): p. 167-170.
15. Cao, G., et al., *Use of nonprescription medicines by patients with COPD: a survey in Chongqing Municipality, China*. Chronic Respiratory Disease, 2012. **9**(2): p. 77-81.
16. Whitmore, C., *Blood glucose monitoring: an overview*. British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing), 2012. **21**(10): p. 583-587.

17. Wermeling, P.R., K.J. Gorter, and G.E.H. Rutten, *Towards a more efficient diabetes control in primary care: six-monthly monitoring compared with three-monthly monitoring in type 2 diabetes -- the EFFIMODI trial. Design of a randomised controlled patient-preference equivalence trial in primary care.* BMC Family Practice, 2010. **11**: p. 6p.
18. Putnam, W., et al., *Hypertension and type 2 diabetes: what family physicians can do to improve control of blood pressure--an observational study.* BMC Family Practice, 2011. **12**: p. 86-86.
19. Chant, C., et al., *Nurse- vs nomogram-directed glucose control in a cardiovascular intensive care unit.* American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses, 2012. **21**(4): p. 270-278.
20. Heisler, M., et al., *Diabetes control with reciprocal peer support versus nurse care management: a randomized trial.* Annals of Internal Medicine, 2010. **153**(8): p. 507-515.
21. Kenealy, T.W., et al., *Systematic care to reduce ethnic disparities in diabetes care.* Diabetes Research & Clinical Practice, 2010. **89**(3): p. 256-261.
22. *Vital signs: prevalence, treatment, and control of high levels of low-density lipoprotein cholesterol--United States, 1999-2002 and 2005-200.* MMWR. Morbidity And Mortality Weekly Report, 2011. **60**(4): p. 109-114.
23. Vincent, C., et al., *Parents' management of children's pain at home after surgery.* Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2012. **17**(2): p. 108-120.
24. Sutters, K.A., et al., *A descriptive feasibility study to evaluate scheduled oral analgesic dosing at home for the management of postoperative pain in preschool children following tonsillectomy.* Pain Medicine (Malden, Mass.), 2012. **13**(3): p. 472-483.
25. Leegaard, M., T. Rustøen, and M.S. Fagermoen, *Interference of postoperative pain on women's daily life after early discharge from cardiac surgery.* Pain Management Nursing, 2010. **11**(2): p. 99-107.
26. Fouladbakhsh, J.M., A.H. Vallerand, and E.S. Jenuwine, *Self-treatment of pain among adolescents in an urban community.* Pain Management Nursing: Official Journal Of The American Society Of Pain Management Nurses, 2012. **13**(2): p. 80-93.
27. Wiggins, S.A., *Family exemplars during implementation of a home pain management intervention.* Issues in comprehensive pediatric nursing, 2009. **32**(4): p. 160-179.
28. Sutters, K.A., et al., *A randomized clinical trial of the efficacy of scheduled dosing of acetaminophen and hydrocodone for the management of postoperative pain in children after tonsillectomy.* The Clinical journal of pain, 2010. **26**(2): p. 95-103.
29. Martorella, G., et al., *Web-based nursing intervention for self-management of pain after cardiac surgery: pilot randomized controlled trial.* Journal of Medical Internet Research, 2012. **14**(6): p. e177-e177.
30. LeMay, S., et al., *Pain management interventions with parents in the emergency department: a randomized trial.* Journal of Advanced Nursing, 2010. **66**(11): p. 2442-2449.
31. Kroenke, K., et al., *Stepped Care for Affective Disorders and Musculoskeletal Pain (SCAMP) study: design and practical implications of an intervention for comorbid pain and depression.* General hospital psychiatry, 2007. **29**(6): p. 506-517.

32. Hatfield, L.A., *Sucrose decreases infant biobehavioral pain response to immunizations: a randomized controlled trial*. Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 2008. **40**(3): p. 219-225.
33. East, N., J. Dubé, and E.L. Perreault, *Postpartum pain relief: a randomized comparison of self-administered medication and standard administration*. Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada : JOGC, 2007. **29**(12): p. 975-981.
34. Pyne, J.M., et al., *Effectiveness of collaborative care for depression in human immunodeficiency virus clinics*. Archives of internal medicine, 2011. **171**(1): p. 23-31.
35. Davis, T.D., et al., *Does minority racial-ethnic status moderate outcomes of collaborative care for depression?* Psychiatric Services, 2011. **62**(11): p. 1282-1288.
36. Gawley, L., A. Einarson, and A. Bowen, *Stigma and attitudes towards antenatal depression and antidepressant use during pregnancy in healthcare students*. Advances In Health Sciences Education: Theory And Practice, 2011. **16**(5): p. 669-679.
37. Dickerson, R.N., et al., *Evaluation of nursing adherence to a paper-based graduated continuous intravenous regular human insulin infusion algorithm*. Nutrition, 2012. **28**(10): p. 1008-1011.
38. Besenius, C., D. Clark-Carter, and P. Nolan, *Health professionals' attitudes to depot injection antipsychotic medication: a systematic review*. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 2010. **17**(5): p. 452-462.
39. Hartog, C.S., et al., *Room for improvement: nurses' and physicians' views of a post-operative pain management program*. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 2010. **54**(3): p. 277-283.
40. Munro, A., H.E. Watson, and A. McFadyen, *Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: a randomised controlled trial*. International journal of nursing studies, 2007. **44**(8): p. 1430-1438.
41. Liu, W., M.F. Gerdtz, and T.Q. Liu, *A survey of psychiatrists' and registered nurses' levels of mental health literacy in a Chinese general hospital*. International Nursing Review, 2011. **58**(3): p. 361-369.
42. Cardol, M., M. Rijken, and H.L.-d. Valk, *Attitudes and dilemmas of caregivers supporting people with intellectual disabilities who have diabetes*. Patient Education & Counseling, 2012. **87**(3): p. 383-388.
43. Mohamad, M.L., et al., *Knowledge of immunosuppressive drugs used in kidney transplants*. British Journal Of Nursing (Mark Allen Publishing), 2012. **21**(13): p. 795-800.
44. Patel, A., et al., *Quality of generic medicines in South Africa: perceptions versus reality - a qualitative study*. BMC Health Services Research, 2012. **12**: p. 297-297.
45. Jones, M., et al., *Recall of lost-to-follow-up pre-antiretroviral therapy patients in the Eastern Cape: effect of mentoring on patient care*. South African Medical Journal = Suid-Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde, 2012. **102**(9): p. 768-769.
46. Campbell, C., et al., *Sources of motivation and frustration among healthcare workers administering antiretroviral treatment for HIV in rural Zimbabwe*. AIDS Care, 2011. **23**(7): p. 797-802.

47. Stenner, K.L., M. Courtenay, and N. Carey, *Consultations between nurse prescribers and patients with diabetes in primary care: a qualitative study of patient views*. International Journal of Nursing Studies, 2011. **48**(1): p. 37-46.
48. Jones, K., M. Edwards, and A. While, *Nurse prescribing roles in acute care: an evaluative case study*. Journal of Advanced Nursing, 2011. **67**(1): p. 117-126.
49. Sinkowitz-Cochran, R.L., et al., *The associations between organizational culture and knowledge, attitudes, and practices in a multicenter Veterans Affairs quality improvement initiative to prevent methicillin-resistant Staphylococcus aureus*. American Journal Of Infection Control, 2012. **40**(2): p. 138-143.
50. Roussou, E., C. Iacovou, and L. Georgiou, *Development of a structured on-site nursing program for training nurse specialists in rheumatology*. Rheumatology International, 2012. **32**(6): p. 1685-1690.
51. Lewis, P.J. and M.P. Tully, *Uncomfortable prescribing decisions in hospitals: the impact of teamwork*. Journal of the Royal Society of Medicine, 2009. **102**(11): p. 481-488.
52. Fried, T.R., M.E. Tinetti, and L. Iannone, *Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions*. Archives of Internal Medicine, 2011. **171**(1): p. 75-80.
53. Bray-Hall, S., K. Schmidt, and E. Aagaard, *Toward safe hospital discharge: a transitions in care curriculum for medical students*. Journal Of General Internal Medicine, 2010. **25**(8): p. 878-881.
54. Liakopoulos, V., et al., *Aeromonas hydrophila as a causative organism in peritoneal dialysis-related peritonitis: case report and review of the literature*. Clinical Nephrology, 2011. **75 Suppl 1**: p. 65-68.
55. Hilderson, D., et al., *Attitudes of rheumatology practitioners toward transition and transfer from pediatric to adult healthcare*. Rheumatology International, 2012. **32**(12): p. 3887-3896.
56. Galliher, J.M., et al., *Data collection outcomes comparing paper forms with PDA forms in an office-based patient survey*. Annals of family medicine, 2008. **6**(2): p. 154-160.
57. Huang, H.-L., et al., *Travel-related mosquito-transmitted disease questionnaire survey among health professionals in Taiwan*. Journal Of Travel Medicine, 2011. **18**(1): p. 34-38.
58. Pellfolk, T.J., et al., *Effects of a restraint minimization program on staff knowledge, attitudes, and practice: a cluster randomized trial*. Journal of the American Geriatrics Society, 2010. **58**(1): p. 62-69.
59. Kaasalainen, S., et al., *The process of medication management for older adults with dementia*. Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses, 2011. **3**(4): p. 407-418.
60. van Dusseldorp, L., P. Goossens, and T. van Achterberg, *Mental health nursing and first episode psychosis*. Issues in Mental Health Nursing, 2011. **32**(1): p. 2-19.

61. Salyers, M.P., et al., *A coding system to measure elements of shared decision making during psychiatric visits*. Psychiatric Services (Washington, D.C.), 2012. **63**(8): p. 779-784.
62. Lundberg, P.C. and S. Thrakul, *Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management?* Journal of Advanced Nursing, 2012. **68**(3): p. 550-558.
63. George, J.T., et al., *Brief intervention in type 1 diabetes - Education for self-efficacy (BITES): Protocol for a randomised control trial to assess biophysical and psychological effectiveness*. BMC Endocrine Disorders, 2007. **7**: p. 6TN-isrctn75807800.
64. Brodie, D.A., A. Inoue, and D.G. Shaw, *Motivational interviewing to change quality of life for people with chronic heart failure: a randomised controlled trial*. International journal of nursing studies, 2008. **45**(4): p. 489-500.
65. Gentry, A.C.S., B. Belza, and T. Simpson, *Fitness support group for organ transplant recipients: self-management, self-efficacy and health status*. Journal of Advanced Nursing, 2009. **65**(11): p. 2419-2425.
66. Tod, A.M. and R. Joanne, *Overcoming delay in the diagnosis of lung cancer: a qualitative study*. Nursing Standard, 2010. **24**(31): p. 35-43.
67. Emmons, K.M., et al., *The SunWise Policy intervention for school-based sun protection: a pilot study*. The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses, 2008. **24**(4): p. 215-221.
68. Bove, A.A., et al., *Reducing cardiovascular disease risk in medically underserved urban and rural communities*. American heart journal, 2011. **161**(2): p. 351-359.
69. Anyaehie, U., et al., *The effect of free distribution of insecticide-treated nets on asymptomatic Plasmodium parasitemia in pregnant and nursing mothers in a rural Nigerian community*. Nigerian Journal Of Clinical Practice, 2011. **14**(1): p. 19-22.
70. Kadda, O., C. Marvaki, and D. Panagiotakos, *The role of nursing education after a cardiac event*. Health Science Journal, 2012. **6**(4): p. 634-646.
71. Wouters, E., et al., *Impact of community-based support services on antiretroviral treatment programme delivery and outcomes in resource-limited countries: a synthetic review*. BMC Health Services Research, 2012. **12**: p. 194-194.
72. Christie, D., et al., *Maximising engagement, motivation and long term change in a Structured Intensive Education Programme in Diabetes for children, young people and their families: Child and Adolescent Structured Competencies Approach to Diabetes Education (CASCADE)*. BMC pediatrics, 2009. **9**: p. 57-57.
73. Bosworth, H.B., et al., *Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial*. Annals of Internal Medicine, 2009. **151**(10): p. 687-695.
74. Pezzin, L.E., et al., *Improving blood pressure control: results of home-based post-acute care interventions*. Journal Of General Internal Medicine, 2011. **26**(3): p. 280-286.
75. Kulp, M., et al., *Effectiveness of placebo therapy for maintaining masking in a clinical trial of vergence/accommodative therapy*. Investigative ophthalmology & visual science, 2009. **50**(6): p. 2560-2566.

76. Onwujekwe, O.C., et al., *Patterns of case management and chemoprevention for malaria-in-pregnancy by public and private sector health providers in Enugu state, Nigeria*. BMC Research Notes, 2012. **5**: p. 211-211.
77. Schumann, A., A. Nyamathi, and J.A. Stein, *HIV risk reduction in a nurse case-managed TB and HIV intervention among homeless adults*. Journal of health psychology, 2007. **12**(5): p. 833-843.
78. Cormier, T., et al., *Physiologic and psychosocial approaches to global management of the hemodialysis patient in the Southern Alberta Renal Program*. CANNT Journal = Journal ACITN, 2012. **22**(2): p. 36-41.
79. Velásquez, V., et al., *Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. (Spanish)*. The effect of an educational program for elderly people's caregivers: a cultural perspective. (English), 2011. **13**(4): p. 610-619.
80. Maloney, S., et al., *Effectiveness of Web-based versus face-to-face delivery of education in prescription of falls-prevention exercise to health professionals: randomized trial*. Journal of Medical Internet Research, 2011. **13**(4): p. e116-e116.
81. Kotowycz, M.A., et al., *Safety and feasibility of early hospital discharge in ST-segment elevation myocardial infarction--a prospective and randomized trial in low-risk primary percutaneous coronary intervention patients (the Safe-Depart Trial)*. American heart journal, 2010. **159**(1): p. 117-1e1.
82. Ae Kyung, C., C. Fritschi, and K. Mi Ja, *Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome*. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 2012. **42**(1): p. 118-128.
83. Bruggink, S.C., et al., *Cryotherapy with liquid nitrogen versus topical salicylic acid application for cutaneous warts in primary care: randomized controlled trial*. CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne, 2010. **182**(15): p. 1624-1630.
84. Kengen Traska, T., et al., *Strategies used for managing symptoms by women with fibromyalgia*. Journal of Clinical Nursing, 2012. **21**(5/6): p. 626-635.
85. Centre for, R. and Dissemination, *Impact of home-based management of malaria on health outcomes in Africa: a systematic review of the evidence (Structured abstract)*, H. Hopkins, et al., Editors. 2007.
86. Cano-Garcinuño, A., et al., *Group education on asthma for children and caregivers: a randomized, controlled trial addressing effects on morbidity and quality of life*. Journal of investigational allergology & clinical immunology : official organ of the International Association of Asthmology (INTERASMA) and Sociedad Latinoamericana de Alergia e Inmunología, 2007. **17**(4): p. 216-226.
87. Perk, J., et al., *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts)*. European Heart Journal, 2012. **33**(13): p. 1635-1701.
88. Hornnes, N., K. Larsen, and G. Boysen, *Blood pressure 1 year after stroke: the need to optimize secondary prevention*. Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases, 2011. **20**(1): p. 16-23.
89. Sit, J.W., et al., *A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke*. Journal of clinical nursing, 2007. **16**(2): p. 272-281.

90. Franciosi, M., et al., *ROSES: role of self-monitoring of blood glucose and intensive education in patients with Type 2 diabetes not receiving insulin. A pilot randomized clinical trial.* Diabetic Medicine, 2011. **28**(7): p. 789-796.
91. Costa e Silva, R., et al., *Transdisciplinary approach to the follow-up of patients after myocardial infarction.* Clinics (São Paulo, Brazil), 2008. **63**(4): p. 489-496.
92. Debussche, X., et al., *Structured self-management education maintained over two years in insufficiently controlled type 2 diabetes patients: the ERMIES randomised trial in Reunion Island.* Cardiovascular Diabetology, 2012. **11**: p. 91-91.
93. Waters, L., et al., *A dedicated clinic for HIV-positive individuals over 50 years of age: a multidisciplinary experience.* International Journal of STD & AIDS, 2012. **23**(8): p. 546-552.
94. Schadewaldt, V. and T. Schultz, *Nurse-led clinics as an effective service for cardiac patients: results from a systematic review.* International Journal of Evidence-Based Healthcare, 2011. **9**(3): p. 199-214.
95. Jack, B.W., et al., *A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization.* Annals of Internal Medicine, 2009. **150**(3): p. 178-87tn.
96. Assefa, Y., et al., *Effectiveness and acceptability of delivery of antiretroviral treatment in health centres by health officers and nurses in Ethiopia.* Journal Of Health Services Research & Policy, 2012. **17**(1): p. 24-29.
97. Van Hecke, A., et al., *Adherence to leg ulcer lifestyle advice: qualitative and quantitative outcomes associated with a nurse-led intervention.* Journal of Clinical Nursing, 2011. **20**(3/4): p. 429-443.
98. Bartol, T., *Improving the treatment experience for patients with type 2 diabetes: role of the nurse practitioner.* Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners, 2012. **24 Suppl 1**: p. 270-276.
99. Lai, P., S.S. Chua, and S.P. Chan, *A systematic review of interventions by healthcare professionals on community-dwelling postmenopausal women with osteoporosis.* Osteoporosis International: A Journal Established As Result Of Cooperation Between The European Foundation For Osteoporosis And The National Osteoporosis Foundation Of The USA, 2010. **21**(10): p. 1637-1656.
100. Ingadottir, T.S. and H. Jonsdottir, *Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: influences on health-related quality of life and hospital admissions.* Journal of Clinical Nursing, 2010. **19**(19/20): p. 2795-2805.
101. Boase, S., et al., *Involving practice nurses in primary care research: the experience of multiple and competing demands.* Journal Of Advanced Nursing, 2012. **68**(3): p. 590-599.
102. Tropea, S., *'Therapeutic emplotment': a new paradigm to explore the interaction between nurses and patients with a long-term illness.* Journal of Advanced Nursing, 2012. **68**(4): p. 939-947.
103. Aguilar, M.J., et al., *A nursing educational intervention helped by One Touch UltraSmart™ improves monitoring and glycated haemoglobin levels in type I diabetic children.* Journal of Clinical Nursing, 2012. **21**(7/8): p. 1024-1032.
104. Sridhar, M., et al., *A nurse led intermediate care package in patients who have been hospitalised with an acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease.* Thorax, 2008. **63**(3): p. 194-200.

105. Hudon, C., et al., *Enablement in health care context: a concept analysis*. Journal Of Evaluation In Clinical Practice, 2011. **17**(1): p. 143-149.
106. Marwick, T.H., et al., *Use of a nurse-led intervention to optimize beta-blockade for reducing cardiac events after major noncardiac surgery*. American heart journal, 2009. **157**(4): p. 784-790.
107. Hee-Sung, K., *Impact of Web-based nurse's education on glycosylated haemoglobin in type 2 diabetic patients*. Journal of clinical nursing, 2007. **16**(7): p. 1361-1366.
108. Du, H.Y., et al., *An intervention to promote physical activity and self-management in people with stable chronic heart failure The Home-Heart-Walk study: study protocol for a randomized controlled trial*. Trials, 2011. **12**: p. 63-63.
109. Delaney, C. and B. Apostolidis, *Pilot testing of a multicomponent home care intervention for older adults with heart failure: an academic clinical partnership*. The Journal of cardiovascular nursing, 2010. **25**(5): p. E27-e40.
110. Cueto-Manzano, A.M., H.R. Martínez-Ramírez, and L. Cortés-Sanabria, *Management of chronic kidney disease: primary health-care setting, self-care and multidisciplinary approach*. Clinical Nephrology, 2010. **74 Suppl 1**: p. S99-S104.
111. Antic, N.A., et al., *A randomized controlled trial of nurse-led care for symptomatic moderate-severe obstructive sleep apnea*. American journal of respiratory and critical care medicine, 2009. **179**(6): p. 501-508.
112. Brown, S., *Diagnosis and management of patients with Raynaud's phenomenon*. Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987), 2012. **26**(46): p. 41-46.
113. Braamse, A.M., et al., *Distress and quality of life after autologous stem cell transplantation: a randomized clinical trial to evaluate the outcome of a web-based stepped care intervention*. BMC cancer, 2010. **10**: p. 361-361.
114. McChargue, D.E., et al., *Predictors of adherence to a behavioral therapy sleep intervention during breast cancer chemotherapy*. Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer, 2012. **20**(2): p. 245-252.
115. Kurth, A.E., et al., *An Integrated Approach for Antiretroviral Adherence and Secondary HIV Transmission Risk-Reduction Support by Nurses in Kenya*. JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2012. **23**(2): p. 146-154.
116. Chee, Y.K., et al., *Predictors of adherence to a skill-building intervention in dementia caregivers*. The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences, 2007. **62**(6): p. 673-678.
117. Wise, M., et al., *Internet telehealth for pediatric asthma case management: integrating computerized and case manager features for tailoring a Web-based asthma education program*. Health promotion practice, 2007. **8**(3): p. 282-291.
118. Fincher, L., et al., *Using telehealth to educate Parkinson's disease patients about complicated medication regimens*. Journal of Gerontological Nursing, 2009. **35**(2): p. 16-24.
119. Sutters, K.A., M.C. Savedra, and C. Miaskowski, *The pediatric PRO-SELF@: Pain control program: An effective educational program for parents caring for children at home following tonsillectomy*. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2011. **16**(4): p. 280-294.

120. Stone, R.A., et al., *Active care management supported by home telemonitoring in veterans with type 2 diabetes: the DiaTel randomized controlled trial*. *Diabetes Care*, 2010. **33**(3): p. 478-484.
121. Rytter, L., et al., *Comprehensive discharge follow-up in patients' homes by GPs and district nurses of elderly patients. A randomized controlled trial*. *Scandinavian Journal Of Primary Health Care*, 2010. **28**(3): p. 146-153.
122. Radhakrishnan, K., *The efficacy of tailored interventions for self-management outcomes of type 2 diabetes, hypertension or heart disease: a systematic review*. *Journal of Advanced Nursing*, 2012. **68**(3): p. 496-510.
123. Ko, I.S., et al., *Effects of Visiting Nurses' Individually Tailored Education for Low-Income Adult Diabetic Patients in Korea*. *Public Health Nursing*, 2011. **28**(5): p. 429-437.
124. Wood, D.A., et al., *Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial*. *Lancet*, 2008. **371**(9629): p. 1999-2012.
125. Wetzels, R., et al., *Family practice nurses supporting self-management in older patients with mild osteoarthritis: a randomized trial*. *BMC family practice*, 2008. **9**: p. 7-7.
126. Kimball, S., et al., *Testing a teaching appointment and geragogy-based approach to medication knowledge at discharge*. *Rehabilitation nursing : the official journal of the Association of Rehabilitation Nurses*, 2010. **35**(1): p. 31-40.
127. Gustafson, D., et al., *The Effects of Combining Web-Based eHealth With Telephone Nurse Case Management for Pediatric Asthma Control: A Randomized Controlled Trial*. *Journal of Medical Internet Research*, 2012. **14**(4): p. e101-e101.
128. Compaci, G., et al., *Effectiveness of telephone support during chemotherapy in patients with diffuse large B cell lymphoma: The Ambulatory Medical Assistance (AMA) experience*. *International Journal of Nursing Studies*, 2011. **48**(8): p. 926-932.
129. Fletcher, J., et al., *Effect of nurse practitioner and pharmacist counseling on inappropriate medication use in family practice*. *Canadian Family Physician*, 2012. **58**(8): p. 862-868.
130. Effing, T., *Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(4).
131. Dejesus, R.S., et al., *Effects of efforts to intensify management on blood pressure control among patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a pilot study*. *Vascular health and risk management*, 2009. **5**: p. 705-711.
132. Peters-Klimm, F., et al., *Rationale, design and conduct of a randomised controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management)*. *BMC cardiovascular disorders*, 2007. **7**: p. 25-25.
133. Murie, J., et al., *Glad you brought it up: a patient-centred programme to reduce proton-pump inhibitor prescribing in general medical practice*. *Quality in Primary Care*, 2012. **20**(2): p. 141-148.

134. Persell, S.D., et al., *Patient-directed intervention versus clinician reminders alone to improve aspirin use in diabetes: a cluster randomized trial*. Joint Commission journal on quality and patient safety / Joint Commission Resources, 2008. **34**(2): p. 98-105.
135. Szanton, S.L., et al., *Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders: A Bio-Behavioral-Environmental Intervention to Improve Function and Health-Related Quality of Life in Disabled Older Adults*. Journal of the American Geriatrics Society, 2011. **59**(12): p. 2314-2320.
136. Dysvik, E., J.T. Kvaløy, and G.K. Natvig, *The effectiveness of an improved multidisciplinary pain management programme: a 6- and 12-month follow-up study*. Journal of Advanced Nursing, 2012. **68**(5): p. 1061-1072.
137. Strobbe, S., et al., *Buprenorphine clinic for opioid maintenance therapy: program description, process measures, and patient satisfaction*. Journal of Addictions Nursing, 2011. **22**(1-2): p. 8-12.
138. Turton, P., et al., *Promoting recovery in long-term institutional mental health care: an international Delphi study*. Psychiatric Services, 2010. **61**(3): p. 293-299.
139. Sato, S., et al., *Effects of psychosocial program for preparing long-term hospitalized patients with schizophrenia for discharge from hospital: randomized controlled trial*. Psychiatry And Clinical Neurosciences, 2012. **66**(6): p. 474-481.
140. Swadi, H., et al., *Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit*. Australasian Psychiatry: Bulletin Of Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists, 2010. **18**(1): p. 53-56.
141. Snowden, A., M. Gilfedder, and P.A. Campbell, *Concordance in action: towards systematic individualized care*. Nurse Prescribing, 2012. **10**(3): p. 141-146.
142. Matthias, M.S., et al., *Decision Making in Recovery-Oriented Mental Health Care*. Psychiatric Rehabilitation Journal, 2012. **35**(4): p. 305-314.
143. Jahn, P., et al., *Reduction of chemotherapy-induced anorexia, nausea, and emesis through a structured nursing intervention: a cluster-randomized multicenter trial*. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer, 2009. **17**(12): p. 1543-1552.
144. Hess, S.L., et al., *Adult survivors of childhood malignant lymphoma are not aware of their risk of late effects*. Acta Oncologica (Stockholm, Sweden), 2011. **50**(5): p. 653-659.
145. Kang, D.H., et al., *Dose effects of relaxation practice on immune responses in women newly diagnosed with breast cancer: an exploratory study*. Oncology nursing forum, 2011. **38**(3): p. E240-e252.
146. Baird, C.L., M.M. Murawski, and J. Wu, *Efficacy of guided imagery with relaxation for osteoarthritis symptoms and medication intake*. Pain Management Nursing, 2010. **11**(1): p. 56-65.
147. Chilton, R., R. Pires-Yfantouda, and M. Wylie, *A systematic review of motivational interviewing within musculoskeletal health*. Psychology, Health & Medicine, 2012. **17**(4): p. 392-407.
148. Cooke, A., et al., *Use of oil for baby skincare: A survey of UK maternity and neonatal units*. British Journal of Midwifery, 2011. **19**(6): p. 354-362.

149. Chiang, L., et al., *Effect of relaxation-breathing training on anxiety and asthma signs/symptoms of children with moderate-to-severe asthma: a randomized controlled trial*. International Journal of Nursing Studies, 2009. **46**(8): p. 1061-1070.
150. van der Meer, V., et al., *Weekly self-monitoring and treatment adjustment benefit patients with partly controlled and uncontrolled asthma: an analysis of the SMASHING study*. Respiratory research, 2010. **11**: p. 74-74.
151. Nijland, N., et al., *Factors influencing the use of a Web-based application for supporting the self-care of patients with type 2 diabetes: a longitudinal study*. Journal Of Medical Internet Research, 2011. **13**(3): p. e71-e71.
152. Keulers, B.J., et al., *Can face-to-face patient education be replaced by computer-based patient education? A randomised trial*. Patient Education & Counseling, 2007. **67**(1-2): p. 176-182.
153. DeMuth, K.A. and A.M. Fitzpatrick, *Epinephrine autoinjector availability among children with food allergy*. Allergy And Asthma Proceedings: The Official Journal Of Regional And State Allergy Societies, 2011. **32**(4): p. 295-300.
154. Bruzzese, J.-M., et al., *Asthma knowledge and asthma management behavior in urban elementary school teachers*. The Journal Of Asthma: Official Journal Of The Association For The Care Of Asthma, 2010. **47**(2): p. 185-191.
155. Morris, P., et al., *Preparedness for students and staff with anaphylaxis*. The Journal Of School Health, 2011. **81**(8): p. 471-476.
156. Knodel, J., et al., *Parents and family members in the era of ART: evidence from Cambodia and Thailand*. AIDS Care, 2011. **23**(10): p. 1264-1273.
157. Burack, G., et al., *Adherence to Antiretroviral Therapy in Pediatric Patients With Human Immunodeficiency Virus (HIV-1)*. Journal of Pediatric Nursing, 2010. **25**(6): p. 500-504.
158. Skovdal, M., et al., *Challenges faced by elderly guardians in sustaining the adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected children in Zimbabwe*. AIDS Care, 2011. **23**(8): p. 957-964.
159. Peterson-Sweeney, K., et al., *The effect of family routines on care for inner city children with asthma*. Journal of Pediatric Nursing, 2010. **25**(5): p. 344-351.
160. Gallagher, M., et al., *Epinephrine auto-injector use in adolescents at risk of anaphylaxis: a qualitative study in Scotland, UK*. Clinical And Experimental Allergy: Journal Of The British Society For Allergy And Clinical Immunology, 2011. **41**(6): p. 869-877.
161. Hamrin, V., E.M. McCarthy, and V. Tyson, *Pediatric Psychotropic Medication Initiation and Adherence: A Literature Review Based on Social Exchange Theory*. Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing, 2010. **23**(3): p. 151-172.
162. Bain-Brickley, D., *Interventions to improve adherence to antiretroviral therapy in children with HIV infection*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011(12).
163. Wales, S., et al., *Modification and testing of the chronic disease compliance instrument to measure treatment compliance in adolescents with asthma*. Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession, 2011. **39**(2): p. 147-156.
164. Campbell, C., et al., *Building adherence-competent communities: Factors promoting children's adherence to anti-retroviral HIV/AIDS treatment in rural Zimbabwe*. Health & Place, 2012. **18**(2): p. 123-131.

165. Landier, W., *Adherence to Oral Chemotherapy in Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia: An Evolutionary Concept Analysis*. *Oncology Nursing Forum*, 2011. **38**(3): p. 343-352.
166. Rogers, B. and T. Acton, *'I think we're all guinea pigs really': a qualitative study of medication and borderline personality disorder*. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 2012. **19**(4): p. 341-347.
167. Papadopoulos, A., et al., *Impact of cancer patients' disease awareness on their family members' health-related quality of life: a cross-sectional survey*. *Psycho-Oncology*, 2011. **20**(3): p. 294-301.
168. Nizamli, F., M. Anoosheh, and E. Mohammadi, *Experiences of Syrian women with breast cancer regarding chemotherapy: a qualitative study*. *Nursing & Health Sciences*, 2011. **13**(4): p. 481-487.
169. Beverly, E.A., et al., *Perceived challenges and priorities in co-morbidity management of older patients with Type 2 diabetes*. *Diabetic Medicine: A Journal Of The British Diabetic Association*, 2011. **28**(7): p. 781-784.
170. Fair, C.D., K. Sullivan, and A. Gatto, *Indicators of transition success for youth living with HIV: perspectives of pediatric and adult infectious disease care providers*. *AIDS Care*, 2011. **23**(8): p. 965-970.
171. Campbell, C., et al., *"We, the AIDS people...": How Antiretroviral Therapy Enables Zimbabweans Living With HIV/AIDS to Cope With Stigma*. *American Journal of Public Health*, 2011. **101**(6): p. 1004-1010.
172. Spilsbury, K., et al., *Exploring patient perceptions of larval therapy as a potential treatment for venous leg ulceration*. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 2008. **11**(2): p. 148-159.
173. Kizub, D., et al., *Qualitative study of perceived causes of tuberculosis treatment default among health care workers in Morocco*. *The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease: The Official Journal Of The International Union Against Tuberculosis And Lung Disease*, 2012. **16**(9): p. 1214-1220.
174. Everitt, H.A., et al., *Management of irritable bowel syndrome in primary care: feasibility randomised controlled trial of mebeverine, methylcellulose, placebo and a patient self-management cognitive behavioural therapy website. (MIBS trial)*. *BMC Gastroenterology*, 2010. **10**: p. 136-136.
175. Chew, L.-C., et al., *A questionnaire survey of patient experience with the Rheumatology Monitoring Clinic in Singapore*. *International Journal Of Rheumatic Diseases*, 2012. **15**(4): p. 390-398.
176. MacNeela, P., et al., *In the know: cognitive and social factors in mental health nursing assessment*. *Journal of Clinical Nursing*, 2010. **19**(9-10): p. 1298-1306.
177. Wood, J.L. and J.S. Burnette, *Enhancing patient safety with intelligent intravenous infusion devices: Experience in a specialty cardiac hospital*. *Heart & Lung*, 2012. **41**(2): p. 173-176.
178. Soares, M.M., et al., *Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence*. *Work*, 2012. **41**: p. 2915-2924.
179. van Sluisveld, N., et al., *Medication reconciliation at hospital admission and discharge: insufficient knowledge, unclear task reallocation and lack of collaboration as major barriers to medication safety*. *BMC Health Services Research*, 2012. **12**: p. 170-170.

180. Zimmerman, S., et al., *Medication Administration Errors in Assisted Living: Scope, Characteristics, and the Importance of Staff Training*. Journal of the American Geriatrics Society, 2011. **59**(6): p. 1060-1068.
181. Schwappach, D.L.B., M. Hochreutener, and M. Wernli, *Oncology nurses' perceptions about involving patients in the prevention of chemotherapy administration errors*. Oncology Nursing Forum, 2010. **37**(2): p. E84-91.
182. Murphy, M., *Mentoring students in medicines management*. Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987), 2012. **26**(44): p. 51-56.
183. Alagha, H.Z., et al., *Reducing prescribing errors in the paediatric intensive care unit: an experience from Egypt*. Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992), 2011. **100**(10): p. e169-e174.
184. Norman, I.J., et al., *A comparison of the clinical effectiveness and costs of mental health nurse supplementary prescribing and independent medical prescribing: a post-test control group study*. BMC Health Services Research, 2010. **10**(1): p. 4-4.
185. Whitley, H.P., *Monetary value of a prescription assistance program service in a rural family medicine clinic*. The Journal Of Rural Health: Official Journal Of The American Rural Health Association And The National Rural Health Care Association, 2011. **27**(2): p. 190-195.
186. Vella, V., et al., *Cost-effectiveness of staff and workload profiles in retaining patients on antiretroviral therapy in KwaZulu-Natal, South Africa*. AIDS Care, 2011. **23**(9): p. 1146-1153.
187. Hietasalo, P., et al., *Cost-effectiveness of an experimental caries-control regimen in a 3.4-yr randomized clinical trial among 11-12-yr-old Finnish schoolchildren*. European journal of oral sciences, 2009. **117**(6): p. 728-733.
188. Cabello Rangel, H., L. Díaz Castro, and A. Arredondo, *Costo-efectividad de intervenciones para esquizofrenia en México. (Spanish)*. Cost effectiveness of interventions for schizophrenia in Mexico. (English), 2011. **34**(2): p. 95-102.
189. Kim, Y.A., et al., *Evaluation of Value-Based Insurance Design With a Large Retail Employer*. American Journal of Managed Care, 2011. **17**(10): p. 682-690.
190. Wang, V., et al., *Economic evaluation of telephone self-management interventions for blood pressure control*. American Heart Journal, 2012. **163**(6): p. 980-986.
191. Cameron, S.T., A. Glasier, and A. Johnstone, *Pilot study of home self-administration of subcutaneous depo-medroxyprogesterone acetate for contraception*. Contraception, 2012. **85**(5): p. 458-464.
192. Chiang, L.-C., et al., *[Evidence-based management of acute asthma exacerbation in children]*. Hu Li Za Zhi The Journal Of Nursing, 2012. **59**(1): p. 16-23.
193. Chen, S.-L. and J.-C. Tsai, *[Symptom experience, causal attribution and adherence to therapeutic regimens: patients with hypertension]*. Hu Li Za Zhi The Journal Of Nursing, 2012. **59**(1): p. 5-10.
194. Van Hecke, A., et al., *Adherence with leg ulcer lifestyle: a promising nursing intervention for community care settings... Fourth European Nursing Congress*. Journal of Clinical Nursing, 2010. **19**: p. 69-69.

195. Stienstra, S., et al., *Nurse practitioners role in obtaining optimal adherence and patient satisfaction in Parkinson's disease care... Fourth European Nursing Congress*. Journal of Clinical Nursing, 2010. **19**: p. 112-112.
196. Kauric-Klein, Z., *Improving blood pressure control in ESRD through a supportive educative nursing intervention*. Nursing, 2011.
197. Garavalia, L., et al., *P61 Improving atrial fibrillation treatment to reduce known barriers: Interviews with patients and clinicians*. European Journal of Cardiovascular Nursing, 2011. **10**(s): p. S10-S10.
198. Ersser, S.J., *Nurse prescribing, concordance and the therapeutic consultation*. The British Journal Of Dermatology, 2011. **164**(2): p. 236-237.
199. *Evaluation of an advanced practice nurse led collaborative chronic kidney care model for renal transplant patients*. CANNT Journal, 2011. **21**(2): p. 20-21.
200. *Summaries for patients. Can patients with diabetes help each other get better?* Annals Of Internal Medicine, 2010. **153**(8): p. I-54.
201. *Australian College of Mental Health Nursing 36th International Conference – 'Row with a team, or paddle alone'*. International Journal of Mental Health Nursing, 2010. **19**: p. A1-a54.
202. Zimmer, M. and L. Hartin, *EB54: A Nurse-Driven Approach to Medication Prescription Success*. Critical Care Nurse, 2011. **31**(2): p. e14-e14.
203. Ravikiran, S.R. and Y.M. Shivarajashankara, *Dosing ability of Indian parents for liquid medication*. Indian Pediatrics, 2011. **48**(2): p. 153-154.
204. Henriques, M.A., M.A. Costa, and J. Cabrita, *Adherence and medication management by the elderly... Fourth European Nursing Congress*. Journal of Clinical Nursing, 2010. **19**: p. 21-21.
205. Heinen, M., G. Borm, and T. van Achterberg, *'Lively legs': increased physical activity and fewer wound days in venous leg ulcer patients... Fourth European Nursing Congress*. Journal of Clinical Nursing, 2010. **19**: p. 42-42.
206. Centre for, R. and Dissemination, *Interventions promoting adherence to cardiovascular medicines (Structured abstract)*, J. Dalem, I. Krass, and P. Aslani, Editors. 2012. p. 295-311.
207. Centre for, R. and Dissemination, *Adherence to HIV post-exposure prophylaxis in victims of sexual assault: a systematic review and meta-analysis (Structured abstract)*, L. Chacko, et al., Editors. 2012. p. 335-341.
208. Centre for, R. and Dissemination, *A systematic review of interventions by healthcare professionals on community-dwelling postmenopausal women with osteoporosis (Structured abstract)*, P. Lai, S.S. Chua, and S.P. Chan, Editors. 2010. p. 1637-1656.
209. Centre for, R. and Dissemination, *Medication taking and diabetes: a systematic review of the literature (Structured abstract)*, P.S. Odegard and K. Capoccia, Editors. 2007. p. 1014-1029.
210. *Study tests electronic messages as a way to improve depression care*. The Harvard Mental Health Letter / From Harvard Medical School, 2011. **28**(4): p. 7-7.
211. Bosley, C., *What affects patient adherence to oral chemotherapy?* ONS Connect, 2012. **27**(4): p. 24-24.
212. Gould, K.A., *A randomized controlled trial of a discharge nursing intervention to promote self-regulation of care for early discharge interventional cardiology patients*. Dimensions of critical care nursing : DCCN, 2011. **30**(2): p. 117-125.

213. Van Hecke, A., et al., *Adherence to leg ulcer treatment: development of a theoretical framework... Fourth European Nursing Congress*. Journal of Clinical Nursing, 2010. **19**: p. 69-69.
214. Chia, Y.C., A. Vinothini, and S.M. Liew, *Impact of nurse educators on medication adherence in patients with asthma; a randomised controlled trial [Abstract]*. Primary Care Respiratory Journal, 2008. **17**(2): p. 130-130.
215. Schraeder, C., et al., *The effect of primary care management on lipids testing and LDL-C control of elderly patients with comorbidities*. Professional case management, 2009. **14**(2): p. 84-95.
216. Rondinini, L., et al., *Survival and hospitalization in a nurse-led domiciliary intervention for elderly heart failure patients*. Journal of cardiovascular medicine (Hagerstown, Md.), 2008. **9**(5): p. 470-475.
217. Nielsen, D., et al., *Multidisciplinary patient education in groups increases knowledge on osteoporosis: a randomized controlled trial*. Scandinavian journal of public health, 2008. **36**(4): p. 346-352.
218. Newton, S., et al., *Drawing blood from young children: lessons learned from a trial in Ghana*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 2009. **103**(5): p. 497-499.
219. Montes, J., et al., *Effect of a nurse telephone follow-up on therapeutic adherence of patients with schizophrenia*. World Psychiatry, 2009. **8**(Suppl 1): p. 164-164.
220. Larrey, D., et al., *Effects of systematic nurse-provided therapeutic education on adherence and efficiency of PEG-interferon-ALPHA2A (PEGASYS®)ribavirin treatment in chronic hepatitis C (PEGObs protocol)*. Journal of Hepatology, 2008. **48**(Suppl 2): p. S300-S300.
221. Jolly, H., et al., *Impact of warm compresses on local injection-site reactions with self-administered glatiramer acetate*. The Journal of neuroscience nursing : journal of the American Association of Neuroscience Nurses, 2008. **40**(4): p. 232-239.
222. Bytzer, P. and B. Lindeberg, *Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety - a randomized trial*. Endoscopy, 2007. **39**(8): p. 710-714.
223. Beach, M.C., et al., *Impact of a patient and provider intervention to improve the quality of communication about medication adherence among HIV patients*. Journal of general internal medicine, 2010. **25**(Suppl 3): p. S301-s302.
224. Yardley, D., et al., *Glucagon injection for type 1 diabetes in children*. Nursing Children And Young People, 2011. **23**(9): p. 12-18.
225. Rodbard, H.W., et al., *Use of an automated decision support tool optimizes clinicians' ability to interpret and appropriately respond to structured self-monitoring of blood glucose data*. Diabetes Care, 2012. **35**(4): p. 693-698.
226. McGowan, L., et al., *Is chronic pelvic pain a comfortable diagnosis for primary care practitioners: a qualitative study*. BMC Family Practice, 2010. **11**: p. 9p.
227. Yalaw, E., D.T. Zegeye, and S. Meseret, *Patterns of condom use and associated factors among adult HIV positive clients in North Western Ethiopia: a comparative cross sectional study*. BMC Public Health, 2012. **12**: p. 308-308.

228. Oyesiku, J.O.O., *Home treatment of haemophilia patients with inhibitors*. Haemophilia: The Official Journal Of The World Federation Of Hemophilia, 2011. **17**(2): p. 173-178.
229. Mihaylov, S., et al., *Stepped treatment of older adults on laxatives. The STOOL trial*. Health technology assessment (Winchester, England), 2008. **12**(13): p. iiv.
230. Olinder, A.L., K.T. Nyhlin, and B. Smide, *Clarifying responsibility for self-management of diabetes in adolescents using insulin pumps - a qualitative study*. Journal of Advanced Nursing, 2011. **67**(7): p. 1547-1557.
231. Mitchell, E.M., et al., *Choosing early pregnancy termination methods in Urban Mozambique*. Social Science & Medicine, 2010. **71**(1): p. 62-70.
232. Maddison, R., et al., *HEART: heart exercise and remote technologies: a randomized controlled trial study protocol*. BMC Cardiovascular Disorders, 2011. **11**: p. 26-26.

ANEXO 4

Tabelas dos artigos “incluídos” e bibliografia

Tabelas dos artigos “incluídos” e unidades de registo

Dados	Unidades de Registo dos artigos
<p>Auto – relato/Escalas</p>	<p>“Number of hospitalizations, adherence (as assessed by the rate of attendance at clinical appointments during the past three months) were also documented, and the <u>Medication Adherence Rating Scale</u> was used” p.2 E3</p> <p>“Treatment adherence was measured using a formerly <u>validated score</u> based on five questions concerning PEP uptake (Carrieri & the <u>APROCO cohort</u>, 2001)”. P. 4 E23</p> <p>“Self-rated adherence was assessed using the four-item <u>Morisky Self-reported Medication-Taking Scale</u> (66).” P. 4 E27</p> <p>“The <u>Morisky Medication Adherence Scale</u> will be used to assess self-reported adherence for all participants. P. 6 E28</p> <p>“The second method will be a <u>self-reported adherence tool developed by Morisky et al</u>” p. 10 E32</p> <p>“<u>Medication Adherence Report Scale</u> (MARS) [34,35]” p. 7 E37</p> <p>“The <u>AAI measured “adherence attitude”</u> to antidepressants (Lewis & Abell, 2002). The AAI is a 28-item Likert-type scale, rapid-assessment instrument.” P. 3 E46</p> <p>“<u>Medication non-adherence</u> was assessed at baseline and months 6 and 24 using a five-item measure based on the <u>Morisky scale</u>” p. 3 E48</p> <p>“The most frequently used methods for measuring adherence were pill count (67%), asking questions of the patients (61%), and tick chart/medical diary, in which patients tick off every dose taken (44%). The majority of the respondents (79%) reported that they reminded their patients how to take their medications” P. 6 E49</p> <p>“Adherence behavior is measured by the <u>Medication Adherence Report Scale (MARS)</u>, developed by Horne (1996).” P. 7 E51</p> <p>“The 3-day <u>Visual Analog Scale for Medication Adherence</u> is a one-item visual analog scale that is based on Walsh and colleague’s 30-day adherence assessment (Walsh, Mandalia, & Gazzard, 2002).” P. 5 E55</p> <p>“The <u>Medication Adherence Scale</u> by Hu et al. (Hu et al. 1996b) was used to measure frequency, type and level of medication adherence” p. 5 E59</p> <p>“The <u>Dutch Adherence Questionnaire-90 (DAQ-90)</u> is a 90-item questionnaire designed to assess all factors identified by the WHO 2003 report [6] as evidence based determinants of adherence” p. 5 E62 VER TABELA p.7</p> <p>“Additionally, adherence was measured by pill count and <u>self-report</u>.” P. 4 E63</p> <p>“A <u>self-report questionnaire</u> (names; dosing schedules for each of their diabetes medications; missed doses) regarding medication adherence was utilized at each study visit to supplement the electronic pill cap” p. 5 E64</p> <p>“The <u>ACTG adherence follow-up instrument</u> measures self-reported short-term ART adherence and self-reported reasons for missing medications” p. 4 E66</p> <p>“<u>Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES)</u> assessing broader concepts of HIV treatment adherence among general HIV-infected populations” p. 3 E67</p> <p>“<u>Register of Adherence to Treatment (RAT)</u> used in this study as defined above and the criteria for the assignment to each level group” p. 3 E76</p> <p>“Compliance information was obtained from <u>participant self-reporting</u> and recorded by the investigator during visits at 1, 3, 6, 9, and 12 months” p. 3 E80</p> <p>“Interviews of participants were conducted via telephone 12–18 days (Week 2) postdischarge to <u>assess self-reported medication adherence</u>.” P. 3 E81</p> <p>“Questions were derived from the <u>Medication Knowledge and Compliance Scale</u>, modified to elicit information on adherence solely in the postdischarge period.” P. 3 E81</p> <p>“Entre os métodos indiretos, o teste de Morisky-Green é um instrumento simples validado para estimar a adesão ao tratamento” p. 2 E82</p> <p>“Additionally, adherence was measured by (...) <u>self-report</u> ‘How many of your HIV medication doses did you miss in the last 7 days?’” p. 4 E84</p> <p>“In a separate report on the study, Gill et al. [23] reported associations between viral suppression and measures of adherence: <u>visual analog scale</u>.” P. 2 E85</p>

"The primary outcome measures were self reported and EDM-based medication adherence" p. 4 E85

"The majority of studies have used measures of adherence that are imprecise, often relying on self-report" p. 2 E93

"Trial participants in intervention and standard care groups were similar(...) on the MARS scale indicating high medication adherence." P. 4 E93

"Non-adherence appeared to be very frequent and as in earlier studies and previously reports of people in the early stages of Parkinson's disease revealed through pill counts, electronic devices or self-report to practitioners, it was highly complex" p. 7 E96

"The self-reported drug compliance scale (Tsang 2001) was selected to assess the patients' level of medication adherence" p. 4 E99

"Self-reported ARV adherence:" p. 5 E101

"Also self-monitoring of pills, (...), patient medication feedback (Carlson et al., 2005; Heneghan et al., 2007; Schroeder et al., 2004) and self-assessment of patients (Ponnusankar et al., 2004)." P. 7 E104

"Under the model of knowledge, attitude and practice and according to chronotherapeutic theory, the seven-day recall Chronotherapeutic Compliance Questionnaire for hyperpietic (seven-day recall CCQH) was developed based on the questionnaire of Xiao Huimin, etc." p. 3 E105

"The 26-iten Medication Adherence Self-Efficacy Scale (MASES) (Ogedegbe et al, 2003)" p. 3 E108

"Morisky medicine adherence scale" p. 3 E108

"Adherence was measured using the translated adherence questionnaire from the CPCRA Antiretroviral Medication Self-Report" p. 3 E110

"Questions to assess each of these realms of medication nonadherence are warranted, including:-How many days in the past month did you miss taking your pills?; -How many days in the past month did you have difficulty taking the correct number of pills each day?; -How many days in the past month did you have difficulty taking all of your pills on time?" p. 10 E111

"Compliance was assessed by asking the patients whether they had taken their medications as prescribed." P. 2 E112

"subjective report: self-reported or self-monitored adherence" p. 7 E114

"Adherence measures consisted of self-reported adherence" p. 3 E117

"Self-reported adherence was assessed with the ACTG Adherence Questionnaire" P. 2 E119

"Por otra parte, existen medidas subjetivas como la opinión médica o el testimonio del propio paciente." p. 1 E121

"El cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ)" p. 1 E121

"La escala de Morisky-Green es una sencilla escala que consta de tan sólo cuatro ítems que preguntan sobre cómo el paciente cumple con las tomas de la medicación pautada por el médico" p. 3 E121

"Los valores de cumplimiento terapeutico antes de la intervención, segun el cuestionario de Morisky-Green, son bajos" p. 4 E122

"Adherence Instrument (ACDI)" p. 3 E124

"Self-reports were triangulated with pill counts at scheduled monthly follow-up appointments for four months after starting treatment (Farmer, 1999)." P. 5 E128

"descriptive questionnaire, medication adherence self-efficacy scale (MASES)" p. 3 E131

"Adherence was also measured by self-report in conjunction with knowledge, physical, psychological, and lifestyle factors affecting adherence, beliefs about illness and medicines, and quality of care (...) Revised Glaucoma Adherence Questionnaire (GAQ-R)" p. 4 E132

"Other measures include (...) self-reported measures of medication adherence (MARS)." P. 6 E135

"The three methods for measuring medication taking are self-report, (...)" p. 3 E136

"Self-reported medication adherence was measured at baseline and follow-up using the Antiretroviral General Adherence Scale (AGAS)." P. 3 E137

"Self-reported adherence also was measured, using the question "how many days in the last week have you taken your medication as prescribed?" p. 2 E139

"the Morisky Self- Reported Medication-Taking Scale (Morisky scale).... The Morisky scale is a 4-item questionnaire used to assess nonadherence" p. 4 E142

"The BMQ comprises of 2 5-item scales. The first scale (the "Necessity Scale") assesses the patient's beliefs about the necessity of his/her prescribed medications. The second scale (the "Concerns Scale") assesses the patients' concerns about his/her medications." p. 4 E142

"Different strategies (eg, self-reports, (...)) each of which has its strengths and weaknesses, can be used to measure adherence" p. 1 E146

"Self-reported adherence to the medication was measured using the Haynes-Sackett and Morisky-Green tests, which were previously translated and validated, together with the patient's recall of the medications taken over the previous 3 months" p. 3 E147

"Medication attitudes were assessed with the ten-item Medication Adherence Rating Scale, (MARS) which has been shown to have adequate internal consistency, test-retest reliability, and positive correlations with related measures (10)." P. 2 E149

"Medication compliance was measured by nurses each week during medical management sessions via self-report" p. 2 E150

"A structured four-item self-reporting measure of analgesic adherence developed by Morisky et al. (1986) was administered to patients to measure their compliance with analgesics" p. 4 E152

"In addition, the BDI was used for measuring depression and the Compliance Behaviour Assessment Scale (CBAS) was utilized to measure the medication compliance" p. 3 E158

"The Morisky Scale (Morisky, Green, & Levine, 1986) was used to measure adherence" p. 4 E159

"Medication Adherence (MARS)" p. 5 E160

"Self-rated adherence was assessed using the four-item Morisky Self-reported Medication-Taking Scale" p. 9 E162

"Self-Assessment of Medication Adherence questionnaire Morisky [24]." P. 2 E166

"using a validated five-item adherence scale [19, 20], derived from the four-item scale developed by Morisky et al. [21, 22]" . p.3 E167

"Most patients report that the reasons for their non-adherence are involuntary e.g. they forget to take the pills, rather than intentional p. 2 E173

Fatores que influenciam a adesão

Características dos doentes: Facilita

"Second, as mentioned, patients aging with HIV are more likely to be prescribed more medications. Although older adults with HIV are more likely to adhere to their medication regimens" p. 7 E9 **(IDADE MAIS VELHO MAIS ADERENTE)**

"Medication management skills will be evaluated including ability to read a prescription label, ability to remove two tablets from a 7-dram prescription vial, ability to interpret directions and ability to differentiate tablet colors (developed by Ruscin and Semla),³⁶ which are important predictors of adherence and ADEs." p. 5 E32

"Psychological factors of depression, anxiety, and self-efficacy seem to contribute to adherence" p. 8 E47

"Self-efficacy has been described as an antecedent skill for optimum treatment adherence (Shay, 2008)." P. 2 E54

"These participants reported that staying mentally alert and determination to manage medications correctly and independently helped them to be successful." p. 6 E73

"Another threat to generalizability and explanation for high adherence is that the current sample had a high prevalence of immigrants and people of Hispanic ethnicity, patient populations that may be more adherent to healthcareprovider instructions" p. 7 E81

"Older age is associated with better compliance, but this is not the case for gender, disease duration and total number of pills taken for RA or any other reason" p. 2 E94

"For example, positive physiological feedback received by clients from blood pressure self-monitoring may result in feelings of self-efficacy in taking antihypertensive medications and result in continued adherence." P. 2 E95

"Age, (...) can promote adherence by increasing concern" p. 1 E98

"Factors have been identified and can be categorized in five dimensions: (1) patient related factors (e.g., self-efficacy, knowledge, and intentions), p. 3 E103

"This study suggests that patient satisfaction with pain management regimes is a significant factor influencing medication adherence and fully exploring these underlying mechanisms is crucial." P. 2 E152

Dificulta

"cognitive impairments (Hinkin et al.,2004), for many older adults with HIV who do have age- and/or HIV-related cognitive impairments, keeping track of and taking medications as Prescribed (e.g., missing doses, doubling doses because they forgot they already took the medication, taking medications with food when instruct not to do so, etc.) presents a unique medical concern" P. 7 E9 **(IDADE MENOS ADERENTE – CAPACIDADES COGNITIVAS)**

"The theory underlying this measure is that drug nonadherence could occur in any or all of several ways: forgetting, carelessness, stopping the drug when feeling better, or starting the drug when feeling worse" p. 11 E26

"Next, the pharmacists will assess common barriers to medication adherence including poor memory, lack of diabetes knowledge, health beliefs, cost, medication burden, physical disabilities, and social barriers" p. 4 E28

"In the case of non-intentional non-adherence forgetfulness, cognitive impairment polypharmacy and psychosocial issues are commonly cited causes (Banning 2008). Age, particularly older age, may have a negative impact on adherence with medication due to presence of co-morbid conditions (Balkrishnan 1998)." P. 1 E40

"Factors associated with poor adherence with medication: (...) Cognitive deficits and forgetfulness in relation to adhering to medication regimen and timing of medicine doses." P. 2 E40

"younger women and those aged under 57.6 years were intentionally nonadherent with their medication, often refusing to adhere to treatment regimens" p. 6 E40 **(IDADE MAIS NOVA – NÃO ADERE)**

"The occasional and intermittent skipping of drug doses was often related to forgetfulness... (Grunfeld et al. 2005)" p. 6 E40

"Also worthy of consideration (...); the impact of a dislike of taking medicines particularly in younger women (...) important attributes of medication adherence"" p. 7 E40

"Also worthy of consideration is (...) locus of control are important attributes of medication adherence" p. 7 E40

"The top three barriers to adherence reported in this survey are (...) inability to understand the benefits of adherence (79% of respondents)" P. 7 E 41

"Various factors, such as co morbid illness and patient characteristics (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2002), patient's attitude (Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2009), and patient education (Yeh, Sung, Yorker, Sun, & Kuo, 2008) have been reported to influence treatment adherence." P. 2 E46

"Age has been associated with medication-related hospitalization as a result of nonadherence to prescribed medication regimens. In most cases, nonadherence is potentially more serious in older people" P.3 E46

"Patients' attitudes toward antidepressants was shown to significantly affect antidepressant use" p. 4 E46

"Furthermore, patients might not remember to refill medications (Depp et al., 2008), or forget to take medications with them when they leave home." P. 8 E46

"Cognitive impairment because of the disease or its associated treatment, or age, is also known to influence adherence and should be measured." P. 13

"Race was such a significant factor that when it was added to the statistical model, it accounted for the effect of medication adherence and financial status." P. 4 E48

"Many of the factors affecting medication adherence has been examined independently (...) included demographic characteristics including age, gender, marital status, educational level, income, occupation, and history of substance abuse. P.2 E51

"Forgetting to take medications is a frequent barrier to medication adherence (31)." P. 6 E52

"Evidence regarding patient adherence suggests that patients may not self administer oral chemotherapy correctly, their adherence may diminish over time and relate to onset of physical symptoms, or be affected by a range of other factors including low socioeconomic status, complex administration schedules, race and extremes of age" p. 3 E54

"When patients' efforts to lower their BP do not produce positive results, they are likely to produce instead apathy, discouragement, and nonadherence." P. 6 E58

"As male gender and lower adherence were suggested by this study to be statistically significantly associated with higher level of DBP" p. 9 E59

Poor adherence to medication was related to delayed recall." P. 3 E60 (**memória**)

"A pilot study in the Netherlands assessed 16 patient related items that might affect GA adherence: the attitude towards self-injecting, previous immunomodulation, the reason for switching, concurrent chronic disease, disability, cognition, disease duration, type of skin, bodily constitution, working in the open, acceptance of disease, family support, social activities, personality, motivation and linguistic barrier [unpublished data]." P. 3 E62

"In chronic dialysis patients, psychological factors are identified as the most important modifiable predictors that could be addressed within interventions to facilitate adherence (Kammerer et al. 2007, Karamanidou et al. 2007). p. 2 E63

"Furthermore, drinking and smoking had a negative effect on adherence." P.2 E70

"Interestingly, what emerged from these data is that demographic factors (sexo, estado civil, empregado ou não), can influence adherence" p. 2 E70

"Hudson et al. (2004) examined barriers to medication adherence in patients with schizophrenia. The most commonly reported barriers were (...) memory problems" p. 2 E72

"Medication taking is a complex health behavior that is affected by multiple factors that include (...) sociodemographic factors" p. 1 E72

"Previous research has shown that the lack of successful medication management can be associated with the (...) "forgetfulness" (Balkrishnan, 1998; Insel & Cole, 2005)." P. 2 E73

"Research findings indicated that older adults may have certain characteristics or developed behaviors that influence their medication management processes." P. 2 E73

"The most frequently reported challenges included (...) difficulty remembering (n=13), (...)." P.4 E74

"Treadaway et al (2009) found that the most common reasons for missing treatment included: forgetting to administer the medication (...)." P. 1 E78

"Older age is associated with better compliance, but this is not the case for gender, disease duration and total number of pills taken for RA or any other reason" p. 2 E94

"The patient-related factors were lack of belief in treatment, psychological problems (especially depression), forgetting to take the drug, poor awareness of therapeutic benefit or recurrence risk and age" p. 4 E97

"The results are not always consistent, but do suggest that the very young (<45 years) and the very old (≥85 years) are less adherent to tamoxifen than those in between." P. 4 E97

"Non-white women RACA were less adherent to tamoxifen than white women and women that had had a mastectomy rather than breast conserving surgery were also less adherent [25]" p. 4/5 E97

"Emotional reactions can also lead to nonadherence [11], especially during quiescent periods when medication may remind patients of illness" p. 1 E98

"Distinctive and specific attitudes, perceptions, and stressors among African American women may affect breast cancer treatment adherence (Bickell et al., 2006)."p. 1 E118

"Forgetfulness and low health literacy may preclude adherence (Logue, 2002)" p. 2 E120

"La poblacion envejecida y con gran número de medicamentos presenta un mal cumplimiento terapeutico" p. 6 E122

"Metabolically, older people are more sensitive to certain drugs (that generally get tested in younger adults), sometimes leading them to abandon drug regimes even when the 'right' prescription was given" p. 4 E127

"Non-compliance with prescribed medication: they may forget to order their medication or take it incorrectly" p. 6 E127

"Medication is not taken adequately because of memory failure." P. 7 e127

"Women had higher adherence rates than men, as estimated by both methods. The adherence in men was worse with the TS than with the pill count." P. 3 E130

"Environmental factors, (...) self-efficacy, influenced the adherence to LTBI treatment among Mexican migrant workers (Wyss & Alderman, 2007)" p. 2 E148

"Among the documented reasons for medication nonadherence are (...) forgetfulness" p. 2 E169

Compared with younger adults, those 60 years and older are more likely to be managing multiple medications and multiple comorbidities and, as age increases, may develop cognitive and functional deficits impeding their ability to adhere to a medication regimen" p. 2 E170

"(...) additional factors were associated with inadequate adherence with ART, including psychological problems (...)" p.13 E12

"Studies suggests that treating depression may be associated with improved HIV health outcomes p.8 E15

"Common factors that contribute to nonadherence include low health literacy, depression, lack of medication knowledge, lack of social support, concerns about adverse events and dependency, poor patient clinician communication, and limited access to healthcare resources [16,17]" . p.1 E28

"Various factors, such as co morbid illness and patient characteristics (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick, & Munizza, 2002), patient's attitude (Chakraborty, Avasthi, Kumar, & Grover, 2009), and patient education (Yeh, Sung, Yorker, Sun, & Kuo, 2008) have been reported to influence treatment adherence." P. 2 E46

"Factors related to treatment adherence for persons living with chronic illnesses include depression, social support, and self-efficacy" p. 3 E55

Doença associada

"DiMatteo et al. 2000 suggested that the relationship between depression and adherence was such a significant one, with a suggested odds ratio of three to one that an individual diagnosed with depression was likely to not act upon health professionals' recommendations that specific interventions were required to ensure adherence." P. 5 E57

"A pilot study in the Netherlands assessed 16 patient related items that might affect GA adherence: the attitude towards self-injecting, previous immunomodulation, the reason for switching, concurrent chronic disease, disability, cognition, disease duration, type of skin, bodily constitution, working in the open, acceptance of disease, family support, social activities, personality, motivation and linguistic barrier [unpublished data]." P. 3 E62

"The patient-related factors were lack of belief in treatment, psychological problems (especially depression), forgetting to take the drug, poor awareness of therapeutic benefit or recurrence risk and age" p. 4 E97

"Clinical depression is common in UC [13] and predicts nonadherence" p. 1 E98

"A barrier to adherence that is of great concern is the experience of serious psychological problems such as depression and alcohol abuse." P. 8 E101

"Factors have been identified and can be categorized in five dimensions: (...) condition related factors (e.g., depression and number of co-morbidities), p. 3 E103

"Depression has been found to be associated with decreased adherence to BP self-care behaviors, such as fluid restrictions, nutrition, and medication (Akman et al., 2007; Kimmel, 2002; Taskapan et al., 2005) p. 2 E159

Características da doença

"The numerous barriers to ART adherence revealed by the women included the following: (a) the physical barriers relating to symptoms of worsening AIDS" p. 9 E12

"(...) the psychological sequelae of having AIDS" p. 9 E12

"Although type of disease is known to influence adherence in certain circumstances, 77-80 there is a paucity of information on cancer stage and its effects on adherence, and these data need to be included in future adherence research." P.8 E47

"In cancer patients, the gravity of the disease may produce adherence in some patients" p. 8 E47

"Many of the factors affecting medication adherence have been examined independently (...) labeled the illness condition of patients. Included here is the severity of psychotic symptoms and insight about illness and severity. P. 2 E51

"Evidence regarding patient adherence suggests that patients may not self administer oral chemotherapy correctly, their adherence may diminish over time and relate to onset of physical symptoms, or be affected by a range of other factors including low socioeconomic status, complex administration schedules, race and extremes of age" p. 3 E54

"Older age is associated with better compliance, but this is not the case for gender, disease duration and total number of pills taken for RA or any other reason" p. 2 E94

"Non-white women were less adherent to tamoxifen than white women and women that had had a mastectomy rather than breast conserving surgery were also less adherent [25]" p. 4/5 E97

"During flare-ups, distress or impairment may reduce adherence." P. 1 E98

"(...) disease severity, and disability can promote adherence by increasing concern" p. 1 E98

"Furthermore, psychotic symptoms can influence adherence (Appelbaum & Gutheil 1980)" p. 5 E157

Características do tratamento/terapêutica

"(...) and the side effects of the medications they were taking;" p. 9 E12

"(...) additional factors were associated with inadequate adherence with ART, including (...) drug toxicity profile" p.13 E12.

"This may be due to the fact that most treatment regimens included nelfinavir, which is known to be associated with poor adherence in HIV patients (Moore et al., 2006), as it involves a high number of pills and frequent gastrointestinal side-effects (Luque et al., 2007)". P.7 E23

"It is understandable that non-adherence can occur when patients do not know why they have to take a prescribed medication (Cleary, et al, 1995), when they do not feel any positive effect of taking a drug, and when the drug is considered as an outsider in an already complex treatment regimen" p. 4 E26

"Next, the pharmacists will assess common barriers to medication adherence including poor memory, lack of diabetes knowledge, health beliefs, cost, medication burden, physical disabilities, and social barriers" p. 4 E28

"Factors associated with poor adherence with medication: Complexity of medication regimen; Exposure to adverse effects of medicines." P. 2 E40

"The plethora of side effects can possibly influence adherence with medication" p. 2 E40

"The top three barriers to adherence reported in this survey are inconvenience/interference of treatment with the activities of living (94% of respondents) " P. 7 E41

"The main point in regard to defining adherence is that clinicians need to clearly understand which dimensions of adherence they are assessing and measuring (...) First, the percentage of medications taken must be defined (to include number of doses and doses by day of treatment). Second, the duration (ie, number of days, weeks, months, or years) of taking the medication (persistence) is needed. Finally, with some types of medications, the timing of taking the medication is of importance (a defined dosing interval; ie at a specific time of day so that under and over dosing can be evaluated), as well as taking the oral antineoplastic agent lying down or with or without food." p. 3 E47

"Furthermore, the side effects, potential adverse events caused by toxicity, and polypharmacy can disrupt administration making adherence difficult" p. 7 E47

"Adherence is inversely related to medication regimen complexity" p. 13 E47

"Previous research has shown that ADRs (adverse drug reactions) often lead to nonadherence to ART" p. 6 E50

"Many of the factors affecting medication adherence have been examined independently (...) has been termed medication treatment and included both side effects of medications and the complexity of the treatment regimens" p. 2 E51

"As mentioned previously, the evidence documented that social support, experience of medication side effects, and therapeutic alliances were associated with adherence behavior in individuals with schizophrenia." P. 4 E51

"When nurses assess for side effects of antipsychotic medications, the extra-pyramidal side effects are considered to be the most common, the most troublesome for consumers and the most likely to result in non-adherence (Gray & Gournay 2000, Smith & Henderson 2000, Deegan 2001)." P. 2 E53

"Evidence regarding patient adherence suggests that patients may not self administer oral chemotherapy correctly, their adherence may diminish over time and relate to onset of physical symptoms, or be affected by a range of other factors including low socioeconomic status, complex administration schedules, race and extremes of age" p. 3 E54

"As the literature suggests that the number of oral medications prescribed is associated with medication adherence (Hu et al. 1996a), it is possible that there is a causal pathway from number of medications to adherence to SBP (i.e. >number of medications fi adherence fi >SBP)" p. 8 E59

"Some participants had reported being adversely affected by the side effects of Aripiprazole. One of them found the headaches, a common side effect during initiation, rather distressing. This had led to her decision to omit the medication." P. 6 E61

"Part of the problem for patients with long-term psoriasis is that treatments have been relatively ineffective, leading to poor adherence because patients have 'given up hope' of achieving a better outcome." P. 1 E70

"For example, topical treatment regimens can be complex, thus causing reduced adherence via the 'nuisance' factor; simplifying the regimen may improve adherence and hence outcome" p. 2 E70

"Another characteristic of treatment, cosmetic acceptability, is also a key contributor to adherence" p. 2 E70

"In a study of 1281 psoriasis patients, the most frequently reported reasons for noncompliance were related to the treatment being unpleasant to use, having lack of efficacy, or being too time-consuming." P. 2 E70

"Cosmetic acceptability and ease of use affect treatment preference and adherence, with patients generally preferring less messy treatments that are easy to apply" p. 3 E70

"Communication can also be used in other ways to improve medication adherence, such as simplifying the regimen and encouraging behavioural cues to take treatment." P. 5 E70

"Another factor that affects drug adherence is the drug regime. When the treatment regime is complicated and/or requires a change of lifestyle, the lack of adherence can reach 70%." p.2 E71

"Thus, the level of adherence dropped to < 20% when the participants had to administer > 13 medications daily (Goff et al., 2007; Williams et al., 2008)." P. 4 E71

"Medication taking is a complex health behavior that is affected by multiple factors that include treatment efficacy, side-effects, clinician characteristics, treatment" p. 1 E72

"Hudson et al. (2004) examined barriers to medication adherence in patients with schizophrenia. The most commonly reported barriers were (...) adverse drug reactions" p. 2 E72

**Distância do
centro de
tratamento/cus-
tos
relacionados
com a
deslocação/
Tratamento**

"Previous research has shown that the lack of successful medication management can be associated with the number of medications, cost of medication, (...) as well as dosing, (...)" (Balkrishnan, 1998; Insel & Cole, 2005)." P. 2 E73

"The most frequently reported challenges included (...) the complexity of the regimen (n=15), (...), and not having the medications on hand (n=11)." P.4 E74

"There are multiple barriers to adherence with DMT including problems with injecting, (...), and adverse events (Costello et al, 2008). Treadaway et al (2009) found that the most common reasons for missing treatment included (...) tired of the injections, or skin reactions or pain at injection sites." P. 1 " P. 1 E78

"Prior studies have identified some patient-level factors associated with medication discontinuance (education, adverse effects, number of medications, etc.)" p. 2 E79

"Adherence to phosphate binders poses a particular challenge for dialysis patients, owing to the irregular pattern of intake, the large number of pills required and adverse events such as gastro-intestinal upset and unpleasant taste" p. 2 E84

"Older age is associated with better compliance, but this is not the case for gender, disease duration and total number of pills taken for RA or any other reason" p. 2 E94

"Nonadherence to medication is not always deliberate (Denois et al., 2010) but it is recognized that adherence is compromised if patients need to take a number of different drugs, take them frequently (complexity of the regime), if the drugs impose dietary restrictions, cause distressing side effects (Chesney, 2000) or if communication is poor" p. 2 E96

"Although adverse drug events (ADEs) like headaches, nausea, increased symptoms, or diarrhea are often suggested as causes of nonadherence, emotional reactions may matter more than actual symptoms" p. 1E98

"(...) reduce adherence due to treatment complexity" p. 1 E98

"Difficult to be on ARVs. These were: side effects, (...)." P. 7 E101

"Factors have been identified and can be categorized in five dimensions: (...) therapy related factors (e.g., dose frequency and duration of treatment), p. 3 E103

"Multiple medications and complex medication regimen were consistently linked to non-adherence to drug therapy (McElnay, et al., 1997; Rotter, Rudd & Comings, 1998)" p. 2 E120

"Furthermore, the complexity of medicines and treatments has a negative effect on adherence: the more medicines/treatments prescribed, the lower the compliance rate (Haynes, 1979-b)." p. 2 E120

"Yet, side effects are mentioned by only 5-10% as a reason for non-adherence (Vermeire et al., 2001)"p. 6 E120

The higher the number of daily drug intakes, the lower the adherence estimated by the TS." P. 3 E130

"adherence to LTBI treatment was affected by the occurrence of side effects P. 2 E148

"Patient adherence can be influenced by factors such as (...) discomfort with injections (...) (Rosenfeld & Bakker, 2008)." P. 3 E153

"Additional risk factors to such behavior are: the use of large number of prescribed medications, the use of a large number of daily doses [11]" p. 2 E169

"Patient adherence can be influenced by factors such as (...) discomfort with injections, (...) (Rosenfeld & Bakker, 2008) p. 1-2 E175

"Common factors that contribute to nonadherence include low health literacy, depression, lack of medication knowledge, lack of social support, concerns about adverse events and dependency, poor patient clinician communication, and limited access to healthcare resources [16,17]" . p.1 E28

"Although ART provides people with a chance for better health, economic worries may influence the patients' motivation to be adherent, because they may lose the grant as soon as their clinical situation improves." P. 9 E49

"Although treatment is free of charge through public health facilities in the study area, the participants thought that other poverty-related factors, such as lack of food or receiving a grant for being sick, influenced patients' adherence" p. 5 E50

"Other logistical barriers include financial difficulty, transportation problems, competing priorities, and poor health literacy" p. 1 E98

"difficult to be on ARVs. These were: (...), financial problems, practical issues, (...)." P. 7 E101

"Factors have been identified and can be categorized in five dimensions: (...) socio-economic factors (e.g., social isolation and cost of treatment), p. 3 E103

"Furthermore, the majority of drug users are unemployed and poor (...) ." P. 2 E110

<p>Questões económicas</p>	<p>"Environmental factors, such as <u>seasonal work, transportation, daily work schedule</u> (...), influenced the adherence to LTBI treatment among Mexican migrant workers (Wyss & Alderman, 2007)" p. 2 E148</p> <p>"According to McEwen (2003), several <u>factors influenced the adherence</u> to LTBI treatment among Mexican immigrants: <u>access to the health facility, length of time to complete treatment, and confusion about the U.S. health care system.</u>" P. 2 E148</p> <p>"Patient adherence can be influenced by factors such <u>costs of treatment</u>, (...) (Rosenfeld & Bakker, 2008)." P. 3 E153</p> <p>"For instance, when patients indicated <u>financial barriers</u> to medication adherence and appointment attendance" p. 3 E161</p> <p>"Patient adherence can be influenced by factors such as type of delivery system, costs of treatment, (...) (Rosenfeld & Bakker, 2008) p. 1-2 E175</p>
<p>Crenças culturais acerca da doença e tratamento</p>	<p>"Taiwan has <u>intrinsic cultural differences and interests</u> in and respect for the traditions from Western countries. It is argued that as a result of an interest in alternatives to medications such as complementary therapies, this may <u>challenge Taiwanese patients' adherence attitudes to prescribed medication.</u>" P. 2 E46</p> <p>"Such <u>weaknesses in the African healthcare supply exercise a strong negative influence not only on ART adherence</u>, but also on treatment continuity." P. 2 E69</p> <p>"Distinctive and specific attitudes, <u>perceptions</u>, and stressors among African American women may affect breast cancer treatment adherence (Bickell et al., 2006)."p. 1 E118</p> <p>"Environmental factors, such as (...), and <u>cognitive/emotional beliefs</u>, (...), influenced the adherence to LTBI treatment among Mexican migrant workers (Wyss & Alderman, 2007)" p. 2 E148</p> <p>"Patient adherence can be influenced by factors such as (...) <u>misperceptions about the consequences of missed doses</u> (...) (Rosenfeld & Bakker, 2008)." P. 3 E153</p> <p>"Patient adherence can be influenced by factors such as (...), <u>misperceptions about the consequences of missed doses</u>,(...) Rosenfeld & Bakker, 2008) p. 1-2 E175</p>
<p>Interação com profissional de saúde</p>	<p>"In order to boost adherence to medical treatment, client satisfaction, and self-efficacy, it is necessary to <u>cultivate a working alliance in medical care for the general population</u> according to a study by Fuertes et al. (2007)". P10 E5</p> <p>"In a review article by Nischal and colleagues (2005), additional factors were associated with inadequate adherence with ART, including psychological problems, <u>lack of trust between clinician and patient</u>, and drug toxicity profile p.13 E12</p> <p>"<u>Good quality patient–health worker relationships</u> promote adherence (Deyo and Inui, 1980), with recent studies extending this finding to ART adherence (Roberts, 2002)". P.3 E13</p> <p>"Topic guides explored changing perceptions of HIV, social support and ways of coping with HIV and ART, issues surrounding treatment adherence, and <u>experiences at the healthcare centre</u>". p. 3 E13</p> <p>"As maintaining <u>high levels of medication adherence</u> are the key to treatment success, we believe that the (...) close monitoring of patients at home and empowerment of patients by providing intensive treatment literacy education are critical to improving treatment outcomes". P.6 E14</p> <p>"A <u>strong relationship between youth and the primary care provider</u>, a partnership mode of connection between caregiver, child, and social support, is associated with positive medication adherence (Merzel, VanDevanter, & Irvine, 2008)". P. 6 E 18</p> <p>"<u>Clinicians may have anecdotal but potentially erroneous assumptions about a patient's reasons for non-adherence to the diabetes regimen; for example, assuming that patients hold irrational beliefs or lack knowledge about diabetes</u>" p. 1 E19 (POR PARTE DOS PROFISSIONAIS)</p> <p>"Nolan et al (2001) and Courtenay et al (2011) state that <u>established relationships between patients and nurses</u> may promote concordance and adherence to treatment" p. 4 E21</p> <p>"Medication adherence is increased, however, <u>when patients have a strong relationship with their doctor</u>, feel actively involved in disease management,18–22 and receive detailed information and instructions on how to take the medicine". P.1 E22</p> <p>"More frequent <u>contact with the healthcare provider may positively affect a patient's adherence to self-management</u> activities [13], enhance autonomy and confidence in managing diabetes [14], and help the healthcare provider and the patient to revise and adjust diabetes management goals" p. 2 E25</p> <p>"Common factors that contribute to nonadherence include low health literacy, depression, lack of medication knowledge, lack of social support, concerns about adverse events and dependency, <u>poor patient clinician communication</u>, and limited access to healthcare resources [16,17]" p.1 E28</p>

"Data from observational studies on CV diseases suggest that adherence and retention may be improved by better provider–patient communication, education about the disease and reduction in financial barriers (Maro & Lwakatare 1997; Ohene Buabeng et al. 2004; Akpa et al. 2005; Amira & Okubadejo 2007; Magadza et al. 2009)." P. 2 E33

"The nurse practitioner and patient relationship plays an important role in adherence" p. 7 E38

"Open-ended communication about emotional and practical issues is key to identifying reasons for nonadherence." P. 7 E38

"However, treatment adherence has been found to be negatively impacted by cynical, pessimistic, or uncaring attitudes toward clients on the part of health care providers" p. 3 E39 (POR PARTE DOS PROFISSIONAIS)

"Factors associated with poor adherence with medication: (...) Poor relationship with prescriber (...)" p. 2 E40

"Factors associated with poor adherence with medication: (...) Inadequate dialogue with prescriber on possible medication-related issues/concerns" P. 2 E40

"Current adherence research acknowledges that communication is an important aspect of the prescriber/patient consultation (Silliman et al. 2002)." P. 7 E40

"Strong therapeutic relationships may contribute to increased treatment adherence and improved patient outcome, but this requires both time and skilled HCPs (Leach, 2005)." P. 10 E49

"Unless healthcare providers have sufficient confidence and knowledge to provide adequate advice when ADRs occur, it is unlikely that they will be able to impact on patients' medication-taking behaviour in such situations." P. 6 E50

"Many of the factors affecting medication adherence have been examined independently (...) include, therapeutic alliance between patients and health care providers (...)" P. 2 E51

"As mentioned previously, the evidence documented that social support, experience of medication side effects, and therapeutic alliances were associated with adherence behavior in individuals with schizophrenia." P. 4 E51

"The information exchange from the interaction between patients and health care providers can initiate a comparison between the initial perception and the reference value from health care providers. Thus, patients reanalyze and develop important self-care strategies, such as medication adherence (Leventhal et al., 2003)." p.10 E51

"Adherence may be higher in motivated patients and in those who have access to education and support from healthcare professionals or family members" p. 3 E54

"The nature and frequency of patient interaction with the physician also influence adherence and outcome" p. 2 E70

"Improving the healthcare professional–patient relationship can improve medication adherence and hence treatment outcomes" p. 5 E70

"Communication can also be used in other ways to improve medication adherence, such as simplifying the regimen and encouraging behavioural cues to take treatment." P. 5 E70

"Patients who feel that they have an open line of communication with their physician and who are encouraged by the physician to become involved in self-treatment tend to display more consistent drug adherence. In addition, when physicians and patients concur regarding the patient's degree of involvement, there is a rise in adherence (Martin et al., 2005). Patients who are confident of their primary physician's professionalism and knowledge display higher drug adherence despite concerns about the medication's potential side effects (Chia et al., 2006)" p. 2 E71

"The more confidence that the participants had in their physician's professionalism, the greater their self-reported adherence to prescription drugs." P. 4 E71

"Previous research has shown that the lack of successful medication management can be associated with the (...) provider relationships" (Balkrishnan, 1998; Insel & Cole, 2005)." P. 2 E73

"In recent years, clinicians (...) need for establishing therapeutic alliances and collaboration between clinicians and patients in managing medications" p. 1 E74

"Four themes consistently emerged in our qualitative analyses. From the patient perspective (...) poor communication between clinicians and between clinicians" p. 4 E79

"Previous studies have shown that the relationships between patients and health care providers may influence treatment adherence." P. 6 E86

"Good relationships between patient and practitioner are also considered to be very important and this has helped to promote the notion of concordance (Aronson, 2007)." P. 2 E96

"Nonadherence to medication is not always deliberate (Denois et al., 2010) but it is recognized that adherence is compromised if patients need to take a number of different drugs, take them frequently (complexity of the regime), if the drugs impose dietary restrictions, cause distressing side effects (Chesney, 2000) or if communication is poor" p. 2 E96

"Factors have been identified and can be categorized in five dimensions: (...) healthcare team- and system-related factors (e.g., quality of provider communication and trust in the healthcare worker)" p. 3 E103

<p>Características Não adesão</p>	<p>"Most researchers <u>recognise that patient-provider relationships and patient</u> satisfaction with those relationships are important factors in adherence to treatment regimes (Cameron 1996, Bos et al. 2005)." P. 2 E152</p> <p>"Several scholars have taken a socio-psychological perspective in suggesting several factors that influence patient adherence, including the <u>physician-patient relationship, the communicative skills of physicians, the provision of information</u> (...) (Cameron 1996, Ryan 1999, Lowe et al. 2000). The <u>behaviour and attitudes displayed by health care professionals</u> can positively or negatively influence the adherence of patients (Cameron 1996)." p. 9 E152</p> <p>"Previous research has shown that the <u>relationship between health professionals and patients</u> and the <u>ways in which information is provided</u> is critical in enhancing medication concordance and management (Manias et al., 2007; Pound et al., 2005; Williams et al., 2008)." P. 2 E153</p> <p>"Worthington (2003) states that a <u>partnership between the nurse and the patient</u> consistent with person-centred care can have a significant influence on patients' understandings and attitudes towards their medications and on the degree of compliance with their medication regimens." P. 2 E152</p> <p>"Patient adherence can be influenced by factors such (...) lack of dialogue between patients/caregivers and healthcare providers (Rosenfeld & Bakker, 2008)." P. 3 E153</p> <p>"Patient adherence can be influenced by factors such as (...) lack of dialogue between patients/caregivers and healthcare providers (Rosenfeld & Bakker, 2008) p. 1-2 E175</p> <p>"By contrast, <u>nonadherence</u> to drug therapy can be evaluated by the <u>number of drug doses missed, mistimed, or otherwise administered incorrectly.</u>" P. 2 E31</p> <p>"<u>Medication non-adherence</u> may include problems such as <u>non-acceptance</u> (not initiating the medication), <u>poor execution</u> (not taking the correct number of doses per day or not taking doses at the correct time), and <u>non-persistence</u> (not taking the medication for the prescribed period of time) (7)." P. 1-2 E52</p> <p>"<u>Problems with sexual function</u> have been identified as a primary, if not the primary, reason for non-adherence to psychotropic medication (Deegan 2001, Roose 2003, Rosenberg et al. 2003)." P.1 E53</p> <p>"In people with diabetes, a <u>lack of knowledge and management skills</u> is the main contributing factor to nonadherence (Cerkoney & Hark, 1980)." P. 2 E56</p> <p>"Reasons <u>identified for non-adherence</u> in this study reflected the three forms of adherence outlines by McGraw & Drennan (2004), such <u>as concern about the taking of antidepressants, severity of side effects, issues of dependence and long-term effects.</u>" P. 5 E57</p> <p>"<u>Poor communication between patients and health care providers</u> contributes to nonadherence to treatment regimens" p. 1 E58</p> <p>"As <u>knowledge deficit</u> is a important barrier to medication non-adherence, nurse strategies to improve medication adherence should include an educational component" p. 8 E63</p> <p>"Moreover, <u>individual correlates of non adherence</u> highlight both the importance of <u>patients' social context</u> and <u>treatment experience.</u>" P. 6 E69</p> <p>"As in Sayles, Wong, Kinsler, Martins, and Cunningham (2009), our findings suggest that <u>non-adherence to ART is partly linked to stigma experienced by PLWHA</u> through its indirect impact on mental health." P. 7 E69</p> <p>"Nonadherence factors were <u>forgetting, interruption in routine, and perceived ineffective and unneeded medications</u> (De Geest et al., 1994; Johnson et al., 1999)." P. 2 E73</p> <p>"Most patients report that the reasons for their nonadherence are involuntary e.g. they <u>forget to take the pills</u> (...) Other factors that have been associated with non-adherence include <u>male gender, full-time employment, and multiple dosing schedules</u>" P. 1 E75</p> <p>"Many factors may contribute to non-adherence in schizophrenia, including <u>degree of insight, social support, quality of the patient-doctor relationship, and effectiveness and side effects of the medications</u> [5,6]." P. 1 E76</p> <p>"As discussed in the previous section, <u>adverse effects</u> are a common cause of nonadherence to tamoxifen and the aromatase inhibitors" p. 5 E97</p> <p>"Nonadherence can occur for many reasons. One review identified eight concerns in UC: <u>loss of energy, loss of control, body image, isolation, fear, disability, feeling "dirty," and having limited information</u>" p. 1 E98</p> <p>"<u>nonadherence may result from fear</u> of ADEs [3], <u>perceived lack of information</u> [15], or <u>weak relationships with health care providers</u> (HCP)" p. 2 E98</p> <p>"In <u>older people</u> of all ages, non-adherence with medication is an increasing problem" p. 2 E104</p> <p>"Factors attributed to non-adherence include; <u>access to medicines, polypharmacy, multiple morbidity</u> (Hughes, 2004), <u>undiagnosed dementia and alcohol problems</u> (Cooper et al., 2005), <u>complexity of regimens</u> (Donnan et al., 2002) <u>uncertainty about physician instructions</u> (Browne et al., 2001), the <u>risk of adverse drug effects</u> (Cohen, 2001), <u>dexterity problems</u> (Blenkiron,</p>
---	---

1996), lack of social support (Balkrishnan, 1998), poor relationship with health care providers (Vik et al., 2004), poor communication between prescriber and patient, inadequate follow-up processes, unclear medical instructions and inadequate titration of treatment doses (Ellenbecker, 2004; Lin and Ciechanowski, 2008; Morris et al., 2006).” P. 2 E104

“Several factors are known to contribute to Nonadherence (...) “perceptions, beliefs, and unique stressors (...) inaccurate knowledge about personal risk and treatment efficacy (...) difficulty communicating with predominantly race-discordant clinicians (...) lack of social support (...) panic and fear regarding a cancer diagnosis (...) belief in the power of God to heal (...) Fatalism (...) silence (“not talking about it”)(...) economic vulnerability (...) the stress of multiple family roles (...) an overall pessimism regarding the potential for a cure” p. 1/2 E118

“Older patients may be at higher risk than their younger counterparts for non-adherence and subsequent adverse health outcomes due to declining physical condition of advancing age, low literacy level, poor education, and complex regimens (Hayes, 2005).” P. 2 E120

“Entre los factores asociados con la falta de adherencia al tratamiento inmunosupresor se han descrito la edad, la depresión, el estrés, el número de tomas diarias, los efectos secundarios de la terapia inmunosupresora, la falta de confianza en la medicación prescrita, la baja autonomía del paciente, haber recibido el injerto de un donante vivo, y la baja cultura sanitaria” p. 1 E121

“Experts agree that non adherence may represent a greater risk in seniors” p. 4 E127

“Nonadherence risk factors include previous nonadherence, recent alcohol or drug use, clinical severity, past antidepressant use, and medication-related cognitive impairment.” P. 1E139

“According to Coleman, reasons for **non-compliance** include: poor follow-up explanation or inadequate initial explanations (by health care providers) of medications; disbelief in the benefits of taking medications regardless of how the patient feels physically; forgetting to take medication; purposefully skipping medication (Coleman 2005). P.2 E131

“Results of this study indicated that noncompliance with rhGH therapy ranged from 64% to 77% among the three age groups evaluated, with teens having the highest rate of noncompliance. p. 10 E175

Características da adherence

“Medication adherence rates are influenced by multiple factors such as dosing schedule, length of time on therapy, side effects, meal planning, travel away from home and the limitations of the treatment regimen related to the clinical outcomes (Kruse et al. 1994). Additionally, perceived social support and stigma, emotional well-being, trust of the healthcare provider, and self-efficacy are known to influence medication adherence (Ammassari et al. 2002, Roura et al. 2009).” P. 2 E67

“Patient adherence to medication is strongly associated with outcome, and is itself influenced by many factors. These include the characteristics of the patient, disease and the treatment, satisfaction with the treatment, cosmetic acceptability and complexity of the treatment protocols.” P. 2 E70

“Adherence factors were described as effectiveness of medication, routine, and personal attributes such as perceived health status and confidence in physicians” p. 2 E73

“Van der Wal et al. (2006) has identified that the relationship between the patient and health care provider is the single most important factor in relation to medication adherence.” P. 7 E109

“Earlier studies (5,32-34) have indicated that the factors connected to treatment adherence include the motivation to take care of oneself, good energy levels, support from physicians, nurses, relatives and friends, a sense of normality, positive consequences from treatments and not fearing complication.” p. 3 E124

“A survey by Hoevenaars et al did not find an overall improvement in adherence with better education, but found certain factors to correlate with adherence, such as previous knowledge of glaucoma, social support, and fulfilled information needs.” P. 2 E132

“The main factors related to adherence are the complexity of the therapeutic regimen and the adaptability of the recommendations to the usual habits of the patient. Also, the patient’s knowledge about the pathology, previous experience with the health-care system, adherence to other previous recommendations, the doctor-patient relationship, patient’s perception of health, and the benefits of the proposed recommendations are factors associated with adherence” p. 2 E147

Características da má gestão

“However, the presence of multiple chronic conditions, multiple prescribers, frequent changes to medication regimens and higher medication doses increase a person's risk of medication mismanagement and nonadherence (Johnson et al., 2005)” p. 2 E108

**Medication
management
process**

"Respondents identified five situations that hinder or have the potential to hinder success in the medication management process (...) Decreased mental and sensory alertness; Out-of-Routine; Not feeling well/falls; Complicated routine; Decreased mobility" p. 5 E73

"The request for knowledge and education about medications was evident. Eleven participants identified that being informed about the medications and understanding why they were taking the medications was an important motivator to successful medication management." P. 6 E73

"Patients' ability to manage glaucoma medications can differ according to their socioeconomic status, health-care experiences, and health beliefs" p. 2 E132

Foco**Unidades de Registo dos artigos****Não adesão –
nonadherence**

“For example, discussion of a patient’s religious belief that competes with pharmacological treatment and that is likely to lead to nonadherence and relapse” p.3 E3

“Psychological and sociological researchers also argue that involuntary hospitalization is not the only option that can be considered when patients do not adhere to treatment and, as a result, are liable to become violent (Monahan et al., 2003).” P. 2 E4

“Psycho-pharmacological-only interventions are not effective for the management of bipolar disorder primarily because of high rates of non-adherence”p. 11 E6

“Non-adherence for benzathine penicillin every 28 days was defined as not receiving three or more continuous months of prophylaxis at any time during the study”. P.2 E8

“In addition, one study found that 32% of HIV-infected individuals reported nonadherence to ART as a result of either financial constraints or unwanted side effects (Tarakeshwar et al., 2006)”. P.6 E11

“Research on ART in poor countries is very new and tends to focus primarily on issues of patient non-adherence (Rosen et al., 2007; Wringe et al., 2009) or explore the views of either health workers or HIV patients, rather than both (e.g. Wouters et al., 2008; Stein et al., 2007)”. P. 2/3 E13

“Clinicians may have anecdotal but potentially erroneous assumptions about a patient’s reasons for non-adherence to the diabetes regimen; for example, assuming that patients hold irrational beliefs or lack knowledge about diabetes” p. 1 E19

“In view of patients’ needs regarding undesired treatment effect and non-adherence to PEP, our aim was to construct a specific intervention model and to evaluate its effectiveness, as, to our knowledge, no such prospective study has yet been described” p. 3 E23

“To explore reasons for non-adherence to the recommendation ‘reach a DAS2843.2 by changing prescribed medication’, a closed-answer questionnaire was filled out every 3 months” p. 2 E24

“It is understandable that non-adherence can occur when patients do not know why they have to take a prescribed medication (Cleary, et al, 1995), when they do not feel any positive effect of taking a drug, and when the drug is considered as an outsider in an already complex treatment regimen” p. 4 E26

“The theory underlying this measure is that drug nonadherence could occur in any or all of several ways: forgetting, carelessness, stopping the drug when feeling better, or starting the drug when feeling worse” p.11 E27

“Common factors that contribute to nonadherence include low health literacy, depression, lack of medication knowledge, lack of social support, concerns about adverse events and dependency, poor patient clinician communication, and limited access to healthcare resources [16,17]”. p.1 E28

“By contrast, nonadherence to drug therapy can be evaluated by the number of drug doses missed, mistimed, or otherwise administered incorrectly.” P. 2 E31

“In the same vein, they do not seem to worry much about their disease or health [36] and do not need help from health professionals in managing their care and independence [3; 17; 21] or from parents [6; 16; 20]: ‘I can stand up for myself!’ They feel confident about their knowledge of their condition, but like to know the consequences of their treatment and of non-adherence [5; 11].” P. 7 E34

“Open-ended communication about emotional and practical issues is key to identifying reasons for nonadherence.” P. 7 E38

“When the risks outweigh the benefits, non adherence with medicines can result. Two forms of non-adherence are noted: intentional non-adherence and non-intentional nonadherence (Banning 2008).” P. 1 E40

“Alternative contributing factors to non-adherence with medication included a lack of interest and a dislike of taking medicine (...)” P. 6 E40

“Medication non-adherence is a well-documented problem in dermatology and its contribution to treatment failure in the management of skin disease is an increasing concern (Brown, 2006).” P. 1 E42

“International research indicates nonadherence with prescribed antidepressant medicine is a major contributing factor to relapse and recurrence of depression, greater impairment in physical and psychosocial functioning, and increased suicide risk and rates of re hospitalization (...)” p 1 E46

“These theories can then be used to explain the impact of non-adherence (dose delays or reductions) for oral antineoplastic agents.” P. 2 E47

"Patients who are non-adherent with their medication regimen may be in need of additional intervention." p. 2 E48

"Previous research has shown that ADRs (adverse drug reactions) often lead to nonadherence to ART" p. 6 E50

"Thus, medication nonadherence represents a major clinical problem in treating individuals with schizophrenia and is unfortunately a common occurrence" p. 1 E51

"Medication non-adherence may include problems such as non-acceptance (not initiating the medication), poor execution (not taking the correct number of doses per day or not taking doses at the correct time), and non-persistence (not taking the medication for the prescribed period of time) (7)." P. 1-2 E52

"Problems with sexual function have been identified as a primary, if not the primary, reason for non-adherence to psychotropic medication (Deegan 2001, Roose 2003, Rosenberg et al. 2003)." P.1 E52

"A meta-analysis of 12 studies of chronically ill patients, which did not include PLWHA, showed that depressed patients were three times more likely to be nonadherent with their medical treatment as non depressed persons (DiMatteo, Lepper, Croghan, 2000)" p. 3 E55

"In people with diabetes, a lack of knowledge and management skills is the main contributing factor to nonadherence (Cerkoney & Hark, 1980)." P. 2 E56

"Reasons identified for non-adherence in this study reflected the three forms of adherence outlines by McGraw & Drennan (2004), such as concern about the taking of antidepressants, severity of side effects, issues of dependence and long-term effects." P. 5 E57

"Poor communication between patients and health care providers contributes to nonadherence to treatment regimens" p. 1 E58

"Treatment non-adherence limits the effectiveness of prescribed medication" p. 2 E61

"Accordingly, non adherence to phosphate binders is ubiquitous (Schmid et al. 2009)."p. 2 E63

"Nonadherence to the diabetes treatment regimen may be one pathway through which depression is associated with worse diabetes outcome" p. 2 E64

"We further postulated that the transition from non adherence to adherence would be associated with a decrease in clinic systolic/diastolic BP of 15/10 mm Hg (systolic/ diastolic BP)." P. 8 E65

"Nonadherence to ART is a widespread clinical challenge (Chesney, 2003; Reynolds et al., 2004)." p. 2 E66

"Non-adherence to antiretroviral medication leads to worsening of symptoms, disease progression, increased viral resistance, decreased quality of life and higher healthcare costs (Chesney et al. 2000)" p. 2 E67

"We therefore decided to utilize a previously developed model that analyzes the burden of nonadherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy under different levels of adherence" p. 1 E68

"The objectives of this study are twofold: first, it aims to examine the effects of the supply-side while assessing non-adherence and treatment interruption" P. 2 E69

"Clearly, issues of convenience are a high priority for many patients and these seem likely to contribute to the 38% non-adherence cited in this study" p. 3 E70

"The rates of adherence and the reasons for non-adherence are likely to differ according to the specific medication and conditions. p. 2 E71

"It has been estimated that at least 50% of people with schizophrenia are partially or completely non-adherent with treatment (Cramer & Rosenheck 1998)." P. 1 E72

"Additionally, nonadherence leads to failed symptom management, reduced treatment benefits, increased hospitalizations, and development of complications associated with over medication and under medication" p. 1 E73

"Nonadherence to medication regimens can cause adverse drug events (ADEs), sometimes leading to hospitalization, nursing home admission, and death." P. 1 E74

"Most patients report that the reasons for their nonadherence are involuntary (...)" P. 1 E75

"Unfortunately, non adherence is very common and a very important cause of treatment failure" p. 1 E76

"Discontinuance or non-adherence to medications is common for chronic conditions such as hypertension or hyperlipidemia. p. 2 E79

"Interpretations drawn from these results should be made with caution. Participants who dropped out while using the 27-gauge needle may have been nonadherent to treatment" p. 9 E80

"Multiple factors have been shown to underlie medication nonadherence," p. 1 E81

"A não adesão é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada, representando assim um risco significativo de eventos cardiovasculares." P. 2 E82

"Furthermore, they described the strategies that were used when the patient was on treatment: (...), the consequences of nonadherence (...)" p. 2 E83

"Accordingly, non-adherence to phosphate binders is ubiquitous (Schmid et al. 2009)" p. 2 E84

"Additionally, two themes (Discussion about non adherence and Solutions for non-adherence) that were inconsistent with the basis of the workshops were identified" p. 5 E88

"A recent study of patient and physician perceptions showed that the major barriers to an effective transition (...) nonadherence" p. 3 E89

"Nonadherence to medications is related to frequent readmissions and low survival in patients with heart failure." P.2 E90

"In this perspective, non-adherence is commonly observed in dialysis patients" p. 2 E91

"A greater focus on the determinants of non-adherence may provide a basis for improved effectiveness" p. 2 E93

"Three measures of adherence were included. Deficits in any or all of these measures resulted in a rating of non-adherence" p.3 E95

"The aim of the study was to identify and provide qualitative descriptions of adherence and non adherence to medication by people with Parkinson's disease." P. 2 E96

"The second half of this review is of whether the changes/interventions to 'improve' adherence do actually increase adherence to medicines. For example, the adverse effects of the endocrine treatments are a major factor in nonadherence" p. 2 E97

"In one study of 214 patients with inflammatory bowel disease, patient-reported mesalamine nonadherence was 45%" p. 1 E98

"Emotional reactions can also lead to nonadherence [11], especially during quiescent periods when medication may remind patients of illness" p. 1 E98

"A score of '1' was given to adherence and '0' to non adherence for each aspect" p. 3 E100

"Hardy's (2003) statement reflects the feelings and frustrations of many health care professionals with patients who do not adhere to life-saving medications" p. 1 E101

"As a result, clinicians may not prescribe cART to PWUDs, particularly because of cited evidence conferring the emergence of viral resistance and the transmission of drug resistant HIV strains among non-adherent patients" p. 2 E102

"One 5-month pilot observation study among a sample of primarily HIV-infected African American IDUs with documented cART nonadherence" p. 20 E102

"Non-adherence to medication regimens in the cardiovascular patient population is common" p. 3 E103

"Non-adherence with medication is not a new issue" p. 2 E104

"Literature suggests that non-adherence is a common and serious problem among patients with chronic kidney disease." P. 2107

"A considerable amount of research has been conducted into the issue of non-adherence with medication from the patient's or service delivery perspective in a range of disciplines including medicine, pharmacology, psychology and nursing" p. 1 E109

"However, non-adherence is common among HIV-positive individuals." P. 2 E110

"Medication nonadherence is a prevalent problem, and an extensive body of research has attempted to address this issue (Russell, Conn, & Jantarakupt, 2006)" p. 1 E111

"Therefore, nonadherence with therapeutic regimens among diabetes patients has been a continuing problem for health care providers (Nagasawa 1990; Vermeire 2001) p. 6 E114

"Nonadherence to breast cancer treatment and treatment delays from diagnosis to initiation of treatment (...)" P. 1 E118

"nonadherence to therapies for chronic illness is a longstanding problem that is recognized as one of the most perplexing problems in health care today." P. 1 E119

"Medication non-adherence has been estimated to cost the United States (US) economy \$100 billion per year (Deizii, 2000)" p. 1 E120

"Multiple medications and complex medication regimen were consistently linked to non-adherence to drug therapy (McElnay, et al., 1997; Rotter, Rudd & Comings, 1998)" p. 2 E120

"Por otra parte, la no adherencia repercute en la calidad de vida de los pacientes transplantados y en los costes sanitarios asociados con la enfermedad, en su mayor parte por necesidad de trasplante y diálisis" p. 1 E121

"Non-adherence to drug treatment for tuberculosis has the potential to impact negatively on both the individual patient and on the broader health of the community." P.8 E123

"Relative risk (RR) was reported for non-adherence and virologic failure, with an RR less than 1 suggesting better outcome for the intervention group" p. 4 E125

"The prevalence of nonadherence among pediatric transplant recipients ranges from 5% to 80%." P. 3 E126

"Patients were regarded as being non-adherent when any of the three actual pill counts were not as expected" p. 5 E128

"The identification of non-adherence in medication regimens remains a challenge in health care research". p. 1 E130

"Similar to the Feldman and colleagues report, Kabakci report that pharmacological non adherence is prevalent and is an important factor in both poor blood pressure control as well as the incidence of hypertensiverelated complications (Feldman et al. 1998, Kabakci 2006)" p. 2 E131

"The consequences of non-adherence are clear:" p. 1 E133

"Yet nonadherence to posttransplant regimens is common in transplant patients." P. 1 E134

"These studies have used complex packages of care, targeting multiple self-care activities and therefore limiting identification of factors that lead to and might modify non-adherence. P.2 E 135

"This section is not intended to be a comprehensive discussion of how adherence or non-adherence to medicines alters outcomes and is cost effective in subjects with Type 2 diabetes, but rather to illustrate the importance of adherence to medicines in diabetes." P. 2 E136

"Those who reported problems with medications (e.g., nonadherence or side effects) were provided support." P.2 E137

"The consequences of nonadherence are high, as to reduce both viral load and the chance of developing opportunistic infections and drug-resistant mutations"." P. 2 E138

"Nonadherence risk factors include previous nonadherence, recent alcohol or drug use, clinical severity, past antidepressant use, and medication-related cognitive impairment." P. 1E139

"Eighty of 81 participants correctly mentioned that non-adherence to ART could have consequences to their health" p. 8 E141

"Scores on this scale have been directly correlated with actual nonadherence in multiple studies and in a range of disease states, including cardiovascular disease" p. 4/5 E142

"Patient treatment nonadherence is another major barrier to hypertension management" p. 1 E144

"Finally nonadherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) may pose an additional public health threat because of the increased risk of development of treatment-resistan" p. 1 E145

"Conversely, the effect of posttransplant nonadherence on short- and long-term outcomes" p. 1 E146

"In the case of the hypertension, a condition that can exist for years without clinical symptoms, the problem of non-adherence and how to cope with it has long been recognized, and different recommendations have been introduced" p. 2 E147

"a nonadherence behaviour related to past treatment recommendations (Bogatean & Hancu 2004" p. 10 E154

"The inability to achieve accepted targets of chronic disease control likely arises from a complex interaction of patient treatment non-adherence" p. 1 E155

"In the western world, the rates of partial or complete treatment non-adherence in people with schizophrenia is about 50% with a wide range of 0–100%" p. 1 E157

"nonadherence to BP medication Regimens" p. 2 E159

"Although, there are many causes of poor blood pressure control, patient non-adherence to pharmacological and non-pharmacological treatment continue to be significant barriers to successful hypertension management (5-10)."p. 2 E162

"medication nonadherence possible suboptimal medication dosing" p. 2 E168

"The failure to adhere to medication instructions either, willful or inadvertent especially among elderly is becoming an international problem, in fact, if medication non-adherence were a disease, it could be termed an "epidemic" p.1-2 E169

"Most nonadherence when patients start a new medication is actually due to nonpersistence, but over time, persistence levels off and poor execution becomes the greater issue" p. 1 E170

"Most patients report that the reasons for their non-adherence are involuntary e.g. they forget to take the pills, rather than intentiona p. 2 E173

"While recognizing that multiple factors can influence adherence, the authors chose a narrow definition of nonadherence – missing 3 consecutive visits (6 months) at least once during the Trial p. 2 E174

**Adesão –
Adherence/adhere**

“While ‘Conscious & Compliant’ adolescents prefer to adhere to treatment to avoid future health problems, ‘Self-confident & Autonomous’ adolescents consciously decide to be nonadherent, preferring an easy life to continuous awareness of disease.” P. 8 E34

“Various forms of adherence with medication are noted: adherers, partial adherers, erratic and over users, dropouts and partial dropouts (Partridge et al. 2002). These different forms may relate to the dosing interval, drug regimen and perceived impact of treatment and benefit of prolonged therapy.” P. 1 E40VER

“We further postulated that the transition from non adherence to adherence would be associated with a decrease in clinic systolic/diastolic BP of 15/10 mm Hg (systolic/ diastolic BP).” P. 8 E65

“The latter also tends to be supported by both the higher number of self-reported side-effects and the higher proportion of patients experiencing hospitalization in the non-adherent group compared with the adherent one.” P. 7 E69

“The aim of the study was to identify and provide qualitative descriptions of adherence and non adherence to medication by people with Parkinson’s disease.” P. 2 E96

“A score of ‘1’ was given to adherence and ‘0’ to non adherence for each aspect” p. 3 E100

“Those who reported problems with medications (...) were provided support in weighing the costs and benefits of adherence, eliciting barriers to adherence” P.2 E137

“Some expert patients expressed that they felt valued by patients for being a ‘role model,’ or a ‘model of hope,’ promoting positive living and adherence to ART” p. 8 E 141

“If more Latino immigrants adhere to the therapeutic regimen of daily INH, then there would be fewer cases of active TB in their population” p. 2 E148

“for example, adhering to a medication regimen” p. 3 E149

“A deeper understanding of the mechanisms involved in patient satisfaction that dissuade patients from adhering to the prescribed use of analgesics could prove extremely valuable in clinical practice” p. 2 E152

“These factors could be seen to be comorbid, in that they may be interacting with each other to affect adherence to medication regimes” p. 9 E158

“such as fluid and sodium intake, adherence to a prescribed medication regimen, as well as maintenance of HD visit” p. 3 E159

“For instance, when patients indicated financial barriers to medication adherence and appointment attendance” p. 3 E161

“The failure to adhere to medication instructions either, willful or inadvertent especially among elderly is becoming an international problem, in fact, if medication non-adherence were a disease, it could be termed an “epidemic” p.1-2 E169

“Compared with younger adults, those 60 years and older are more likely to be managing multiple medications and multiple comorbidities and, as age increases, may develop cognitive and functional deficits impeding their ability to adhere to a medication regimen” p. 2 E170

“In a study investigating prescription refill adherence for asthma and COPD p. 1-2 E171

“Although enhancing treatment adherence, motivating behavioral change, and other components of selfmanagement are clearly relevant for the management of chronic pain, a key, yet often overlooked, element is the role of the providers who deliver care. P. 2 E176

“It is also important to assess the impact of side-effects on compliance to that particular treatment.” P. 5E114

“Actualmente, se esta’n empleando distintas combinaciones de métodos directos e indirectos para medir el cumplimiento” p. 3 E122

“When medication compliance was assessed through the telephone interview, we asked the patients whether they used the drugs according to the prescribed form or not.” P. 2 E143

“In relation to the self-declared compliance, there was a divergence of findings depending on the test employed” p. 3 E147

“Worthington (2003) states that a partnership between the nurse and the patient consistent with person-centred care can have a significant influence on patients’ understandings and attitudes towards their medications and on the degree of compliance with their medication regimens.” P. 2 E152

“The lack of a statistically significant relationship between use of the ICPS and compliance with a medication regime may have been influenced by side effects, past experience of medication-taking and other related factors.” p. 9 E158

“Thus, a limitation of our study is that compliance was self-reported p. 10 E172

**Compliance
El cumplimiento**

	<p>"Recent literature in the area of rhGH treatment has focused on patient behavior patterns, including patient perception, HRQoL, patient preference, and <u>patient compliance</u> p. 11 E175</p>
Noncompliance	<p>"Tarakeshwar and colleagues (2007) found that fear of taking ART is another reason women become <u>noncompliant</u> with medical therapy." P. 5 E12</p> <p>"Previous reports document 'corticosteroid phobia' as a major cause of <u>non-compliance</u> and treatment failure in atopic dermatitis.10–12,18 In fact, this term may be a misnomer." P. 4 E36</p> <p>"The top three barriers to adherence reported in this survey are inconvenience/interference of treatment with the activities of living (94% of respondents), inability to understand the benefits of adherence (79% of respondents) and denial/lack of acceptance of the adverse consequences of <u>non-compliance</u> to treatment (67% of respondents)." P. 7 E41</p> <p>"In a study of 1281 psoriasis patients, the most frequently reported reasons for <u>noncompliance</u> were related to the treatment being unpleasant to use, having lack of efficacy, or being too time-consuming." P. 2 E70</p> <p>"<u>Non-compliance</u> with prescribed regimens appears to be one of the primary contributors to the large numbers of patients with uncontrolled hypertension" p. 2 E105</p> <p>"Failure to achieve clinical stability may be caused (...) by <u>noncompliance</u> with therapeutic recommendations" p. 1 E112</p> <p>"<u>Medical non-compliance</u> imposes a considerable financial burden upon modern health care systems." P. 5 E114</p> <p>"<u>Medication noncompliance</u> has been linked to poor health outcomes and increased adverse events (Chapman et al., 2005; Eagle et al., 2004)" p.2 E116</p> <p>"<u>Non-compliance</u> with prescribed medication: they may forget to order their medication or take it incorrectly" p. 6 E127</p> <p>"According to Coleman, reasons for <u>non-compliance</u> include: (...)P.2 E131</p> <p>"Regarding the causes of <u>noncompliance</u>, disease awareness level was low among most patients and they assumed their disease was unimportant (Table 2)" p. 4 E143</p> <p>"Nevertheless, the level of <u>noncompliance</u> declared by the patients was much lower than that observed in other samples of hypertensive patients in Spain" p.3 E147</p> <p>"Results of this study indicated that noncompliance with rhGH therapy ranged from 64% to 77% among the three age groups evaluated, with teens having the highest rate of <u>noncompliance</u>" p. 10 E153</p> <p>"<u>Non-compliance</u> with antipsychotic medication is problematic because it is a major cause of relapse (Gray et al. 2002)" p. 1 E157</p> <p>"decreased incidence of <u>medication non-compliance</u> compared with participants in the control group" p. 5 E158</p> <p>"Reasons for <u>non-compliance</u> could be subjected to recall bias." p. 3 E165</p> <p>"but <u>non-compliance</u> becomes linked with negative connotations" p. 1 E169</p>
Medication management	<p>"<u>Medication management</u> skills will be evaluated including ability to read a prescription label, ability to remove two tablets from a 7-dram prescription vial, ability to interpret directions and ability to differentiate tablet colors (developed by Ruscin and Semla),36 which are important predictors of adherence and ADEs."p. 5 E32</p> <p>"Previous research has shown that the relationship between health professionals and patients and the ways in which information is provided is critical in enhancing medication concordance and <u>management</u> (Manias et al., 2007; Pound et al., 2005; Williams et al., 2008)." P. 2 E153</p>
concordance	<p>"Good relationships between patient and practitioner are also considered to be very important and this has helped to promote the notion of <u>concordance</u> (Aronson, 2007)." P. 2 E96</p> <p>"Previous research has shown that the relationship between health professionals and patients and the ways in which information is provided is critical in enhancing medication <u>concordance</u> and management (Manias et al., 2007; Pound et al., 2005; Williams et al., 2008)." P. 2 E153</p>
self-management	<p>"With respect to <u>self-management</u> and adherence to treatment regimens it appears that one group favours 'a good life' and autonomy over following a strict regimen; whereas another group is concerned about future consequences of sloppy adherence." P. 8 E34</p> <p>"Although enhancing <u>treatment adherence</u>, motivating behavioral change, and other <u>components of selfmanagement</u> are clearly relevant for the management of chronic pain, a key, yet often overlooked, element is the role of the providers who deliver care. P. 2 E176</p>

<p>self-care</p>	<p>"The information exchange from the interaction between patients and health care providers can initiate a comparison between the initial perception and the reference value from health care providers. Thus, patients reanalyze and develop important <u>self-care</u> strategies, such as <u>medication adherence</u> (Leventhal et al., 2003)."" p.10 E51 "<u>Self-care behaviors</u> include liquid restriction, low-salt diet, regular weight monitoring, exercise, and <u>medication</u>. P.1 E172</p>
<p style="text-align: center;">Juízo –Foco Adesão</p> <p style="text-align: center;">Unidades de Registo dos artigos</p>	
<p>Pobre – poor Gradiente: <u>extremely</u> <u>Very</u> <u>higher risk</u> <u>poorest</u> <u>poorly</u></p>	<p>"Many of these characteristics and behaviors have been associated with increased risk of both LTBI and <u>extremely poor adherence</u> to medical treatment regimens, often despite incentives (Brassard, Bruneau, Schwartzman, Senecal, & Menzies, 2004; Tulsy et al., 2000, 2004)". E1 p.2 "<u>Poor ART adherence</u> can result in the development of resistant strains of HIV (Gazzard, 2002)". P. 17 E11 "This may be due to the fact that most treatment regimens included nelfinavir, which is known to be associated with <u>poor adherence</u> in HIV patients (Moore et al., 2006), as it involves a high number of pills and frequent gastrointestinal side-effects (Luque et al., 2007)". P.7 E23 "Unfortunately, despite current therapies, adequate control of phosphate levels is frequently compromised by patients' <u>poor adherence</u> to their phosphatebinder therapy (Al Ajy, Gonzalez, Martin, & Gellens, 2004; Karamanidou, Clatworthy, Weinman, & Horne, 2008; Wazny, Raymond, Lesperance, & Bernstein, 2008; Weed-Collins & Hogan, 1989; Young, et al, 2005). " P. 2 E26 "These studies found rates of <u>poor adherence</u> (where poor adherence was defined as an MPR of <0.693 or <0.734) of 33.3%3 and 24.8%4 at 12 months posttransplantation." P. 5 E29 "<u>Poor adherence</u> to osteoporosis medications is well documented." P. 5 E30 "Most cases of treatment failure arise from <u>poor patient adherence</u> to drug therapy" p. 1 E31 "Previous studies have highlighted the fact that even though severe atopic dermatitis is disabling and disruptive for the patients and their families, <u>adherence to topical treatment is poor</u> and anxiety regarding the use of treatment is high.1,4–6" p. 1 E36 "Factors associated with <u>poor adherence</u> with medication" p. 2 E40 "It has been shown that the effectiveness of topical corticosteroids for treating dermatological conditions is greatly limited by non-adherence (Chabassol et al, 2012) and that this <u>poor adherence</u> to treatment may explain poor treatment outcome (Feldman et al, 2008)." P. 1 E42 "<u>Poor adherence</u> to antidepressant medication is evident and remains a significant health problem in Taiwan (Shen, 2004)." P. 2 E46 "Perceptions of negative effects and concerns about treatment are associated with <u>poor adherence</u>, while higher levels of adherence are associated with positive perceptions of treatment (Martini, Nasta, Ricci, Parazzini, & Agnoletto, 2000; Stein, Cantrell, Sokol, Eaddy, & Shah, 2006)." P. 7 E46 "<u>Poor adherence</u> to BP drug therapy can translate into a greater risk of BP-related complications and increased health care expenditures (Flack et al. 1996)." P. 2 E48 "It could also reflect that patients were hiding <u>poor adherence</u> from the HCPs." P. 9 E49 "Thus, it is very challenging for nurses to tailor interventions to target the most critical risk behaviours, such as <u>poor adherence</u> to antihypertensive medications or lack of knowledge about HTN management, to gain the most benefits of HTN treatment in the older population" p. 2 E59 "<u>Poor adherence</u> to medication was related to delayed recall." P. 3 E60 "One way to approach this issue is to address the problem of <u>poor adherence</u> to prescribed antihypertensive medications, which has been associated with poor BP control among inner city HTN patients [7–10]." P. 2 E65 "However, the literature shows that most hypertensive patients continue to have poorly controlled blood pressure, largely due to <u>poor adherence</u> to prescribed medication regimens." P. 11 E65 "Combination interventions address more than one cause of <u>poor adherence</u>, which may explain their effectiveness compared with single intervention programs." P. 5 E68 "Psoriasis is a chronic disease for which <u>adherence</u> to treatment is generally perceived as <u>poor</u>." P. 1 E70</p>

"Secondary adherence (using the medication correctly) is also very poor." P. 2 E70

"Poor adherence to long term antipsychotic medication limits its effectiveness" p.1 E72

"It is widely accepted that adherence to medications for inflammatory bowel disease is poor, and mesalamine is no exception" p. 4 E75

"These are either generally for all patients initiating ART, or are targeted specifically at those patient groups at higher risk for poor adherence" p. 2 E87

"Adherence is notoriously poor both for serious, potentially life threatening conditions and for chronic illnesses where treatment enhances symptom control" p. 2 E96

"Factors associated with poor adherence to oral endocrine treatments in women with breast cancer have been reviewed extensively recently [4], and are only discussed briefly in the third part of this review" p. 2E97

"also acknowledged that currently there is a paucity of good quality research that has adequately addressed the complexity of adherence with medication especially in older people and common medical conditions with reported poor adherence with medication, e.g. hypertension and heart failure." P. 8E104

"This supports the view that intensive adherence interventions like m-DOT should optimally target subgroups with, or at high risk for, poor adherence." P. 7 E117

"In addition to an undesirable therapeutic outcome, poor adherence is problematic in the context of clinical trials testing antiretroviral regimens" p. 1 E119

"McElnay McCallion, Al Deagi and Scott (1997) found that poor knowledge of medication regimes was associated with self reported poor adherence in patients age 65 to 98 years (mean = 74 years)." P. 2 E120

"Factors related to poor adherence include (...)" P. 6 E120

"Personal factors (...) can further contribute to poor adherence to treatment (Atkins 2010; Comolet 1998; Rideout 1994)." P. 7 E123

"In contrast, it is known that lack of motivation and lack of support are connected to poor treatment adherence" p. 3 E124

"Almost all 242 (97%) respondents showed good adherence to medical care (SUM5), while only 3% (n=7) showed poor adherence to medical care" p. 6 E124

"Most patients with glaucoma who adhered well were found in the 62-73 year-old age group (74%, n=64), while those with the poorest adherence (41%, n=34) were seen in the youngest age group (<61 years)." P. 6 E124

"more than half of those who had not received support or patient education were poorly adherent." P. 9 E124

"However, achieving good reduction rates can be hindered by poor adherence to therapy, which is known to be highly prevalent in chronic, asymptomatic diseases such as glaucoma" p. 1 E132

"Adherence to antipsychotic treatment is poor." P. 1 E133

"The patients who did not complete the study may have also been those who had poor adherence to medicines, and the results with those who did complete may, therefore, have been biased" p. 5 E136

"There are numerous reasons why patients do not receive appropriate medications, one of which is poor adherence, and this is a serious concern, since rates of death and recurrent cardiac events following an MI have been directly linked with medication adherence." P. 3, E142

"Understanding patient preferences for prevention of osteoporotic fractures is especially important given that adherence to these medications is poor" p. 2 E151

"Poor adherence is problematic, but knowledge about how to improve medication adherence is limited." P. 1 E157

"We expect that more frequent contact with patients allows for quicker recognition of poor medication adherence and adverse effects of medicines." P. 7 E161

"Poor medication adherence is likely a contributing factor for as many as two-thirds of all hypertensive patients who have inadequate BP control (7,77-79)." P. 10 E162

"for older adults taking antihypertensive medications is imperative, given the poor adherence rates seen in this population" p. 6 E170

"It is widely accepted that adherence to medications for inflammatory bowel disease is poor, and mesalamine is no exception p. 4 E173

Alto – high
Gradiente: Very high
Higher
highly

"The children received their penicillin injections at a clinic. In contrast in our study, nurse delivery predominantly in schools was the approach with very high adherence rates p. 5" E8

"However, for stable patients with a record of high adherence who have been on ART for over six months, such regular check-ups can be relaxed, according to recent guidelines". P. 6 E13

"If adherence to the medications is high, severe immunosuppression is not present at cART initiation, and no significant co-morbidities, such as hepatitis C infection, exist, projections suggest that people living with HIV/AIDS have greatly improved long-term prognosis [4]". P. 1 E17

"Adherence may be higher in motivated patients and in those who have access to education and support from healthcare professionals or family members" p. 3 E54

"Most deviating cases are encountered in the left upper quadrant, where pill count indicates high adherence while electronic monitoring shows low adherence." P. 8 E63

"Patients who are confident of their primary physician's professionalism and knowledge display higher drug adherence despite concerns about the medication's potential side effects (Chia et al., 2006)" p. 2 E71

"Beebe et al. (2008) and Grunebaum et al. (2001) report more supervision with medications to be related to more positive attitudes towards medication and higher adherence" p. 8 E72

"Medication adherence was high at baseline for both TEAMcare and usual care groups" p. 4 E77

"Another threat to generalizability and explanation for high adherence is that the current sample had a high prevalence of immigrants and people of Hispanic ethnicity, patient populations that may be more adherent to healthcare provider instructions" p. 7 E81

"Overall, self-reported 100% adherence was high and remained high throughout the study ranging from 91 to 95% for the 7-day measure and 90 to 93% for the 30-day measure." P. 6 E85

"The Chinese participants in this and other studies appear to self-report higher adherence and less attenuation over time than participants in US-based studies" p. 9 E85

"Trial participants in intervention and standard care groups were similar(...) on the MARS scale indicating high medication adherence." P. 4 E93

"In this preliminary study, telephone counseling to address cognitive and emotional reactions to an episodic chronic disease was associated with high adherence" p. 4 E98

"A cluster analysis revealed that patients who had higher adherence to medications and healthy lifestyle regimens were more likely to have better health outcomes, including BP control" p. 2 E100

"Using data from a US national survey, type 2 diabetes patients who were highly adherent to medication treatment and lifestyle modification regimens were also more likely to achieve BP control" p. 6 E100

"indicating that adherence was higher in the telephone groups" p. 4 E119

"Women had higher adherence rates than men, as estimated by both methods. The adherence in men was worse with the TS than with the pill count." P. 3 E130

"In clinical trials evaluating medication taking, adherence in the control group is often high." P. 2 E135

"One thing that is clear from this review is that when adherence to medicines is already high" P. 7 E136

"Six-month adherence was 50%, which was higher than the comparison rate ($c_2 = 9.47$; $P = .002$)." p. 4 E139

"The group showing a high degree of adherence received a total score of 4P. 4 E152

"show high adherence to medication, communicate with health care professionals, and use complementary strategies" p. 7 E156

"Patients who scored "no" on all questions were classified as highly adherent, and those who answered "yes" to at least one question were classified as having medium or low adherence" p. 4 E159

"Ello se refleja en la alta adherencia a medicamentos reportada por ambos grupos en la medición basal, que es muy superior a las reconocidas por la literatura, en general inferiores a 50%26." P. 7 E163

"Instead, the techniques applied in the adherence sustaining intervention were reinforcement of high adherence" p. 6 E164

"When baseline medication adherence is high" p. 6 E167

"reflecting inappropriate medication adherence , and when calculating a mean MPR, this might shift the whole value towards high medication adherence" p. 7 E169

Aumentar - Boost

"In order to boost adherence to medical treatment, client satisfaction, and self-efficacy, it is necessary to cultivate a working alliance in medical care for the general population according to a study by Fuertes et al. (2007)". P10 E5 – **INTENCIONALIDADE DA DESCRIÇÃO DIAGNÓSTICA (O QUE PEERTENDEMOS)**

Diminuída – decreased

"In addition to the impact depression has on cardiac mortality (Frasure-Smith et al. 1995), co-morbid depression is associated with significant impairment of psychosocial functioning, quality of life (QoL) and well-being, decreased medication adherence, increased morbidity and an increased utilisation of healthcare services (Frasure-Smith et al. 2000a, Rieckmann et al. 2006, Mykletun et al. 2007)." p. 2 E7

"Unfortunately, this transition in responsibility is often marked by decreased adherence and worsening symptoms (33)." P. 6 E44

"Evidence regarding patient adherence suggests that patients may not self administer oral chemotherapy correctly, their adherence may diminish over time and relate to onset of physical symptoms, or be affected by a range of other factors including low socioeconomic status, complex administration schedules, race and extremes of age" p. 3 E54

"Observations indicate that treatment adherence has been declining steadily, but perhaps consumers are becoming more open with their healthcare providers about adherence behaviors." P. 3 E55

"Improper use of inhaler devices can reduce their effectiveness (and therefore control of COPD), and contributes to decreased patient adherence and an increased disease burden for patients, caregivers, and society (Bourbeau & Bartlett, 2008)." P. 2 E60

"and the effects of these adverse effects on adherence to oral bisphosphonates are not known in women with breast cancer, but are known to decrease the adherence in women with osteoporosis" p. 6 E97

"Adherence declined over time in both the intervention and the control groups." P. 7 E117

"In addition, the duration of the treatment has an effect on adherence in that adherence to treatments decreases over time (Haynes, 1979-b). p. 2 E120

"Depression has been found to be associated with decreased adherence to BP self-care behaviors, such as fluid restrictions, nutrition, and medication (Akman et al., 2007; Kimmel, 2002; Taskapan et al., 2005) p. 2 E159

Aumentada - increased

"Medication adherence is increased, however, when patients have a strong relationship with their doctor, feel actively involved in disease management,18–22 and receive detailed information and instructions on how to take the medicine". P.1 E22

"International evidence shows that involving patients in their care and treatment improves their health outcomes (Fremont et al, 2001; Bechel et al, 2000; Kaplan et al, 1989), boosts their satisfaction with services received and increases not just their knowledge and understanding of their health status but also their adherence to a chosen treatment (Stevenson et al, 2004)." P. 2 E42 - **INTENCIONALIDADE DA DESCRIÇÃO DIAGNÓSTICA (O QUE PEERTENDEMOS)**

"Strong therapeutic relationships may contribute to increased treatment adherence and improved patient outcome, but this requires both time and skilled HCPs (Leach, 2005)." P. 10 E49

"Adherence is increased when patients receive more personalized information about their disease and its treatment (Viller et al., 1999)." P. 7 E94

"However, there is limited evidence that any of these are useful in hot flashes/night sweats induced by the endocrine treatment, and consequently, no evidence that any of these increase adherence to the oral endocrine treatments" p. 6 E97

"Of those who missed medications or took them late, four reported an increase in adherence during the intervention" p. 4 E137

"Brief cognitive-behavioral¹⁹ and motivational-interviewing interventions have successfully increased SGA adherence, but may be difficult to replicate²² and are not widely available in community practice" p. 1 E139

"In an attempt to increase therapy adherence in a clinic sample of Latino immigrants, the principal investigator" p. 2 E148

"According to Felton (2005), culturally appropriate care and approaches are needed to increase adherence to LTBI treatment" p. 2 E148

	<p>"Similarly, if the <u>adherence of patients increases</u> with medical management, studies could more accurately predict the outcome of health care services" p. 2 E152</p> <p>"Bogatean and Hancu (2004) observed that one participant tried to <u>increase adherence</u> to past treatment recommendations because non-adherence was perceived as the reason for needing insulin." P. 10 E154</p> <p>"without significant <u>increases in medication adherence</u>" p. 6 E167</p> <p>"Two large behavioral studies that used regular telephone calls to encourage patient adherence and disease-comprehension reported significantly <u>increased medication adherence</u> at 6 months p. 4 E173</p>
Reduzida - reduced	<p>"For example, topical treatment regimens can be complex, thus causing <u>reduced adherence</u> via the 'nuisance' factor; simplifying the regimen may improve adherence and hence outcome" p. 2 E 70</p> <p>"It is possible that women with ER- breast cancer may not expect benefit from the oral endocrine treatments, and this may lead to a <u>reduced adherence</u> in this population, and this has been shown for tamoxifen." P. 4</p> <p>"Age, disease severity, and disability can promote adherence by increasing concern [5,8,9], or <u>reduce adherence</u> due to treatment complexity [8] or difficulty making required lifestyle changes (e.g., avoiding high-fat, spicy, or highfiber foods)" p. 1 E98</p>
Adequada – Proper	<p>"This difficulty with <u>proper medication adherence</u> may be especially problematic for those with alcohol and substance use issues as were observed in approximately 25% of those 50 to 59 years and approximately 10% in those 60 years and older". P.7 E9</p> <p>"A ingestão correta de pelo menos 80% dos medicamentos receitados é uma forma geral de considerar a <u>adequada adesão</u> à medicação" P. 2 E82</p> <p>"Adherence levels in the current study were closer to sub-Saharan Africa; the pooled estimate of <u>adequate adherence</u> among 27 African studies, of which 66% assessed adherence with patient self-report, was 77%" p. 9 E85</p> <p>"and how <u>proper adherence</u> to antihypertensive medication may prevent the addition of unnecessary additional medications" p. 5 E170</p>
Fraca - poorer	<p>"However, none of the participants reported <u>adherence poorer</u> than that reported at the first MI visit." P. 4 E137</p>
Inadequada – inadequate risk of inadequate adherence	<p>"In a review article by Nischal and colleagues (2005), additional factors were associated with <u>inadequate adherence</u> with ART, including psychological problems, lack of trust between clinician and patient, and drug toxicity profile" p.13</p> <p>"<u>Adherence to pharmacotherapy is inadequate</u> in 30% to 50% of patients, irrespective of disease, prognosis or treatment settings" p. 2 E62</p> <p>"Moreover, the determination of factors prognostic of adherence would enable identification of patients at <u>risk of inadequate adherence</u>" p. 3 E62</p>
Inappropriate – inapropriada	<p>"reflecting <u>inappropriate medication adherence</u> , and when calculating a mean MPR, this might shift the whole value towards high medication adherence" p. 7 E169</p>
Menor – Lower/Low lowering	<p>"Further, researchers have indicated lack of social support and lower levels of HIV-related knowledge are associated with <u>lower ART adherence</u> (Sarna et al., 2008)" p.5 E12</p> <p>"In the Netherlands, statins are prescribed to almost every patient after an acute coronary event, but medication <u>adherence to statins is known to be low.</u>" p.5 E20</p> <p>"Several studies reported <u>low adherence</u> on both treatment and follow-up (Day, Mears, Bond, & Kulasegaram, 2006; Luque et al., 2007; Mayer et al., 2008; Rey et al., 2008)" p. 2 E23</p> <p>"Additionally, <u>low adherence</u> may reduce treatment modifications and intensification [18,19]." P.1 E28</p> <p>"As treatment, including lifestyle changes, is for life and the diseases tend to be asymptomatic, dropout rates from treatment programmes are generally very high and <u>adherence to Medication</u> correspondingly <u>low</u> (Bovet et al. 2008; Katz et al. 2009; Kengne et al. 2009a,b)." p. 1 E33</p> <p>"Having simply forgotten is the most common reason for <u>low medication adherence</u> (Brown & Park, 2003; Düsing, Lottermoser, & Mengden, 2001)." P. 8 E46</p> <p>"As male gender and <u>lower adherence</u> were suggested by this study to be statistically significantly associated with higher level" p. 9 E59</p>

"Most deviating cases are encountered in the left upper quadrant, where pill count indicates high adherence while electronic monitoring shows low adherence." P. 8 E63

"The lower adherence rate among DOT participants was likely explained by the voluntary nature of the program and by characteristics of those participating in DOT" p. 7 E66

"Moreover, while treatment interruptions and low adherence are important predictors of drug resistance (Oyugi et al., 2007 P. 2 E69

"In addition, patients should be provided with comprehensive, but easily understandable instructions on treatment use, since adherence is likely to be lower if patients cannot easily understand how they should be using their medication." P. 5 E70

"Quanto maior o número de medicamentos prescritos, maior o risco de potenciais interações perigosas e efeitos adversos, resultando em baixa adesão ao tratamento" p. 4 E82

"Low adherence has been shown to be associated with viral rebound, progression to AIDS (Bangsberg et al., 2001), death (Hogg et al., 2002; Lima et al., 2007), and drug resistance (McNabb et al., 2001)." P. 1 E83

"Across arms, EDM adherence was lower than self-reported adherence and declined somewhat over time, from 78 to 67% for the 7-day measure and from 80 to 71% for the 30 day measure." P. 6 E85

"A theoretically based, single session intervention delivered to patients with type 2 diabetes (...) was effective in improving objectively measured glucose lowering medication adherence compared with standard care" p. 5 E93

"Low adherence to tamoxifen has been shown to increase the risk of death from breast cancer [8]." P. 2 E97

"Routine treatment involves twice-daily oral medications (e.g., mesalamine), yet adherence is low." P. 1 E98

"Abundant research has pointed at low patient adherence with treatment and life-style recommendations especially in the case of chronic diseases (Vermeire 2001)" p. 6 E114

"The higher the number of daily drug intakes, the lower the adherence estimated by the TS." P. 3 E130

"It seems necessary to determine whether low adherence to medicines exists and if not, no intervention is required." P. 7 E136

"Among Medicaid recipients, 12-month adherence is as low as 40%" p. 1 E139

"the group with low adherence received a score of 0–1." P. 4 E152

"Patients who scored "no" on all questions were classified as highly adherent, and those who answered "yes" to at least one question were classified as having medium or low adherence" p. 4 E159

"The single question has a sensitivity > 50% of those with low adherence and a specificity of 87% (48)" p. 5 E162

"Low medication adherence was defined as answering yes to 3 or more of 5 questions" p. 3 E167

"Medication adherence among patients in Israel is very low, especially among Cardiac patients" p. 1 E169

"They are more likely to be hospitalised and have lower adherence to medical regimens p. 1 E171

Boa - good "a recent study of Ugandan and Zimbabwean ART patients found that good adherence increased from 87%, four weeks after ART initiation to 94% at 48 weeks, but only half the patients achieved good adherence at every visit in the first year (Muyingo et al., 2008)". P. 2 E13

"Although there is no cure for atopic eczema, with good adherence to management most patients can expect to respond well to treatment and obtain optimal control of their condition" p. 1 E43

"The participants who intended to change to better adherence were those who were nonadherent to medication. Since most of the participants reported good medication adherence, they did not report intention to change their adherence behavior" p. 10 E51

"Their self-reported medication adherence scores were quite high, suggesting good adherence to their medication regimen" p. 8 E67

"Thus, our results agree with the conclusions of Blackwell [27] that the benefits of a good adherence are not only related to the reduction of hospitalizations, but are related to patient satisfaction and acceptance of the need for treatment as well." P.6 E76

"Não houve associação entre o controle da PA e a boa adesão" p. 5 E82

	<p>"Another study showed that, in 1962 women with breast cancer and a mean age of 60 years, <u>good adherence</u> to tamoxifen ([80%) was associated with 26% less risk of a breast cancer event than in those with poor adherence (B80%) [9]." P. 2 E97</p> <p>"Home visits and telephone counselling improved the participants' health literacy about HIV medication and disease which was required for <u>good ART medication adherence</u>." P. 7</p> <p>"Almost all 242 (97%) respondents showed <u>good adherence</u> to medical care (SUM5), while only 3% (n=7) showed poor adherence to medical care" p. 6 E124</p> <p>"However, it is unclear to what extent knowledge per se is necessary for <u>good adherence</u>, since a variety of complex interventions, including counselling, can have an impact on adherence (Haynes et al., 2008)" p. 14</p> <p>"However, any prevention of progression will also require <u>good adherence</u> to the medications for the Type 2 diabetes" p. 1 E136</p> <p>"Values greater than 80% were categorized as <u>good adherence</u> and values less than it, were categorized as non-adherence." P. 4 E169</p>
<p>Maxima - maximun</p>	<p>"<u>Maximum adherence</u> to ART in patients with HIV improves health outcomes and prevents drug resistance.9" p. 1 E125</p> <p>"An important step to <u>maximize patients' adherence</u> is to provide clinicians with the knowledge and skills to effectively implement interventions that have been shown to be effective in promoting behavior changes in patients" p. 9 E146</p>
<p>Promover – promote</p>	<p>"Age, disease severity, and disability can <u>promote adherence</u> by increasing concern [5,8,9], or reduce adherence due to treatment complexity [8] or difficulty making required lifestyle changes (e.g., avoiding high-fat, spicy, or highfiber foods)" p. 1 E98</p> <p>"Additionally, analysis of the posttest scores provides some evidence of the usefulness of both the MI approach and the efficacy of a telephone for delivering an intervention to <u>promote self-management</u>" p. 4 E137</p> <p>"The feedback gained by the patient was found to <u>promote self-management</u>." P. 5 E140</p> <p>"nurses should also be encouraged to <u>promote medication adherence</u> with their patients" p. 11 E159</p>
<p>Melhorar/melhorado – Improve Intencionalidade Enhance</p>	<p>"As involvement of family members has been shown to <u>improve adherence</u> to treatment for drug-susceptible TB,16 patients are asked to identify a family member or friend who would serve as 'treatment supporter' from the outset of treatment" p. 4 E14</p> <p>"Studies suggests that treating depression may be associated with improved HIV health outcomes, including improved cluster of differentiation 4 (CD4) counts, increased natural killer cell activity, and <u>improved adherence</u> to antiretroviral medications (Belanoff et al., 2005; Cruess et al., 2005; Hartzell, Janke, & Weintrob, 2008; Yun, Maravi, Kobayashi, Barton, & Davidson, 2005)".p.8 E15</p> <p>"This is important as strength of relationship and trust in medical prescribers have been shown to <u>improve medication adherence</u>" p. 5 E22</p> <p>"A systematic review of the literature conducted by Haynes et al. (2005) recommended a combination of interventions <u>to improve client adherence to medications</u>." P. 2 E95</p> <p>"The second half of this review is of whether the changes/interventions to '<u>improve' adherence</u> do actually increase adherence to medicines. For example, the adverse effects of the endocrine treatments are a major factor in nonadherence" p. 2 E97</p> <p>"As argued by these researchers, their lipid effect was more attributable to the <u>enhanced medication adherence</u> and dietary modification induced by the intervention." P. 8 E99</p> <p>"In addition to BP control, the telephone follow-up after the visit to the nurse clinic helped to <u>enhance adherence</u> to a healthy lifestyle, including HBPM and exercise" p. 6 E100</p> <p>"Conn et al. (2009), in a meta-analysis investigating the efficacy of interventions to <u>improve medication adherence</u> in older adults" p. 3 E103</p> <p>"Educational strategies have been used in an attempt to <u>improve adherence</u> with medication (Grant et al., 2003)." P. 2 E104</p> <p>"Despite this, there is little evidence that health care interventions to address nonadherence are cost-effective or clinically effective in <u>improving medication adherence</u> (Haynes et al. 2005, McDonald et al. 2002)." P. 1-2 E109</p> <p>"Therefore, <u>improving adherence to HIV medication</u> in drug users is a complex process that needs to be addressed at the individual behavioural and social support levels" p. 2 E110</p> <p>"Randomized controlled trials on medication adherence in older adults have reported mixed results for the usefulness of cues and organizer interventions, with slightly more than half of studies reporting significantly <u>improved adherence</u> in treatment groups" p. 2 E111</p> <p>"Increasing the support provided to patients is likely to <u>improve</u> their adherence to treatment recommendations." P. 7 E113</p>

"Such programs have improved adherence, satisfaction, and clinical outcomes across diverse practice settings and patient populations. 11–19" p. 1 E115

"Although adherence declined to control levels after cessation of the intervention, the results suggest that m-DOT could potentially be a useful strategy to improve adherence in resource-constrained settings" p.8 E117

"Unlike previous strategies to improve adherence and reduce the racial disparity in breast cancer outcomes, the ACTS intervention was geared to treatment, not specifically screening, and offers promising results." P. 4 E118

"Although a large body of research has improved an understanding of factors related to adherence behavior, there is currently little evidence supporting specific approaches for improving adherence to antiretroviral regimens" p. 2 E119

"Interventions to improve adherence in patients undergoing long-term treatment for chronic diseases are not very effective." p. 1 E130

"Low-technology aids like pill boxes, dose dispensers or reminder clocks have been used for many years to enhance medication adherence" p. 1 E130

"Considering the results of the present study, nurses working in primary health care facilities may confidently use both educational and counselling services to improve patient adherence and to lower blood pressure" p. 12 E131

"Our exploratory RCT tested the hypothesis that individualised patient care, according to health-care needs and beliefs, can improve adherence to ocular hypotensive therapy." P. 2 E132

"Research has shown that empowering patients to be active in learning about their disease process and the care required to maintain health will improve adherence to treatment regimens" p. 3 E134

"Although some interventions are effective in improving adherence, the results are inconsistent." P.2 E 135

"For instance, a review of interventions, involving pharmacists, to improve adherence to medication in patients with Type 2 diabetes in 2006 was unable to find any such studies that included a direct measure of the adherence to medication [6]." P. 2 E136

"Thus, prior to undertaking a study, or a real intervention, with an allied health professional to improve adherence to medicines" P. 7 E136

"The discussion led to a contract (i.e., goal and action plan) to try at least one strategy to improve adherence" p. 2 E137

"Another study looking at the impact of hospital pharmacist discharge counselling for elderly patients found medication knowledge and adherence were improved at 3 weeks and 3 months post-discharge" p. 3 E 142

"Our study revealed that nurse-led telephone follow-up contributed to improvement in adherence of the diet, exercise, and drug use ability after 12 weeks." P. 4 E143

"Home monitoring also provides documentation of the effects of medications and allows for faster therapy adjustment, which may improve patient adherence to prescribed treatments and subsequent BP control." P. 2 E144

"all of which are characteristics of interventions that have been highly associated with improved adherence and outcomes (20,21)" p.6 E145

"We conducted a study to assess which strategies cardiovascular health care professionals use to assess patients' medication adherence and which intervention they apply to enhance medication adherence" p. 2 E146

"Several interventions are proposed to improve adherence" p. 2 E147

"Studies to improve adherence to LTBI therapy have yielded mixed results." P. 2 E148

"be useful in enhancing medication adherence to other medicines and within other ethnic groups" p. 5 E148

"A similar study for patient preferences for osteoporosis treatment has been performed by Fraenkel et al. [11] with the objective to improve patient adherence" p. 3 E151

"Pain education programmes appear to be beneficial in reducing patient misconceptions regarding analgesics and improving patient adherence to their analgesic regimens" p. 2 E152

"This may impact patient preference and acceptance of treatment, thereby improving adherence to treatment and resulting in more favorable clinical outcomes." P. 4 E153

"Poor adherence is problematic, but knowledge about how to improve medication adherence is limited." P. 1 E157

"Since the association between adherence to HD self-care behaviors and patient well-being is strong, interventions to improve adherence are needed." P. 2 E159

	<p>"The intervention is easily implemented and is designed to <u>enhance adherence</u> with prescribed hypertension regimen, particularly among those with low literacy" p. 11 E162</p> <p>"To provide health care professionals with effective tools for supporting adherence, researchers developed behavioral interventions to <u>enhance adherence</u> to HAART and investigated the effectiveness of these interventions" p. 1 E164</p> <p>"and emphasis has been put on the role of all health care professionals to <u>improve adherence to treatment</u>" p. 2 E167</p> <p>"hypertension education, BP self-monitoring recommendation, goal BP to achieve, lifestyle education and counselling, medication education and counselling tips to <u>enhance adherence</u>" p. 2 E167</p> <p>"Concomitantly, we never lost hope to look for an alternative strategies that might <u>enhance the adherence</u> and decreases the readmissions" p. 7 E169</p> <p>"A new stream that is being proposed to <u>improve patient adherence</u>" p. 7 E169</p> <p>"interventions have the potential to <u>improve adherence</u> and BP outcomes among older adults" p. 2 E170</p> <p>"Strategies to <u>improve patient adherence</u>, such as behavioral interventions and monitoring and feedback, have been studied in other chronic illnesses with mixed results p. 2" E 173</p> <p>"The authors also identified strategies used by clinical centers to <u>improve adherence</u> and retention, p. 2 E174</p>
Falta - lack	<p>"Pharmacists and HPs (health promoters) will target patient-level factors (i.e., <u>lack of adherence</u> to lifestyle modification and medications) and provider-level factors (i.e., clinical inertia) that contribute to poor clinical outcomes in diabetes" p. 7 E28</p> <p>"Regardless of haemophilia type, the two main barriers to providing optimal care for patients are <u>lack of adherence</u> and lack of awareness of the long-term benefits of treatment" p. 7 E41</p> <p>"Another factor that affects drug adherence is the drug regime. When the treatment regime is complicated and/or requires a change of lifestyle, the <u>lack of adherence</u> can reach 70%."p.2 E71</p> <p>"La <u>falta de adherencia</u> en pacientes trasplantados es, en diferente medida, bien causa directa o bien factor asociado a la pérdida de injerto y muerte." p. 1 E121</p> <p>"En sujetos mayores de 65 anos la <u>falta de adherencia</u> a tratamientos crónicos condiciona un porcentaje importante de ingresos hospitalarios," p. 2 E122</p> <p>"One of the most important factors affecting efficacy of blood pressure globally and in Turkey is the <u>lack of patient adherence</u> with prescribed antihypertensive therapies (Kabacki 2006)." p. 2 E131</p> <p>"<u>lack of adherence</u>" p. 5</p> <p>"The <u>lack of adherence</u> to analgesics is a result of myths regarding their use (Tzeng et al. 2008, Valeberg et al. 2008)." P. 2 E152</p> <p>"with <u>lack of adherence</u> to BP-lowering medication being a major factor" p. 2 E167</p>
Comprometida - Compromised	<p>"Drug use is a premorbid risk factor for contracting HIV as well as a comorbid risk factor for mental illness, risky sexual behavior, progression of AIDS, and <u>compromised adherence</u> (World Health Organization, 2008)." P. 8 E15</p>
Perfeita - perfect	<p>"Less than <u>perfect medication adherence</u> may introduce biases or result in underpowered studies" p. 1 E119</p> <p>"In such case, the MPR is often truncated at the maximum value of 100% indicating the potential for <u>perfect adherence</u>" p. 7 E169</p>
Imperfeita - imperfect	<p>"<u>Imperfect adherence</u> to prescribed medications is not unique to persons living with HIV." P. 1 E119</p>
Imprevisível - unpredictable	<p>"Until the participants were able to understand the reason for them to take medication, their <u>adherence</u> to the prescribed treatment tended to be <u>unpredictable</u> (Bajcar 2006)." P. 6 E61</p>
Correta	<p>"prescribed intervals to account for the fact that "timing" adherence is generally lower than "<u>correct adherence</u>." P. 2 E170</p>

Maior - Greater	<p>“Using this approach in BMT might also lead to greater reductions in illicit drug use and <u>greater medication adherence</u>, since patients who are not abstinent would receive directly observed medications on a three times per week dosing schedule (Schottenfeld et al., 2000)”. P. 2 E16</p> <p>“<u>Adherence to ART may be greater</u> than the average adherence to other chronic medications (Altice & Friedland, 1998; Stone, 2001).” P. 9 E49</p> <p>“Therefore, despite theoretical considerations as to which vehicle should be clinically most effective, treatment in a preferred vehicle may result in a better outcome for a particular patient due to <u>greater adherence</u>.” P. 4 E70</p> <p>“The more confidence that the participants had in their physician’s professionalism, the <u>greater their self-reported adherence</u> to prescription drugs.” P. 4 E71</p> <p>“In a sample of 181 mainly former plasma donors (...) reported adherence of 95% or <u>greater adherence</u> over the previous 3 days, with 49.7% claiming never to have missed a single dose of their medications” p. 8 E85</p> <p>“However, better knowledge does not always lead to <u>greater adherence</u> and it may not be enough to alter patients’ behavior” p. 15 E91</p> <p>“Thus, it is possible that improved healthcare would lead to <u>greater adherence</u> to the oral endocrine treatments.” P. 5 E97</p> <p>“There was a trend toward <u>greater adherence</u> among patients receiving DAART as compared to SAT, but this did not reach statistical significance” p. 18</p> <p>“Participants showed improved SGA adherence on self-report and pharmacy measures, supporting the interpretation that reduced ED (emergency department) use resulted from <u>greater adherence</u>.” P. 5 E139</p> <p>“Studies performed in Spain that impacted compliance and control of hypertension were those focusing on recently-diagnosed patients with high blood pressure and, as such, were more likely to be predisposed towards <u>greater adherence</u>” p. 4 E147</p>
Efetiva - Efective	<p>“This, in turn, will have a negative impact on <u>effective adherence</u> to therapy (Restrepo et al., 2008).” P. 2 E60</p>
Consistente - more consistent drug adherence	<p>“Patients who feel that they have an <u>open line of communication with their physician</u> and who are encouraged by the physician to become involved in self-treatment tend to display <u>more consistent drug adherence</u>. p. 2 E71</p>
Positiva – Positive positively	<p>“A strong relationship between youth and the primary care provider, a partnership mode of connection between caregiver, child, and social support, is associated with positive medication adherence (Merzel, VanDevanter, & Irvine, 2008)”. P. 6 E 18</p> <p>“There is evidence reported by authors of systematic reviews that demonstrate <u>adherence</u> can be <u>positively</u>, if not dramatically, enhanced in patients with schizophrenia (Nose et al. 2003b).” p. 2 E133</p>
difficult and complex	<p>“Adherence in diabetes has been reported as <u>difficult and complex</u> [5], few patients taking their prescribed regimen entirely as intended” p. 2 E25</p>
Melhor - better	<p>“The participants who intended to change to <u>better adherence</u> were those who were nonadherent to medication. Since most of the participants reported good medication adherence, they did not report intention to change their adherence behavior” p. 10 E51</p> <p>“Strong social support, especially practical support, was also related to <u>better treatment adherence</u> (DiMatteo, 2004) in chronically ill persons.” P. 3 E55</p> <p>“Patients demonstrate <u>better adherence</u> when they receive care from the same provider over time (World Health Organization 2003)” p. 2 E62</p> <p>“Patients demonstrate <u>better adherence</u> when they receive care from the same provider over time (World Health Organization 2003).” P. 2 E84</p> <p>“Participants in the enhanced intervention had greater average 30-day dose (83% vs. 76%) and timing (71% vs. 59%) (...) they continued to have <u>better adherence</u> until the final follow-up assessment.” P. 6 E85</p> <p>“Explanations for significant better dietary and exercise behaviour of rehabilitation participants might also be applicable to their <u>better medication adherence</u>.” P. 8 E99</p> <p>“Compared to usual care, the ACTS intervention participants demonstrated more rapid initiation of chemotherapy and <u>better overall adherence</u> to chemotherapy” p. 3 E118</p>

	<p>"Based on this finding, it can be concluded that receiving proper information and patient education leads to <u>better treatment adherence</u>." P. 9 E124</p> <p>"The mental health team soliciting this research was disappointed by the lack of concrete recommendations for <u>better adherence</u> to treatment" p. 11 E127</p> <p>"We argue that to understand the determinants of <u>adherence better</u> and optimise the impact of different intervention components upon them, we need to design interventions based on clear conceptual frameworks." p. 2 E135</p> <p>"Had <u>better medication adherence</u> and this correlated with better glycated haemoglobin (HbA1c) levels [7]." P. 2 E136</p> <p>"Higher scores correspond to <u>better medication adherence</u>." P. 3 E137</p> <p>"Although earlier research showed no adherence advantage for SGAs versus older medications, some recent data suggest <u>better adherence</u>" p. 1 E139</p> <p>"had improved symptoms, <u>better medication adherence</u>, less use of reliever medication, improved quality of life, more asthma knowledge and better asthma control" p. 6 E166</p> <p>"<u>better medication adherence</u> than patients who had" p. 5 E169</p> <p>"Consequently, more time was available for patient education and more opportunities were present to build relationships between participants and research staff, which in turn may have resulted in <u>better adherence</u>." P. 9 E174</p>
Desleixado - sloppy	"With respect to self-management and adherence to treatment regimens it appears that one group favours 'a good life' and autonomy over following a strict regimen; whereas another group is concerned about future consequences of <u>sloppy adherence</u> ." P. 8 E34
Pior - Worse	<p>"Relatively few participants reported ADEs, which were associated with better rather than <u>worse adherence</u>" p.4 E98</p> <p>"Women had higher adherence rates than men, as estimated by both methods. The <u>adherence</u> in men was <u>worse</u> with the TS than with the pill count." P. 3 E130</p>
Irregular	" <u>Irregular adherence</u> , however, can result in viral mutations, which render classes of antiretroviral medications inefficient and, if the virus is transmitted to another person, increases the spread of resistant strains of HIV type 1" p. 2 E55
Regular	"At study completion, the <u>regular medication adherence</u> was significantly improved in Groups A and B (regular medication use ratios were 25% and 22.5% before education, respectively, and increased to 80% and 85% after education)" p. 11 E131
Completa - Full	"The results showed that (...) 78% of the older persons reported <u>full adherence</u> to their prescribed drugs." P. 4 E71
Very – muito	" <u>Very adherent</u> people with glaucoma had also received information from other sources (69%, n=81), such as opticians, literature and the Internet." P. 7 E124
Insuficiente - insufficient	"Studies have confirmed that <u>insufficient adherence</u> and a low level of patient knowledge about OAT are the primary causes for complications" p. 2 E92
Moderada - moderate	"the group with <u>moderate adherence</u> received a score of 2–3." P. 4 E152
Medium – media	"Patients who scored "no" on all questions were classified as <u>highly adherent</u> , and those who answered "yes" to at least one question were classified as having <u>medium</u> or low <u>adherence</u> " p. 4 E159
sub-optimal	<p>"As interventions should address the principal causes of <u>sub-optimal adherence</u>" p. 2 E93</p> <p>"Within the context of this new trial, 56 HIVinfected participants with SUDs and <u>suboptimal adherence</u> to cART were randomly" P. 19 E102</p> <p>"Unfortunately, patient adherence to CHD prevention treatment is <u>suboptimal</u>, resulting in LDL-C levels above guideline-recommended goals." P. 7 E113</p>

	<p>"<u>suboptimal adherence</u> is associated with viral resistance, virological and immunological failure, and disease progression" P. 1 E117</p> <p>"Given that a considerable proportion of the patients showed <u>suboptimal adherence</u>, leading to treatment failure and disease progression (Bangsberg et al. 2003)" p. 1 E164</p>
<p>optimal adherence Optimum</p>	<p>"Mills et al. (2006) conducted a meta-analysis of 27 adherence studies in sub-Saharan Africa and 31 studies in North America and found that 77% of African populations achieved <u>optimal adherence</u> as compared with 55% in North America." P. 2 E101</p> <p>"Finally, a table of organized themes was developed with the best clustering and hierarchy that could be achieved for participants in the maintenance (<u>optimum adherence</u>) group and participants in the relapse (or default) group." P. 6 E101</p> <p>"Studies have shown that <u>optimal adherence</u> to ART was strongly linked to viral suppression and improved immunity and quality of life" p. 2 E110</p> <p>"Further, enabling health care professionals to deliver effective interventions that <u>optimize adherence</u> will require training in strategies for modifying health behavior." P. 9 E146</p> <p>"Medication adherence of 80% or more is a commonly used standard for <u>optimal medication adherence</u> in pharmacotherapy trials in general and specifically in addiction pharmacotherapy trial" p. 2 E150</p> <p>"Unfortunately, with the substantial costs and efforts involved in treatment management, achieving <u>optimal patient adherence</u> is a challenge for healthcare providers (Kirk, 2009)." P. 3 E153</p> <p>"Unfortunately, with the substantial costs and efforts involved in treatment management, achieving <u>optimal patient adherence</u> is a challenge for healthcare providers p. 1 E175</p>
<p>Not optimal</p>	<p>"However, patients' adherence to these recommendations is <u>not optimal</u>. P. 1 E172</p>
<p>Menos - Less</p>	<p>"The results are not always consistent, but do suggest that the very young (<45 years) and the very old (>85 years) are <u>less adherent</u> to tamoxifen than those in between." P. 4 E97</p> <p>"The analyses conducted to investigate baseline differences among participants with 3_6 months, 4_6 months and 6_6 months of followup adherence data indicated that those contributing less data tended to have higher depression scores (p<0.05) and be <u>less adherent</u> during the 2-week period prior to baseline (p<0.001)." p. 6 E138</p> <p>"indicating <u>less adherence</u> to BP medication regimens in the control group." P. 8 E159</p>
<p>incomplete</p>	<p>"And <u>incomplete adherence</u> has been associated with virological failure and the potential development of antiretroviral resistance [8, 10–15]." P.1 E102</p>
<p>Juízo –Foco Não Adesão</p>	<p>Unidades de Registo dos artigos</p>
<p>risk high risk highest risk higher (Alto Risco)</p>	<p>"Marshall and Rathbone (2006) pointed out that rates of attrition for the intervention group in this trial were significantly lower than for the control group, an important outcome for people with psychotic illness who are at <u>high risk of non-adherence</u> to treatment" p.4. E2</p> <p>"Inner-city adolescents with asthma are at particular <u>risk of nonadherence</u> with daily preventive medications (8)." P. 1 E44</p> <p>"Studies consistently showed that drug use was associated with <u>high risk of adherence failure</u> (Aloisi et al. 2002, Golin et al. 2002, Gebo et al. 2003, Wang et al. 2008)." P. 2 E110</p> <p>"Targeting subgroups of patients at <u>risk for nonadherence</u> has been the dominant strategy in m-DOT research" p. 7 E117</p> <p>"Although adherence declined to control levels after cessation of the intervention, (...), particularly among depressed patients and others at <u>highest risk for nonadherence</u>" p.8 E117</p> <p>"Older patients may be at <u>higher risk</u> than their younger counterparts for <u>non-adherence</u> and subsequent adverse health outcomes due to declining physical condition of advancing age, low literacy level, poor education, and complex regimens (Hayes, 2005)." P. 2 E120</p> <p>"the long-term evolution of the condition in our study population implied a <u>high risk of non-adherence</u>, since there is evidence that adherence decreases with time elapsed since diagnosis" p. 3 E147</p> <p>"Plthora of studies has confirmed that the rate of <u>nonadherence is higher</u> in patients with chronic illnesses" p. 6 E169</p> <p>"selected participant baseline characteristics that might predispose or place participants at <u>high risk for nonadherence</u>. P. 2 E174</p>

	<p>"Univariate Cox proportional hazards regressions were used to relate the <u>risk of nonadherence</u> to each of the 19 baseline characteristics p. 4 E174</p> <p>"Higher baseline systolic and diastolic blood pressures associated with a <u>higher risk of nonadherence</u>. P. 6 E174</p>
<p>Lower risk Lower (baixo risco)</p>	<p>"The <u>lower-risk of non adherence</u> among patients living in a couple" p. 7 E69</p> <p>"though the study group had a <u>lower non-adherence</u> degree score." P. 5 E107</p>
<p>Juízo –Foco Compliance</p>	<p>Unidades de Registo dos artigos</p>
<p>Diminuída - decreased</p>	<p>"In terms of adherence to antiretroviral therapy, the women reported a number of factors that have led to <u>decreased compliance</u>." P. 4 E12</p>
<p>Inadequada - inadequate</p>	<p>"One of the major reasons for an unsatisfactory treatment outcome in the treatment of childhood atopic dermatitis is <u>inadequate compliance</u>" p. 1 E36</p>
<p>Efectiva - effective</p>	<p>"A major cause of anxiety and barrier to <u>effective compliance</u> is what has been termed 'corticosteroid phobia', a phenomenon that causes problems not only for dermatologists attempting to treat atopic dermatitis with topical corticosteroids, but also for paediatricians managing asthma with inhaled corticosteroids.10" p. 1 E36</p>
<p>Baixa - Low</p>	<p>"In other studies that used daily supplementation with higher doses than in our study, <u>compliance was low</u> with drop-out rates ranging from 48% to 62%" p. E45</p> <p>"<u>Low compliance</u> to prescribed medical interventions is an ever present and complex problem, especially for patients with a chronic illness" p. 4 E114</p>
<p>Pobre - poor</p>	<p>"Therefore <u>poor compliance</u> may have a major impact on clinical outcome" p. 5 E114</p> <p>"Excluding two patients who diet, <u>compliance</u> for solifenacin at one year was <u>poor</u> (28.6%)" p. 3 E165</p>
<p>Alta - high</p>	<p>"The remainder of participants who switched were in the study before the needle-gauge change with <u>high compliance</u>, and either continued as such with the needle gauge change or still dropped out, but with sufficient compliance to remain adherent." P. 9 E80</p> <p>"The reasons reported were less intensive in intervention for example by postal and telephone reminder (Guthrie 2001) and that the <u>high compliance</u> of the control patients precluded the identification of a group difference (Laramee et al. 2003)" p. 8 E99</p>
<p>Complete - full</p>	<p>"Meaning <u>full compliance</u> and no follow-up was required" p. 5 E116</p>
<p>Suficiente - sufficient</p>	<p>"Either continued as such with the needle gauge change or still dropped out, but with <u>sufficient compliance</u> to remain adherent." P. 9 E80</p>
<p>Melhor – better</p>	<p>"Older age is associated with <u>better compliance</u>, but this is not the case for gender, disease duration and total number of pills taken for RA or any other reason" p. 2 E94</p> <p>"The result might be associated with <u>better compliance</u> to antihypertensive drugs, BP monitoring and lifestyle modification" p. 9 E99</p> <p>"the lower scores indicating <u>better medication compliance</u>." P. 5 E158</p>
<p>Melhorar – enhance improve</p>	<p>"This provides access to health information, feedback on reported symptoms and strategies to <u>enhance compliance</u>." P. 1 E112</p> <p>"Because one of the most commonly advocated ways to <u>enhance compliance</u> is the improvement of the doctor-patient relationship, different aspects have been highlighted and assessed (Vermeire 2001)." P. 5 E114</p>

	<p>"The purposes of this study were to determine if IVR can <u>improve medication compliance</u> and reduce adverse events as patients transition from hospital to home among postoperative cardiac surgical patients" p. 3E116</p> <p>"Cleland et al. and Goldberg et al. reported no significant difference, whereas Antonicelli et al. reported <u>improved compliance</u> with treatment in the telemonitoring group" p. 5 E140</p> <p>"This process of decision making not only adheres to the principles of informed consent and patient autonomy, but also has been shown to increase patient satisfaction and <u>improve compliance</u>" p. 2 E151</p> <p>"Therefore, we applied the concept of psycho-education for this study to help depressed patients to increase patient understanding regarding the causes, symptoms and self-management of their depression and <u>improve medication compliance</u>" p. 3 E158</p> <p>"Use of a combination of written and visual communication is often the most effective way of <u>improving patient</u> understanding and <u>compliance</u> p. 2 E171</p>
Boa - good	"Adherence to medication was also evaluated based on pill counts, in which <u>good compliance</u> was considered to have occurred if the medication taken was between 80% and 110% of the pills prescribed" p. 3 E147
irregular	"the structured clinical interview (Adams & Howe 1993) which is a four point scale ranging from non-compliance or consistently <u>irregular compliance</u> p. 4 E157
Regular	"the structured clinical interview (Adams & Howe 1993) which is a four point scale ranging from non-compliance or consistently (...) to <u>regular compliance</u> (75–100%)" p. 4 E157
Sub optimal	"Despite the abundant supply of rhGH products and advancements in product delivery systems, <u>compliance with rhGH treatment remains suboptimal</u> " p. 10 E153 " <u>Suboptimal compliance</u> was associated with poor growth, although none of the studies reported optimum compliance rates to maintain maximum growth. P. 11 E175
optimun	"Suboptimal compliance was associated with poor growth, although none of the studies reported <u>optimum compliance</u> rates to maintain maximum growth. P. 11 E175
Juízo –Foco mangement	Unidades de Registo dos artigos
Pobre- poor	" <u>Poor management</u> can result in a number of serious complications." P. 6 E114
Dimensão	Unidades de Registo dos artigos
Conhecimento	<p>"As maintaining high levels of medication adherence are the key to treatment success, we believe that the (...) empowerment of patients by providing intensive <u>treatment literacy education</u> are critical to improving treatment outcomes". P.6 E14</p> <p>"Data from observational studies on CV diseases suggest that adherence and retention may be improved by better provider–patient communication, <u>education about the disease</u> and reduction in financial barriers (Maro & Lwakatere 1997; Ohene Buabeng et al. 2004; Akpa et al. 2005; Amira & Okubadejo 2007; Magadza et al. 2009)." P. 2 E33</p> <p>"More <u>patient education</u> received about antidepressants was associated with increased use of prescribed antidepressants" p. 4 E46</p> <p>"Although type of disease is known to influence adherence in certain circumstances, 77-80 there is a <u>paucity of information on cancer stage and its effects on adherence</u>, and these data need to be included in future adherence research." P.8 E47</p> <p>"Many of the factors affecting medication adherence have been examined independently (...) include <u>knowledge about illness.</u>" P. 2 E51</p>

	<p>"Consumers who are empowered with <u>relevant knowledge and information</u> are more likely to be active participants in the management of their illness, which should <u>increase their capacity and motivation to adhere to treatment</u> (Fernandez et al. 2006)" p. 3 E53</p> <p>"Adherence may be higher in motivated patients and in those who have <u>access to education</u> and support from healthcare professionals or family members" p. 3 E54</p> <p>"<u>Knowledge</u> is also found to be a prerequisite for adherence behaviour (Karamanidou et al. 2007, Bland et al. 2008, Mason et al. 2008, Sun et al. 2008)" p. 2 E63</p> <p>"In addition, patients should be <u>provided with comprehensive</u>, but easily understandable instructions on treatment use, since adherence is likely to be lower if patients cannot easily understand how they should be using their medication." P. 5 E70</p> <p>"Previous research has shown that the lack of successful medication management can be associated with <u>knowledge</u>" (Balkrishnan, 1998; Insel & Cole, 2005)." P. 2 E73</p> <p>"Prior studies have identified some patient-level factors associated with medication discontinuance (<u>education</u>, adverse effects, number of medications, etc.)" p. 2 E79</p> <p>"Furthermore, they described the strategies that were used when the patient was on treatment: <u>education about combination therapy, the consequences of nonadherence</u>, (...), approaches to identify problems, <u>discussions about medication regimens</u>, (...)" p. 2 E83</p> <p>"<u>Knowledge</u> is also found to be a prerequisite for adherence behaviour (Karamanidou et al. 2007, Bland et al. 2008, Mason et al. 2008, Sun et al. 2008)" p. 2 E84</p> <p>"Adherence is increased when patients receive more <u>personalized information about their disease and its treatment</u> (Viller et al., 1999)." P. 7 E94</p> <p>"However, it is unclear to what <u>extent knowledge</u> per se is necessary for good adherence, since a variety of complex interventions, including counselling, can have an impact on adherence (Haynes et al., 2008)" p. 14</p> <p>"<u>Knowledge</u> regarding treatment and its likely <u>outcome</u> is critically important for decision making related to adherence to prescribed therapy (Battaglia, Roloff, Posner, & Freund, 2007)p.1 E118</p> <p>"Furthermore, <u>providing knowledge</u> to the patients allows them to take greater responsibility for their own care and management, increases patient empowerment and can help reduce reliance on the nurse" p. 5 E140</p> <p>"Certainly the differences between the <u>level of knowledge</u> and involvement of the patient would affect their view of their disease as well as the way they understood their self-management and thus medical adherence." E140</p>
Aprendizagem de habilidades	"Furthermore, they described the strategies that were used when the patient was on treatment: (...) <u>instruction to the patient as to what to do</u> (...)" p. 2 E83
Envolvimento	Certainly the differences between the level of knowledge and <u>involvement</u> of the patient would affect their view of their disease as well as the way they understood their self-management and thus medical adherence." E140
Emoção – Medo	<p>"Tarakeshwar and colleagues (2007) found that fear of taking ART is another reason women become noncompliant with medical therapy." P. 5 E12</p> <p>"nonadherence may result from <u>fear</u> of ADEs" p. 2 E98</p> <p>"Regardless, most patients had <u>fears</u> of vision loss, and this may have been sufficient motivation to use eyedrops as recommended." P. 8 E124</p>
Coping	<p>"Topic guides explored changing perceptions of HIV, social support and <u>ways of coping with HIV and ART</u>, issues surrounding treatment adherence, and experiences at the healthcare centre". p. 3 E13</p> <p>"The top three barriers to adherence reported in <u>denial/lack of acceptance of the adverse consequences</u> of non-compliance to treatment (67% of respondents)." P. 7 E40</p>
Estigma	<p>"(...) the <u>stigma</u> they experienced related to having Ashas visit their village homes" p. 9 E12</p> <p>"<u>Perceived stigma and attitudes</u> have been shown to be barriers to seeking help and are important predictors of antidepressant drug adherence" p. 2 E46</p> <p>"Many of the factors affecting medication adherence have been examined independently (...) <u>stigma</u>, P. 2 E51</p> <p>"Hudson et al. (2004) examined barriers to medication adherence in patients with schizophrenia. The most commonly reported barriers were <u>stigma</u>" p. 2 E72</p> <p>"Difficult to be on ARVs. These were: (...) <u>stigma</u>." P. 7 E101</p>

"Furthermore, the majority of drug users (...) experiences substantial social stigma (...)." P. 2 E110

**Acesso ao
tratamento:**

"All verbalized the importance of taking their medication, but when ask how many had never missed a dose, only two hands were raised. A major challenge the women experienced was not only transportation to distant hospitals but also better instructions on how to take the medications" p. 12 E11

"their social barriers such as difficulty paying for transportation to receive ART, lack of childcare, and lack of accompaniment to the clinic". P. 9 E12

"Data from observational studies on CV diseases suggest that adherence and retention may be improved by better provider–patient communication, education about the disease and reduction in financial barriers (Maro & Lwakatare 1997; Ohene Buabeng et al. 2004; Akpa et al. 2005; Amira & Okubadejo 2007; Magadza et al. 2009)." P. 2 E33

"Adherence with medication can also be adversely influenced by financial commitments" p. 8 E40

"Failure to achieve clinical stability may be caused (...) by inadequate (...) financial resources" p. 1 E112

**Dado
Acesso ao
tratamento
/acessibilidade aos
cuidados de saúde**

"In the rural setting in particular, all persons affected by AIDS must receive all ART and AIDS-related medical care at the district hospital, rather than a closer primary health center located within an hour or two from their village home. Travel time to the district hospital took at least 7 hours. This was a major issue that negatively impacted adherence to ART medication". P. 12 E11

"One major constraint reported by the women is lack of finances (Tarakeshwar et al., 2006)".p.4 E 12

"The cost of antiretroviral therapy (ART), and the perceived lack of benefits of this treatment also have been identified by researchers as barriers to medication adherence (Kumarasamy et al., 2005).p.5" E 12

"their social barriers such as difficulty paying for transportation to receive ART, lack of childcare, and lack of accompaniment to the clinic". p. 9 E12

"As travel expenses are frequently cited as a reason for treatment default, patients and family members are reimbursed for travel to and from appointments, and for unscheduled clinic visits". P.4 E14

"From a patient's perspective, barriers to medication adherence may include the high cost of many medications and a lack of sufficient prescription insurance coverage." p. 1 E29

"Evidence regarding patient adherence suggests that patients may not self administer oral chemotherapy correctly, their adherence may diminish over time and relate to onset of physical symptoms, or be affected by a range of other factors including low socioeconomic status, complex administration schedules, race and extremes of age" p. 3 E54

Fatalismo

"Conversely, a sense of fatalism may prevail in other patients leading to non-adherence" p. 8 E47

**Crenças :
Espiritual
Cultural**

“Also, treatment and illness representation— that is, patients’ explanatory models—frequently involved a spiritual component that was likely to influence treatment adherence (9). These results were further replicated by our research group in Quebec, Canada (10).” P. 2 E3

“For example, discussion of a patient’s religious belief that competes with pharmacological treatment and that is likely to lead to nonadherence and relapse” p.3 E3

“The cost of antiretroviral therapy (ART), and the perceived lack of benefits of this treatment also have been identified by researchers as barriers to medication adherence (Kumarasamy et al., 2005).p.5” E 12

“Common factors that contribute to nonadherence include low health literacy, depression, lack of medication knowledge, lack of social support, concerns about adverse events and dependency, poor patient clinician communication, and limited access to healthcare resources [16,17]” . p.1 E28

“Next, the pharmacists will assess common barriers to medication adherence including poor memory, lack of diabetes knowledge, health beliefs, cost, medication burden, physical disabilities, and social barriers” p. 4 E28

“Previous reports document ‘corticosteroid phobia’ as a major cause of non-compliance and treatment failure in atopic dermatitis.10–12,18 In fact, this term may be a misnomer.” P. 4 E36

“Factors associated with poor adherence with medication: (...) Deficient belief in value of prescribed medicines.” P. 2 E40

“The occasional and intermittent skipping of drug doses was often related to lower health scores, implied reduced locus of control in relation to health concerns.... lack of benefit from medicines which outweighed the risks associated with treatment” p. 6 E40

“Also worthy of consideration is the acknowledgement of patient’s health beliefs are important attributes of medication adherence” p. 7 E40

“Finally, adherence correlates with patients’ beliefs in the severity of the disease to be prevented or treated...” p. 13 E47

“Research examining how illness representation may be a mediating factor in medication adherence with individuals with schizophrenia is only beginning to be developed” p. 3 E51

“Another study of persons living with HIV found that patients’ beliefs about treatment were a mediating factor in the relationship between confidence in the physician and medication adherence (Gauchet, Tarquinio, & Fischer, 2007).” P. 3 E51

“In chronic dialysis patients, psychological factors (...) include concerns about potential adverse events, **CRENÇA COMPROMETIDA – PREOCUPAÇÃO** self efficacy in taking medication (Welch & Thomas-Hawkins 2005, Richard 2006, Curtin et al. 2008). p. 2 E63

“When patients hold beliefs regarding certain components of their treatment, they will try to behave according to their beliefs and their adherence will be affected accordingly” p. 4 E71

“Medication taking is a complex health behavior that is affected by multiple factors that include (...) illness beliefs” p. 1 E72

“There are multiple barriers to adherence with DMT including (...), perceived lack of efficacy (...) (Costello et al, 2008)” P. 1 E78

“However, accumulating evidence from a wide variety of sources suggests that people’s beliefs about medicines are an important predictor of whether they will take them” p. 2 E88

“As separate constructs, necessity for medications and concerns about medications both significantly predicted adherence.” P. 2 E88

“Adherence issues may include client lack of understanding of how medications work and possible side effects, as well as personal beliefs about the efficacy of medications” p. 2 E95

“This lack of self-efficacy also became apparent in the reasons given by the defaulters for running out of ARVs” p. 11 E101

“The differences in patient perceptions and the wide range of medication compliance could be attributable to different practices in different countries. P. 11 “175

Suporte Social

“As involvement of family members has been shown to improve adherence to treatment for drug-susceptible TB,16 patients are asked to identify a family member or friend who would serve as ‘treatment supporter’ from the outset of treatment” p. 4 E14

“As maintaining high levels of medication adherence are the key to treatment success, we believe that the involvement of family members, (...) to improving treatment outcomes”. P.6 E14

“Next, the pharmacists will assess common barriers to medication adherence including poor memory, lack of diabetes knowledge, health beliefs, cost, medication burden, physical disabilities, and social barriers” p. 4 E28

	<p>"Many of the factors affecting medication adherence have been examined independently (...) include <u>family support</u>, (...) P. 2 E51</p> <p>"As mentioned previously, the evidence documented that <u>social support</u>, experience of medication side effects, and therapeutic alliances were associated with adherence behavior in individuals with schizophrenia." P. 4 E51</p> <p>"Adherence may be higher in motivated patients and in those who have access to education and <u>support</u> from healthcare professionals or <u>family members</u>" p. 3 E54</p> <p>"Factors related to treatment adherence for persons living with chronic illnesses include depression, <u>social support</u>, and self-efficacy" p. 3 E55</p> <p>"A pilot study in the Netherlands assessed 16 patient related items that might affect GA adherence: (...), <u>family support</u>, (...)P. 3 E62</p> <p>"Other strategies, such as <u>social support</u>, might also be important to maintain high levels of adherence" p. 8 E63</p> <p>"Psychosocial factors affecting adherence are complex (Godin, Cote, Naccache, Lambert, & Trottier, 2005). Simoni, Frick, and Huang (2006) reported that <u>social support</u> predicted lower levels of negative affect and greater spirituality." P.2/3 E66</p> <p>"ART <u>adherence support by family members</u> (defined as reporting that at least one family member reminded the patient to take his/her ARV)" p. 3 E69</p> <p>"The lower-risk of non adherence among patients <u>living in a couple</u> (compared with those having a partner but not living with him/her) emphasizes also the importance of the social context, that living in a couple reflects not only a more durable relationship associated with HIV-disclosure (as is shown by the significant association between HIV-disclosure and living in a couple) but also a mutual support" p. 7 E69</p> <p>"This study indicated that the <u>caregivers</u> who were involved in the administration of medication were significantly associated with better self-reported drug adherence by the older persons." P. 4 E71</p> <p>"Both groups said that without the <u>support of family, friends, and partners</u> they would not be able to take ARVs" p. 7E101</p> <p>"Several scholars have taken a socio-psychological perspective in suggesting several factors that influence patient adherence, (...) <u>social support</u> (Cameron 1996, Ryan 1999, Lowe et al. 2000). p. 9 E152</p>
<p>(processo de) Tomada de decisão</p>	<p>"Also worthy of consideration (...) their impact on <u>medication-related decision making</u> are important attributes of medication adherence" p. 7 E40</p> <p>"The study revealed that patient <u>participation and responsibility in decision-making</u> concerning medication can have an impact on the motivation to take the medication and thus on adherence." P. 7 E94</p> <p>"Adherence implies that the <u>person is freely choosing</u> a course of action p. 3 E174</p>
<p>Consciencilização</p>	<p>"Perceptions of <u>negative effects and concerns about treatment</u> are associated with poor adherence, while higher levels of adherence are associated with positive perceptions of treatment (Martini, Nasta, Ricci, Parazzini, & Agnoletto, 2000; Stein, Cantrell, Sokol, Eaddy, & Shah, 2006)." P. 7 E46</p> <p>"Many of the factors affecting medication adherence have been examined independently (...) include illness and <u>treatment perception</u> (...) P. 2 E51</p> <p>"The relationship between (...) factors and medication adherence was also inconsistent depending on the <u>patients' perception</u> about their medication p. 2 E51</p> <p>"In chronic dialysis patients, psychological factors (...) include <u>perceived benefits of taking medication</u> and self efficacy in taking medication (Welch & Thomas-Hawkins 2005, Richard 2006, Curtin et al. 2008). p. 2 E63</p> <p>"A possible explanation might be related to the importance of <u>self perception</u> as affecting adherence to long-term medical treatment." P. 4 E71</p> <p>"Regarding the causes of noncompliance, <u>disease awareness level</u> was low among most patients and they assumed their disease was unimportant (Table 2)" p. 4 E143</p>
<p>Atitude face ao regime</p>	<p>"Furthermore, the more <u>positive or strong adherence attitudes</u> to antidepressants they held, the more depressed patients reported better antidepressant use" p. 7 E46</p> <p>"Taking <u>antipsychotics</u> for a person with FEP gives rise to both <u>positive and negative experiences</u>. These experiences <u>directly affect the person's medication taking practice</u>." P. 7 E61</p> <p>"Some patients also expressed very <u>negative attitudes about treatment</u> and made it clear that they had not accepted being on ARVs" p. 8 E101</p>
<p>Juízo -Dimensão</p>	<p>Unidades de Registo dos artigos</p>

Conhecimento (melhor)	"However, <u>better knowledge</u> does not always lead to greater adherence and it may not be enough to alter patients' behavior" p. 15 E91
Conhecimento (baixo)	"Further, researchers have indicated lack of social support and <u>lower levels of HIV-related knowledge</u> are associated with lower ART adherence (Sarna et al., 2008).p.5 E 12 "Common factors that contribute to nonadherence include <u>low health literacy</u> , depression, lack of medication knowledge, lack of social support, concerns about adverse events and dependency, poor patient clinician communication, and limited access to healthcare resources [16,17]" . p.1 E28 "Forgetfulness and <u>low health literacy</u> may preclude adherence (Logue, 2002)" p. 2 E120
Conhecimento (falta)	"Common factors that contribute to nonadherence include low health literacy, depression, <u>lack of medication knowledge</u> , lack of social support, concerns about adverse events and dependency, poor patient clinician communication, and limited access to healthcare resources [16,17]" . p.1 E28 "Next, the pharmacists will assess common barriers to medication adherence including poor memory, <u>lack of diabetes knowledge</u> , health beliefs, cost, medication burden, physical disabilities, and social barriers" p. 4 E28 "Factors associated with poor adherence with medication: (...) <u>lack of education on importance of adherence</u> patterns and possible risk reduction." p. 2 E40 "In people with diabetes, a <u>lack of knowledge</u> and management skills is the main contributing factor to nonadherence (Cerkoney & Hark, 1980)." P. 2 E56 "Four themes consistently emerged in our qualitative analyses. From the patient perspective, 1) <u>lack of knowledge</u> about duration and purpose of clopidogrel treatment (...)" P. 4 E79 "There may be several reasons, of which a major one is <u>lack of knowledge</u> (...) Many do not know the names of their drugs, the recommended dose, how they should be taken, the side effects and when they should seek medical advice" p. 1 E94 "Adherence issues may include client <u>lack of understanding of how medications work and possible side effects</u> , as well as personal beliefs about the efficacy of medications" p. 2 E95 "nonadherence may result (...) perceived <u>lack of information</u> " p. 2 E98 "A <u>lack of knowledge</u> also posed a problem for some patients" p. 8 E101 "In addition, consumers demonstrated a <u>lack of clarity about</u> drug doses, the interrelationship of the diseases, or where to seek help about their medications." P. 2 E108 "The medication review demonstrated participants' <u>lack of knowledge</u> about what their medications were for, medication side effects, duplication of medications and pill burden" p. 6 E108 "Failure to achieve clinical stability may be caused by a patient's <u>lack of knowledge</u> or failure to recognise warning signs of decompensation" p. 1 E112 "Patients' <u>lack of knowledge and understanding</u> of the disease and its treatment and their lack of choice over delivery systems were also associated with treatment noncompliance (Desrosiers et al., 2005; Kapoor et al., 2008; Pitukcheewanont et al., 2008; Rosenfeld & Bakker, 2008)" p. 10 E153 " <u>Lack of knowledge</u> about BP targets, hypertension complications and the benefits of antihypertensive medication have been recognized as a barrier to adherence [35–37]" p. 6 E167 "Among the documented reasons for medication nonadherence are <u>lack of education</u> " p. 2 E169 "Patients' <u>lack of knowledge and understanding</u> of the disease and its treatment and their lack of choice over delivery systems were also associated with treatment noncompliance (Desrosiers et al., 2005; Kapoor et al., 2008; Pitukcheewanont et al., 2008; Rosenfeld & Bakker, 2008) p- 10 175
Conhecimento (pobre)	"McElnay McCallion, Al Deagi and Scott (1997) found that <u>poor knowledge of medication</u> regimes was associated with self reported poor adherence in patients age 65 to 98 years (mean = 74 years)." P. 2 E120
Habilidades (melhor)	A major challenge the women experienced was not only transportation to distant hospitals but also <u>better instructions on how to take the medications</u> " p. 12 E11
Habilidades (falta)	"In people with diabetes, a <u>lack of knowledge and management skills</u> is the main contributing factor to nonadherence (Cerkoney & Hark, 1980)." P. 2 E56

Suporte social (falta)	<p>"Further, researchers have indicated <u>lack of social support</u> and lower levels of HIV-related knowledge are associated with lower ART adherence (Sarna et al., 2008).p.5 E12</p> <p>"Common factors that contribute to nonadherence include low health literacy, depression, lack of medication knowledge, <u>lack of social support</u>, concerns about adverse events and dependency, poor patient clinician communication, and limited access to healthcare resources [16,17]" . p.1 E28</p> <p>"Hudson et al. (2004) examined barriers to medication adherence in patients with schizophrenia. The most commonly reported barriers were (...) <u>lack of social support</u>" p. 2 E72</p> <p>"Furthermore, the majority of drug users (...) receives <u>limited social support</u>." P. 2 E110</p> <p>"In contrast, it is known that (...) <u>lack of support</u> are connected to poor treatment adherence" p. 3 E124</p>
Suporte Social (forte)	" <u>Strong social support</u> , especially practical support, was also related to better treatment adherence (DiMatteo, 2004) in chronically ill persons." P. 3 E55
Suporte Social (inadequado)	"Failure to achieve clinical stability may be caused (...) by <u>inadequate social support</u> " p. 1 E112
Conscientização (falta)	<p>"Factors associated with poor adherence with medication: (...) Lack of awareness of therapeutic benefit of medicines" p. 2 E40</p> <p>"Factors associated with poor adherence with medication: (...) Lack of awareness of possible adverse effects of medicines" P. 2 E40</p> <p>"Regardless of haemophilia type, the two main barriers to providing optimal care for patients are lack of adherence and lack of awareness of the long-term benefits of treatment" p. 7 E41</p>
Conscientização (pobre)	"The patient-related factors were lack of belief in treatment, psychological problems (especially depression), forgetting to take the drug, <u>poor awareness of therapeutic benefit</u> or recurrence risk and age" p. 4 E97
Crenças (negativa)	<p>"The occasional and intermittent skipping of drug doses was often related to (...) but also <u>negative health beliefs</u> about the value and importance of therapy" p. 6 E40</p> <p>"Participants who stopped treatment primarily reported <u>negative beliefs</u> about treatment and breakthrough symptoms." P. 4 E98</p>
Crença (falta)	"The patient-related factors were <u>lack of belief in treatment</u> , psychological problems (especially depression), forgetting to take the drug, poor awareness of therapeutic benefit or recurrence risk and age" p. 4 E97

E1 - Nyamathi, A., et al., *Efficacy of nurse case-managed intervention for latent tuberculosis among homeless subsamples*. Nursing research, 2008. **57**(1): p. 33-39

E2 - Morse, M. and N. Procter, *Review: exploring the role of mental health nurse-practitioner in the treatment of early psychosis*. Journal of Clinical Nursing, 2011. **20**(19/20): p. 2702-2711.

E3 - Huguelet, P., et al., *A randomized trial of spiritual assessment of outpatients with schizophrenia: patients' and clinicians' experience*. Psychiatric Services, 2011. **62**(1): p. 79-86.

- E4 - Guedj, M., P.C. Sorum, and E. Mullet, *French lay people's views regarding the acceptability of involuntary hospitalization of patients suffering from psychiatric illness*. International Journal of Law & Psychiatry, 2012. **35**(1): p. 50-56.
- E5 - Galon, P. and C.H. Graor, *Engagement in primary care treatment by persons with severe and persistent mental illness*. Archives Of Psychiatric Nursing, 2012. **26**(4): p. 272-284.
- E6 - Centre for, R. and Dissemination, *Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder: a systematic review of the evidence for mental health nursing practice (Structured abstract)*, M. Crowe, et al., Editors. 2010. p. 896-908.
- E7 - Page, K.N., et al., *Recovering from an acute cardiac event -- the relationship between depression and life satisfaction*. Journal of Clinical Nursing, 2010. **19**(5-6): p. 736-743.
- E8 - Spinetto, H., D. Lennon, and M. Horsburgh, *Rheumatic fever recurrence prevention: a nurse-led programme of 28-day penicillin in an area of high endemicity*. Journal Of Paediatrics And Child Health, 2011. **47**(4): p. 228-234
- E9 - Vance, D.E., et al., *Aging With HIV: A Cross-Sectional Study of Comorbidity Prevalence and Clinical Characteristics Across Decades of Life*. JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2011. **22**(1): p. 17-25.
- E11 - Nyamathi, A.M., et al., *Perceptions of Women Living with AIDS in Rural India Related to the Engagement of HIV-Trained Accredited Social Health Activists for Care and Support*. Journal of HIV/AIDS & Social Services, 2010. **9**(4): p. 385-404.
- E12 - Nyamathi, A.M., et al., *Challenges Experienced by Rural Women in India Living With AIDS and Implications for the Delivery of HIV/AIDS Care*. Health Care for Women International, 2011. **32**(4): p. 300-313.
- E13 - Campbell, C., et al., *A 'good hospital': nurse and patient perceptions of good clinical care for hiv-positive people on antiretroviral treatment in rural zimbabwe—a mixed-methods qualitative study*. International Journal of Nursing Studies, 2011. **48**(2): p. 175-183.
- E14 - Brust, J.C.M., et al., *Integrated, home-based treatment for MDR-TB and HIV in rural South Africa: an alternate model of care*. The International Journal Of Tuberculosis And Lung Disease: The Official Journal Of The International Union Against Tuberculosis And Lung Disease, 2012. **16**(8): p. 998-1004
- E15 - Boryc, K., et al., *A Needs Assessment of Clients With HIV in a Home-Based Care Program in Guyana*. Public Health Nursing, 2010. **27**(6): p. 482-491.
- E16 - Chawarski, M.C., M. Mazlan, and R.S. Schottenfeld, *Behavioral drug and HIV risk reduction counseling (BDRC) with abstinence-contingent take-home buprenorphine: a pilot randomized clinical trial*. Drug & Alcohol Dependence, 2008. **94**(1-3): p. 281-284.
- E17 - Braitstein, P., et al., *A clinician-nurse model to reduce early mortality and increase clinic retention among high-risk HIV-infected patients initiating combination antiretroviral treatment*. Journal Of The International AIDS Society, 2012. **15**(1): p. 7-7.
- E18 - Blake, B., L. Robley, and G. Taylor, *A lion in the room: youth living with HIV*. Pediatric Nursing, 2012. **38**(6): p. 311-318.

- E19 - Ridge, K., et al., *Themes elicited during motivational interviewing to improve glycaemic control in adults with Type 1 diabetes mellitus*. Diabetic Medicine: A Journal Of The British Diabetic Association, 2012. **29**(1): p. 148-152.
- E20 - Leemrijse, C.J., et al., *The effects of Hartcoach, a life style intervention provided by telephone on the reduction of coronary risk factors: a randomised trial*. BMC Cardiovascular Disorders, 2012. **12**: p. 47-47.
- E21 - Jasmina, B., *Attitudes of postoperative patients towards hospital nurse prescribing*. Nurse Prescribing, 2012. **10**(12): p. 612-618.
- E22 - Courtenay, M., et al., *Patients' views of nurse prescribing: effects on care, concordance and medicine taking*. The British Journal Of Dermatology, 2011. **164**(2): p. 396-401.
- E23 - Bentz, L., et al., *Evaluating counseling outcome on adherence to prophylaxis and follow-up after sexual HIV-risk exposure: a randomized controlled trial*. AIDS Care, 2010. **22**(12): p. 1509-1516.
- E24 - van Hulst, L.T., et al., *How to improve DAS28 use in daily clinical practice?--a pilot study of a nurse-led intervention*. Rheumatology (Oxford, England), 2010. **49**(4): p. 741-748.
- E25 - Dale, J., et al., *Telecare motivational interviewing for diabetes patient education and support: A randomised controlled trial based in primary care comparing nurse and peer supporter delivery*. Trials, 2007. **8**: p. 18TN-isrctn63151946.
- E26 - Chow, J. and B. Dalton, *A novel, 12-week, nurse-led motivation and education programme has no effect on serum phosphate levels in haemodialysis patients*. Renal Society of Australasia Journal, 2012. **8**(2): p. 82-86.
- E27 - Bosworth, H.B., et al., *The Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: study design and methodology*. Contemporary clinical trials, 2007. **28**(1): p. 33-47.
- E28 - Gerber, B.S., et al., *Design of a trial to evaluate the impact of clinical pharmacists and community health promoters working with African-Americans and Latinos with diabetes*. BMC Public Health, 2012. **12**: p. 891-891.
- E29 - Hlubocky, J.M., et al., *Evaluation of a transplantation specialty pharmacy program*. American Journal of Health-System Pharmacy, 2012. **69**(4): p. 340-347.
- E30 - F, C.R. Friesleben, and S.J. Billups, *Impact of a pharmacist-directed intervention in postmenopausal women after fracture*. American Journal of Health-System Pharmacy, 2012. **69**(6): p. 504-509.
- E31 - Clark, P.M., et al., *Effect of pharmacist-led patient education on adherence to tuberculosis treatment*. American Journal of Health-System Pharmacy, 2007. **64**(5): p. 497-506.

- E32 - Carter, B.L., et al., *The Iowa Continuity of Care study: Background and methods*. American journal of health-system pharmacy : AJHP : official journal of the American Society of Health-System Pharmacists, 2008. **65**(17): p. 1631-1642.
- E33 - Labhardt, N.D., et al., *Improved retention rates with low-cost interventions in hypertension and diabetes management in a rural African environment of nurse-led care: a cluster-randomised trial*. Tropical Medicine & International Health: TM & IH, 2011. **16**(10): p. 1276-1284.
- E34 - Jedeloo, S., et al., *Preferences for health care and self-management among Dutch adolescents with chronic conditions: a Q-methodological investigation*. International Journal of Nursing Studies, 2010. **47**(5): p. 593-603.
- E35 - Haran, G., L. Rubin, and R. Shaoul, *The compliance of medical staff for the routine administration of iron in the 1st year to their children*. Clinical Nutrition, 2011. **30**(1): p. 54-59.
- E36 - Smith, S.D., et al., *Corticosteroid phobia and other confounders in the treatment of childhood atopic dermatitis explored using parent focus groups*. The Australasian Journal Of Dermatology, 2010. **51**(3): p. 168-174.
- E37 - Honkoop, P.J., et al., *Asthma control cost-utility randomized trial evaluation (ACCURATE): the goals of asthma treatment*. BMC Pulmonary Medicine, 2011. **11**: p. 53-53.
- E38 - Gardner-Roehnelt, N.M., *Update on the management of neuroendocrine tumors: focus on somatostatin antitumor effects*. Clinical Journal Of Oncology Nursing, 2012. **16**(1): p. 56-64.
- E39 - Bender, A., et al., *Welcome intrusions: An interpretive phenomenological study of TB nurses' relational work*. International Journal of Nursing Studies, 2011. **48**(11): p. 1409-1419.
- E40 - Banning, M., *Adherence to adjuvant therapy in post-menopausal breast cancer patients: a review*. European Journal of Cancer Care, 2012. **21**(1): p. 10-19.
- E41 - Zappa, S., et al., *Treatment trends for haemophilia A and haemophilia B in the United States: results from the 2010 practice patterns survey*. Haemophilia: The Official Journal Of The World Federation Of Hemophilia, 2012. **18**(3): p. e140-e153.
- E42 - Parrish, L., *Psoriasis: symptoms, treatments and its impact on quality of life*. British Journal Of Community Nursing, 2012. **17**(11): p. 524.
- E43 - Moore, E.J., et al., *Eczema workshops reduce severity of childhood atopic eczema*. The Australasian journal of dermatology, 2009. **50**(2): p. 100-106.
- E44 - Halterman, J.S., et al., *A pilot study to enhance preventive asthma care among urban adolescents with asthma*. The Journal Of Asthma: Official Journal Of The Association For The Care Of Asthma, 2011. **48**(5): p. 523-530.
- E45 - Coutinho, G.G., E.M. Goloni-Bertollo, and E.C. Pavarino-Bertelli, *Effectiveness of two programs of intermittent ferrous supplementation for treating iron-deficiency anemia in infants: randomized clinical trial*. São Paulo medical journal = Revista paulista de medicina, 2008. **126**(6): p. 314-318.

- E46 - Sun, G.-C., et al., *Mediating Roles of Adherence Attitude and Patient Education on Antidepressant Use in Patients With Depression*. Perspectives in Psychiatric Care, 2011. **47**(1): p. 13-22.
- E47 - Spoelstra, S.L. and C.W. Given, *Assessment and Measurement of Adherence to Oral Antineoplastic Agents*. Seminars in Oncology Nursing, 2011. **27**(2): p. 116-132.
- E48 - Shaw, R. and H.B. Bosworth, *Baseline medication adherence and blood pressure in a 24-month longitudinal hypertension study*. Journal of Clinical Nursing, 2012. **21**(9/10): p. 1401-1406.
- E49 - Ruud, K.W., et al., *Antiretroviral Treatment and Follow-up of HIV-Infected Patients by Health Care Providers in South African Public Primary Health Care*. JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2010. **21**(5): p. 417-428.
- E50 - Ruud, K., S. Srinivas, and E.-L. Toverud, *Healthcare providers' experiences with adverse drug reactions and adherence challenges in antiretroviral therapy of HIV patients in the Eastern Cape Province, South Africa*. European Journal of Clinical Pharmacology, 2012. **68**(9): p. 1321-1328.
- E51 - Rungruangsiripan, M., et al., *Mediating Role of Illness Representation Among Social Support, Therapeutic Alliance, Experience of Medication Side Effects, and Medication Adherence in Persons With Schizophrenia*. Archives of Psychiatric Nursing, 2011. **25**(4): p. 269-283.
- E52 - Russell, C., et al., *Taking immunosuppressive medications effectively (TIMELink): a pilot randomized controlled trial in adult kidney transplant recipients*. Clinical Transplantation, 2011. **25**(6): p. 864-870
- E53 - Quinn, C., B. Happell, and G. Browne, *Opportunity lost? Psychiatric medications and problems with sexual function: a role for nurses in mental health*. Journal of Clinical Nursing, 2012. **21**(3/4): p. 415-423.
- E54 - Oakley, C., J. Johnson, and E. Ream, *Developing an intervention for cancer patients prescribed oral chemotherapy: a generic patient diary*. European Journal of Cancer Care, 2010. **19**: p. 21-28.
- E55 - Nokes, K., et al., *Focus on Increasing Treatment Self-Efficacy to Improve Human Immunodeficiency Virus Treatment Adherence*. Journal of Nursing Scholarship, 2012. **44**(4): p. 403-410.
- E56 - Nesari, M., et al., *Effect of telephone follow-up on adherence to a diabetes therapeutic regimen*. Japan Journal of Nursing Science, 2010. **7**(2): p. 121-128.
- E57 - Murray, A., *The implementation of a self-administration of medication programmes within Older Persons Mental Health*. Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 2011. **18**(2): p. 113-121.
- E58 - Miller, N.H., K. Berra, and J. Long, *Hypertension 2008--awareness, understanding, and treatment of previously diagnosed hypertension in baby boomers and seniors: a survey conducted by Harris interactive on behalf of the Preventive Cardiovascular Nurses Association*. Journal Of Clinical Hypertension (Greenwich, Conn.), 2010. **12**(5): p. 328-334.

- E59 - Li, W., M.I. Wallhagen, and E.S. Froelicher, *Factors predicting blood pressure control in older Chinese immigrants to the United States of America*. Journal of Advanced Nursing, 2010. **66**(10): p. 2202-2212.
- E60 - Lareau, S.C. and R. Hodder, *Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients*. Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners, 2012. **24**(2): p. 113-120.
- E61 - Hon, A., *Factors influencing the adherence of antipsychotic medication (Aripiprazole) in first-episode psychosis: findings from a grounded theory study*. Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing, 2012. **19**(4): p. 354-361.
- E62 - Jongen, P.J., et al., *Drug adherence and multidisciplinary care in patients with multiple sclerosis: protocol of a prospective, web-based, patient-centred, nation-wide, Dutch cohort study in glatiramer acetate treated patients (CAIR study)*. BMC Neurology, 2011. **11**: p. 40-40.
- E63 - Huybrechts, S.A., B. Van Rompaey, and M.M. Elseviers, *Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders*. Journal of Clinical Nursing, 2012. **21**(9/10): p. 1304-1313.
- E64 - Gonzalez, J.S., et al., *Cognitive-behavioral therapy for adherence and depression (CBT-AD) in type 2 diabetes*. Journal of Cognitive Psychotherapy, 2010. **24**(4): p. 329-343.
- E65 - Gerin, W., et al., *The medication Adherence and Blood Pressure Control (ABC) trial: a multi-site randomized controlled trial in a hypertensive, multi-cultural, economically disadvantaged population*. Contemporary clinical trials, 2007. **28**(4): p. 459-471.
- E66 - Gardenier, D., et al., *Social support and adherence: differences among clients in an AIDS day health care program*. JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 2010. **21**(1): p. 75-85.
- E67 - Erlen, J.A., et al., *The HIV medication taking self-efficacy scale: psychometric evaluation*. Journal of Advanced Nursing, 2010. **66**(11): p. 2560-2572.
- E68 - Chapman, R.H., et al., *The modeled lifetime cost-effectiveness of published adherence-improving interventions for antihypertensive and lipid-lowering medications*. Value In Health: The Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research, 2010. **13**(6): p. 685-694.
- E69 - Chapman, R.H., et al., *The modeled lifetime cost-effectiveness of published adherence-improving interventions for antihypertensive and lipid-lowering medications*. Value In Health: The Journal Of The International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research, 2010. **13**(6): p. 685-694.
- E70 – Bewley, A. and B. Page, *Maximizing patient adherence for optimal outcomes in psoriasis*. Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology: JEADV, 2011. **25 Suppl 4**: p. 9-14.
- E 71 - Ben-Natan, M. and I. Noselozich, *Factors affecting older persons' adherence to prescription drugs in Israel*. Nursing & Health Sciences, 2011. **13**(2): p. 164-169.

- E72 - Anderson, K.H., et al., An exploratory, randomized controlled trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 2010. 19(5): p. 340-349.
- E73 - Swanlund, S.L., Successful cardiovascular medication management processes as perceived by community-dwelling adults over age 74. *Applied Nursing Research*, 2010. 23(1): p. 22-29.
- E74 - O'Connor, D.M., et al., *Lesson in a pill box: teaching about the challenges of medication adherence*. *Family medicine*, 2009. 41(2): p. 99-104.
- E75 - Moss, A.C., et al., *Impact of a patient-support program on mesalamine adherence in patients with ulcerative colitis--a prospective study*. *J Crohns Colitis*, 2010. 4(2): p. 171-175.
- E76 - Montes, J.M., et al., *Telephone-based nursing strategy to improve adherence to antipsychotic treatment in schizophrenia: a controlled trial*. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 2010. 14(4): p. 274-281.
- E77 - Lin, E.H., et al., *Treatment adjustment and medication adherence for complex patients with diabetes, heart disease, and depression: a randomized controlled trial*. *Annals of Family Medicine*, 2012. 10(1): p. 6-14.
- E78 - Knowles, M.R., *Homecare support to improve adherence in multiple sclerosis*. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 2011. 7(5): p. 655-659.
- E79 - Garavalia, L., et al., *Clinician-patient discord: exploring differences in perspectives for discontinuing clopidogrel*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011. 10(1): p. 50-55.
- E80 - Dhib-Jalbut, S., et al., *The Combined Effect of Nursing Support and Adverse Event Mitigation on Adherence to Interferon Beta-1b Therapy in Early Multiple Sclerosis*. *International Journal of MS Care*, 2012. 14(4): p. 198-208.
- E81 - Cordasco, K.M., et al., *A low-literacy medication education tool for safety-net hospital patients*. *American journal of preventive medicine*, 2009. 37(6 Suppl 1): p. S209-s216.
- E82 - Bastos-Barbosa, R.G., et al., *Treatment adherence and blood pressure control in older individuals with hypertension*. *Arquivos Brasileiros De Cardiologia*, 2012. 99(1): p. 636-641.
- E83 - Vervoort, S.C., et al., *Strategies to Promote Adherence to Antiretroviral Therapy Applied by Dutch HIV Nurse Consultants: A Descriptive Qualitative Study*. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2010. 21(6): p. 489-502.
- E84 - Van Camp, Y.P., et al., *Nurse-led education and counselling to enhance adherence to phosphate binders*. *Journal Of Clinical Nursing*, 2012. 21(9-10): p. 1304-1313.
- E85 - Simoni, J., et al., *A Preliminary Randomized Controlled Trial of a Nurse-Delivered Medication Adherence Intervention Among HIV-Positive Outpatients Initiating Antiretroviral Therapy in Beijing, China*. *AIDS & Behavior*, 2011. 15(5): p. 919-929.

- E86 - Nieuwkerk, P.T., et al., *Intervention to improve adherence to lipid-lowering medication and lipid-levels in patients with an increased cardiovascular risk*. American Journal of Cardiology, 2012. **110**(5): p. 666-672.
- E87 - Munyao, P., et al., *Implementation of clinic-based modified-directly observed therapy (m-DOT) for ART; experiences in Mombasa, Kenya*. AIDS Care, 2010. **22**(2): p. 187-194.
- E88 - Latter, S., et al., *The impact of an intervention for nurse prescribers on consultations to promote patient medicine-taking in diabetes: A mixed methods study*. International Journal of Nursing Studies, 2010. **47**(9): p. 1126-1138.
- E89 - Kruger, D.F., *Intensifying insulin treatment: options, practical issues, and the role of the nurse practitioner*. Journal Of The American Academy Of Nurse Practitioners, 2012. 24 Suppl 1: p. 260-269.
- E90 - Jaarsma, T., M. Nikolova-Simons, and W. Martje H.L, *Nurses' strategies to address self-care aspects related to medication adherence and symptom recognition in heart failure patients: An in-depth look*. Heart & Lung, 2012. 41(6): p. 583-593.
- E91 - Idier, L., et al., *Assessment and effects of Therapeutic Patient Education for patients in hemodialysis: A systematic review*. International Journal of Nursing Studies, 2011. 48(12): p. 1570-1586.
- E92. Hua, T.D., et al., *Practice nursed-based, individual and video-assisted patient education in oral anticoagulation--protocol of a cluster-randomized controlled trial*. BMC Family Practice, 2011. 12: p. 17-17.
- E93 - Farmer, A., et al., *An explanatory randomised controlled trial of a nurse-led, consultation-based intervention to support patients with adherence to taking glucose lowering medication for type 2 diabetes*. BMC Family Practice, 2012. **13**: p. 30-30.
- E94 - Larsson, I., et al., *Patients' perceptions of drug information given by a rheumatology nurse: a phenomenographic study*. Musculoskeletal Care, 2010. **8**(1): p. 36-45
- E95 - Ireland, S., et al., *Nurse case management to improve risk reduction outcomes in a stroke prevention clinic*. Canadian Journal of Neuroscience Nursing, 2010. **32**(4): p. 7-13.
- E96 - Drey, N., et al., *Adherence to antiparkinsonian medication: An in-depth qualitative study*. International Journal of Nursing Studies, 2012. **49**(7): p. 863-871.
- E97 - Doggrell, S.A., *Adherence to oral endocrine treatments in women with breast cancer: can it be improved?* Breast Cancer Research And Treatment, 2011. **129**(2): p. 299-308.
- E98 - Cook, P.F., et al., *Telephone nurse counseling for medication adherence in ulcerative colitis: A preliminary study*. Patient Education & Counseling, 2010. **81**(2): p. 182-186.

- E99 - Jiang, X., J.W. Sit, and T.K. Wong, *A nurse-led cardiac rehabilitation programme improves health behaviours and cardiac physiological risk parameters: evidence from Chengdu, China*. *Journal of clinical nursing*, 2007. **16**(10): p. 1886-1897.
- E100 - Chiu, C.W. and F.K. Wong, *Effects of 8 weeks sustained follow-up after a nurse consultation on hypertension: a randomised trial*. *International journal of nursing studies*, 2010. **47**(11): p. 1374-1382.
- E101 - C, *Differences Between Patients Who Do and Do Not Adhere to Antiretroviral Therapy*. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2011. **22**(4): p. 269-282.
- E102 - Binford, M.C., S.Y. Kahana, and F.L. Altice, *A systematic review of antiretroviral adherence interventions for HIV-infected people who use drugs*. *Current HIV/AIDS Reports*, 2012. **9**(4): p. 287-312.
- E103 - Berben, L., et al., *Which interventions are used by health care professionals to enhance medication adherence in cardiovascular patients? A survey of current clinical practice*. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2011. **10**(1): p. 14-21.
- E104 - Banning, M., *A review of interventions used to improve adherence to medication in older people*. *International Journal of Nursing Studies*, 2009. **46**(11): p. 1505-1515.
- E105 - Zang, X., et al., *Effect on blood pressure of a continued nursing intervention using chronotherapeutics for adult Chinese hypertensive patients*. *Journal of Clinical Nursing*, 2010. **19**(7-8): p. 1149-1156.
- E106 - Young, T., *Home-based care for reducing morbidity and mortality in people infected with HIV/AIDS*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009(1).
- E107 - Wong, F.K., S.K. Chow, and T.M. Chan, *Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial*. *International Journal of Nursing Studies*, 2010. **47**(3): p. 268-278
- E108 - Williams, A., et al., *Working with CALD groups: testing the feasibility of an intervention to improve medication self- management in people with kidney disease, diabetes, and cardiovascular disease*. *Renal Society of Australasia Journal*, 2012. **8**(2): p. 62-69.
- E109 - Wijnveld, A. and M. Crowe, *Walking a fine line: managing the tensions associated with medication non-adherence in an acute inpatient psychiatric setting*. *Journal of Clinical Nursing*, 2010. **19**(9-10): p. 1378-1386.
- E110 - Wang, H., et al., *Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China*. *Journal of Clinical Nursing*, 2010. **19**(3-4): p. 380-388.
- E111 - Wakefield, B.J., et al., *User perceptions of in-home medication dispensing devices*. *Journal of gerontological nursing*, 2008. **34**(7): p. 15-25.
- E112 - Wakefield, B.J., et al., *Outcomes of a home telehealth intervention for patients with heart failure*. *Journal of telemedicine and telecare*, 2009. **15**(1): p. 46-50.

- E113 - Voils, C.I., et al., *Study protocol: Couples Partnering for Lipid Enhancing Strategies (CouPLES) - a randomized, controlled trial*. *Trials*, 2009. **10**: p. 10-10.
- E114 - Vermeire, E.I.J.J., *Interventions for improving adherence to treatment recommendations in people with type 2 diabetes mellitus*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008(1).
- E115 - Simon, G.E., et al., *Randomized trial of depression follow-up care by online messaging*. *Journal of general internal medicine*, 2011. **26**(7): p. 698-704.
- E116 - Sherrard, H., et al., *Using technology to create a medication safety net for cardiac surgery patients: a nurse-led randomized control trial*. *Canadian journal of cardiovascular nursing = Journal canadien en soins infirmiers cardio-vasculaires*, 2009. **19**(3): p. 9-15.
- E117 - Sarna, A., et al., *Short- and long-term efficacy of modified directly observed antiretroviral treatment in Mombasa, Kenya: a randomized trial*. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 2008. **48**(5): p. 611-619.
- E118 - Rosenzweig, M., et al., *The attitudes, communication, treatment, and support intervention to reduce breast cancer treatment disparity*. *Oncology Nursing Forum*, 2011. **38**(1): p. 85-89.
- E119 - Reynolds, N.R., et al., *Telephone support to improve antiretroviral medication adherence: a multisite, randomized controlled trial*. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*, 2008. **47**(1): p. 62-68.
- E120 - Pascucci, M.A., et al., *Situational challenges that impact health adherence in vulnerable populations*. *Journal of Cultural Diversity*, 2010. **17**(1): p. 4-12.
- E121 - Ortega Suárez, F.J., et al., *Validation on the simplified medication adherence questionnaire (SMAQ) in renal transplant patients on tacrolimus*. *Nefrología: Publicación Oficial De La Sociedad Española Nefrología*, 2011. **31**(6): p. 690-696.
- E122 - Morales Suárez-Varela, M.T. and Gemecor, *[Study on the use of a smart pillbox to improve treatment compliance]*. *Atencion primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*, 2009. **41**(4): p. 185-191.
- E123 - M'Imunya, J.M., *Patient education and counselling for promoting adherence to treatment for tuberculosis*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(5).
- E124 - Lunnela, J., M. Kääriäinen, and H. Kyngäs, *Adherence of Finnish people with glaucoma to treatment plans and connected factors*. *International Journal Of Circumpolar Health*, 2011. **70**(1): p. 79-89
- E125 - Lester, R.T., et al., *Effects of a mobile phone short message service on antiretroviral treatment adherence in Kenya (WeTel Kenya1): a randomised trial*. *Lancet*, 2010. **376**(9755): p. 1838-1845
- E126 - Lerret, S.M. and G. Stendahl, *Working together as a team: adolescent transplant recipients and nurse practitioners*. *Progress In Transplantation (Aliso Viejo, Calif.)*, 2011. **21**(4): p. 288

- E127 - Leibing, A., *Inverting compliance, increasing concerns: aging, mental health, and caring for a trustful patient*. *Anthropology & Medicine*, 2010. **17**(2): p. 145-158.
- E128 - Homer, D., P. Nightingale, and P. Jobanputra, *Providing patients with information about disease-modifying anti-rheumatic drugs: Individually or in groups? A pilot randomized controlled trial comparing adherence and satisfaction*. *Musculoskeletal care*, 2009. **7**(2): p. 78-92.
- E129 - Harbig, P., et al., *Instantaneous detection of nonadherence: quality, strength, and weakness of an electronic prescription database*. *Pharmacoepidemiology And Drug Safety*, 2012. **21**(3): p. 323-328.
- E130 - Harbig, P., I. Barat, and E.M. Damsgaard, *Suitability of an electronic reminder device for measuring drug adherence in elderly patients with complex medication*. *Journal Of Telemedicine And Telecare*, 2012. **18**(6): p. 352-356.
- E131 - Hacıhasanoglu, R. and S. Gözümlü, *The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting*. *Journal of clinical nursing*, 2011. **20**(5-6): p. 692-705.
- E132 - Gray, T.A., et al., *Individualised patient care as an adjunct to standard care for promoting adherence to ocular hypotensive therapy: an exploratory randomised controlled trial*. *Eye*, 2012. **26**(3): p. 407-417.
- E133 - Gray, R., et al., *Enhancing medication adherence in people with schizophrenia: an international programme of research*. *International journal of mental health nursing*, 2010. **19**(1): p. 36-44.
- E134 - Frank-Bader, M., K. Beltran, and D. Dojlidko, *Improving transplant discharge education using a structured teaching approach*. *Progress in Transplantation*, 2011. **21**(4): p. 332-339
- E135 - Farmer, A.J., et al., *Protocol for SAMS (Support and Advice for Medication Study): a randomised controlled trial of an intervention to support patients with type 2 diabetes with adherence to medication*. *BMC Family Practice*, 2008. **9**: p. 8p.
- E136 - Doggrell, S.A., *Does intervention by an allied health professional discussing adherence to medicines improve this adherence in Type 2 diabetes?* *Diabetic Medicine: A Journal Of The British Diabetic Association*, 2010. **27**(12): p. 1341-1349.
- E137 - Dilorio, C., et al., *A telephone-based self-management program for people with epilepsy*. *Epilepsy & behavior : E&B*, 2009. **14**(1): p. 232-236.
- E138 - Dilorio, C., et al., *Using motivational interviewing to promote adherence to antiretroviral medications: a randomized controlled study*. *AIDS care*, 2008. **20**(3): p. 273-283.
- E139 - Cook, P.F., et al., *Effects of telephone counseling on antipsychotic adherence and emergency department utilization*. *American Journal of Managed Care*, 2008. **14**(12): p. 841-846.

- E140 - Clarke, M., A. Shah, and U. Sharma, *Systematic review of studies on telemonitoring of patients with congestive heart failure: a meta-analysis*. Journal of Telemedicine & Telecare, 2011. **17**(1): p. 7-14.
- E141 - Tenthani, L., et al., *Involving expert patients in antiretroviral treatment provision in a tertiary referral hospital HIV clinic in Malawi*. BMC Health Services Research, 2012. **12**: p. 140-140.
- E142 - Polack, J., D. Jorgenson, and P. Robertson, *Evaluation of different methods of providing medication-related education to patients following myocardial infarction*. Canadian Pharmacists Journal, 2008. **141**(4): p. 241-247.
- E143 - Çinar, F.I., et al., *The effectiveness of nurse-led telephone follow-up in patients with type 2 diabetes mellitus*. Turkish Journal of Endocrinology & Metabolism, 2010. **14**(1): p. 1-5.
- E144 - Bosworth, H.B., et al., *Hypertension Intervention Nurse Telemedicine Study (HINTS): testing a multifactorial tailored behavioral/educational and a medication management intervention for blood pressure control*. American heart journal, 2007. **153**(6): p. 918-924.
- E145 - Blank, M.B., et al., *A Randomized Trial of a Nursing Intervention for HIV Disease Management Among Persons With Serious Mental Illness*. Psychiatric Services, 2011. **62**(11): p. 1318-1324.
- E146 - Berben, L., et al., *Interventions used by health care professionals to enhance medication adherence in transplant patients: a survey of current clinical practice*. Progress in Transplantation, 2011. **21**(4): p. 322-331.
- E147 - Amado Guirado, E., et al., *Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial*. Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S, 2011. **25**(1): p. 62-67.
- E148 - Ailinger, R.L., et al., *The effect of a cultural intervention on adherence to latent tuberculosis infection therapy in Latino immigrants*. Public Health Nursing, 2010. **27**(2): p. 115-120.
- E149 - Salyers, M.P., et al., *The role of patient activation in psychiatric visits*. Psychiatric Services, 2009. **60**(11): p. 1535-1539.
- E150 - Fairbairn, C.E., et al., *Study blinding and correlations between perceived group assignment and outcome in a cocaine pharmacotherapy trial*. American Journal on Addictions, 2008. **17**(5): p. 387-391.
- E151 - Darbà, J., et al., *Patient preferences for osteoporosis in Spain: a discrete choice experiment*. Osteoporosis International: A Journal Established As Result Of Cooperation Between The European Foundation For Osteoporosis And The National Osteoporosis Foundation Of The USA, 2011. **22**(6): p. 1947-1954..
- E152 - Chou, P.-L. and C.-C. Lin, *A pain education programme to improve patient satisfaction with cancer pain management: a randomised control trial*. Journal of Clinical Nursing, 2011. **20**(13/14): p. 1858-1869.

- E153 - Bolster, D. and E. Manias, *Person-centred interactions between nurses and patients during medication activities in an acute hospital setting: qualitative observation and interview study*. International Journal of Nursing Studies, 2010. **47**(2): p. 154-165.
- E154 - Wang, H.-F. and M.C. Yeh, *Psychological resistance to insulin therapy in adults with type 2 diabetes: mixed-method systematic review*. Journal of Advanced Nursing, 2012. **68**(4): p. 743-757
- E155 - Powers, B.J., et al., *The Cholesterol, Hypertension, and Glucose Education (CHANGE) study for African Americans with diabetes: study design and methodology*. American heart journal, 2009. **158**(3): p. 342-348.
- E156 - Jahn, P., et al., *Improvement of pain related self management for oncologic patients through a trans institutional modular nursing intervention: protocol of a cluster randomized multicenter trial*. Trials, 2010. **11**: p. 29-29.
- E157 - Maneesakorn, S., et al., *An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand*. Journal of clinical nursing, 2007. **16**(7): p. 1302-1312.
- E158 - Lin, M., et al., *Effect of an interactive computerized psycho-education system on patients suffering from depression*. Journal of Clinical Nursing, 2008. **17**(5): p. 667-676.
- E159 - Kauric-Klein, Z., *Improving blood pressure control in end stage renal disease through a supportive educative nursing intervention*. Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association, 2012. **39**(3): p. 217-228.
- E160 - Freund, T., et al., *Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]*. Trials, 2011. **12**: p. 163-163.
- E161 - Fischer, H., et al., *Design of a nurse-run, telephone-based intervention to improve lipids in diabetics*. Contemporary Clinical Trials, 2008. **29**(5): p. 809-816.
- E162 - Bosworth, H.B., et al., *Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control*. Patient Education & Counseling, 2008. **70**(3): p. 338-347.
- E163 - Lange, I., et al., *[Effect of a tele-care model on self-management and metabolic control among patients with type 2 diabetes in primary care centers in Santiago, Chile]*. Revista médica de Chile, 2010. **138**(6): p. 729-737.
- E164 - de Bruin, M., et al., *Electronic monitoring-based counseling to enhance adherence among HIV-infected patients: a randomized controlled trial*. Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 2010. **29**(4): p. 421-428.
- E165 - Michelle, L. Chok Lin, and C.A. Inderjeeth, *Solifenacin use in older Australians - the challenge of non-government subsidised prescription for overactive bladder*. Australian & New Zealand Continence Journal, 2011. **17**(4): p. 126-128.

- E166 - Wang, K.Y., et al., *Clinical pharmacist counseling improves outcomes for Taiwanese asthma patients*. Pharmacy world & science : PWS, 2010. **32**(6): p. 721-729.
- E167 - Morgado, M., S. Rolo, and M. Castelo-Branco, *Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomised controlled trial*. International journal of clinical pharmacy, 2011. **33**(1): p. 132-140.
- E168 - Poon, L.H., et al., *Pharmacist's role in a Parkinson's disease and movement disorders clinic*. American Journal of Health-System Pharmacy, 2012. **69**(6): p. 518-520.
- E169 - Bisharat, B., et al., *Pharmacist counseling to cardiac patients in Israel prior to discharge from hospital contribute to increasing patient's medication adherence closing gaps and improving outcomes*. Journal Of Translational Medicine, 2012. **10**: p. 34-34.
- E170 - Ruppert, T.M., *Randomized pilot study of a behavioral feedback intervention to improve medication adherence in older adults with hypertension*. The Journal of cardiovascular nursing, 2010. **25**(6): p. 470-479.
- E171 - Roberts, N.J. and M.R. Partridge, *Evaluation of a paper and electronic pictorial COPD action plan*. Chronic Respiratory Disease, 2011. **8**(1): p. 31-40.
- E172 - Paradis, V., et al., *The efficacy of a motivational nursing intervention based on the stages of change on self-care in heart failure patients*. The Journal of cardiovascular nursing, 2010. **25**(2): p. 130-141.
- E173 - Chaudhary, N., et al., *Impact of a patient support program on mesalamine adherence in patients with ulcerative colitis [abstract]*. Gastroenterology, 2009. **136**(5 Suppl 1): p. A178-A178.
- E174 - Brooks, D., et al., *Predictors of participant adherence and retention in the African American Study of Kidney Disease and Hypertension*. Nephrology Nursing Journal, 2008. **35**(2): p. 133-142.
- E175 - Bhosle, M., et al., *Human growth hormone treatment: Synthesis of literature on product delivery systems and administration practices*. Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 2011. **16**(1): p. 50-63.
- E176 - Matthias, M.S., et al., *Self-management support and communication from nurse care managers compared with primary care physicians: a focus group study of patients with chronic musculoskeletal pain*. Pain Management Nursing, 2010. **11**(1): p. 26-34.