



ORIGINALES



Preservar a Autonomia na tomada da terapêutica

Margarida *Sotto Mayor*,¹ Gorete *Reis*,² Manuela *Leite*³

¹Hospital Magalhães Lemos (EPE), Porto, Portugal. ²Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus, CIIS, Évora, Portugal. ³Instituto De Ciências da Saúde (CESPU), Gandra, Portugal

Manuscrito recibido el 3.12.2014

Manuscrito aceptado el 17.12.2014

Presencia 2014 jul-dic; 10(20)

Cómo citar este documento

Sotto Mayor, Margarida; Reis, Gorete; Leite, Manuela. Preservar a Autonomia na tomada da terapêutica. Rev Presencia 2014 jul-dic, 10(20). Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n20/p10183.php>> Consultado el 11 de Marzo de 2015

Resumo

As alterações demográficas e o aumento das doenças mentais, contribuíram para o difícil controlo da toma de medicamentos pelas pessoas com compromisso cognitivo leve. A visita domiciliária permite uma maior vigilância. Objetivos: Reduzir os riscos associados ao uso inadequado de medicamentos em casa; Apresentar os resultados da implementação do programa "Preservar a autonomia na

Abstract (Preserve Autonomy in Taking of Medication)

Demographic change and the increase of mental disorder contribute to the difficulty of controlling the taking of medication of those with mild cognitive impairment and the home visit allows the surveillance. Objectives: To reduce risks associated with the misuse of medication in the household; to present the program Preserve Autonomy in Taking of Therapeutic (PAT) implementation results. Description and intended to rehabilitate older people is were subject to periods of hospitalization. Descriptive design. Sample of 100 persons. Results: Majority are female, autonomous, takes medication, and is receptive to home nursing intervention. Conclusions: The programs that monitor the taking of medication at home provided by nurses, can help improve older people's quality of life, reduce hospitalizations and promote elderly patient safety. **Key-words:** Rehabilitation/ Medication/ Elderly people.

Financiado pelo Repositório Científico da Universidade de Évora

COBE

Interscience Citation Index Expanded

que por motivos de saúde foram internados em um hospital. Metodologia: Este é um estudo descritivo com uma amostra de 100 indivíduos. Resultados: A maioria é mulher, autónoma, aderente à tomada da medicação e receptiva à intervenção dos enfermeiros no domicílio. Conclusões: Os programas de monitorização da tomada de medicação no domicílio, feitos pelos enfermeiros, permitem melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, reduzem as hospitalizações e promovem a segurança dos doentes idosos.

Palavras chave: Reabilitação/ Terapêutica/ Idosos.

Resumen (Preservar la autonomía en la toma de medicamentos)

El cambio demográfico y el aumento de las enfermedades mentales, contribuyen a la dificultar del control de la toma de la medicación en las personas que presentan deterioro cognitivo leve. La visita domiciliaria permite hacer una mayor vigilancia. Objetivos: Disminuir los riesgos asociados al uso inadecuado de fármacos en el domicilio; demostrar los resultados de Preservar la Autonomía en la Toma de Medicamentos (PAT). Descripción y procedimientos: PAT tiene como objetivo rehabilitar a las personas mayores que por motivos de salud han estado ingresadas en un hospital. Metodología: Se trata de un diseño

descritivo, em uma amostra de 100 sujeitos. Resultados: A maioria são mulheres, autônomas, com adesão terapêutica e receptiva a la intervenção de enfermagem domiciliar. Conclusões: Los programas de seguimiento en el control de la medicación, en el contexto del domicilio y realizados por enfermeros, permiten mejorar la calidad de vida, reducen los internamientos y promueven la seguridad de las personas mayores enfermas.

Palabras clave: Rehabilitación/ Terapêutica/ Personas mayores.

Introdução

A necessidade de fazer face às crescentes exigências na procura de saúde, na sequência das atuais alterações demográficas,¹ dos padrões de morbilidade, dos elevados gastos com a saúde e da necessidade de redução da despesa pública por parte do Estado, levou a que se agilizasse o sistema de saúde e se conduzisse esta responsabilidade de cuidar, cada vez mais, para as famílias. Assim, nos casos de maior fragilidade funcional, cognitiva ou social, ativa-se o serviço de visita domiciliária e um dos objetivos da visita domiciliária em enfermagem é o controlo da medicação.

A toma não adequada da terapêutica é considerada um problema de saúde pública,² tendo em consideração os custos para o doente e para o sistema de saúde.³ O apropriado cumprimento da prescrição médica está relacionado com diferenças de género, educacionais, regionais e de qualidade de vida.² Park, Morrell, Frieske, & Kincaid,⁴ acrescentam a importância da compreensão por parte do doente, a memória de trabalho e a memória prospetiva. No entanto, na perspectiva de Tiesca-Molina et al.,² ainda existem muitos casos que escapam ao conhecimento público porque as pessoas têm fraca adesão ao sistema de saúde. Para além disso, não são conhecidos modos de avaliação destas situações no domicílio, devendo no entanto ser estudada a avaliação dos benefícios da terapêutica, particularmente em pessoas idosas.⁵

Phillips et al.³ defendem a avaliação dos hábitos de toma da medicação por parte dos profissionais de saúde, no sentido de prever a adesão a tratamentos de longa duração, tendo em consideração a importância da adesão ao tratamento na promoção da saúde. Às pessoas idosas habitualmente está associada a polifarmácia e nem sempre esta associação (consumo de fármacos), está bem controlada por outros.⁶ As mudanças fisiológicas que ocorrem com o envelhecimento afetam o metabolismo, a absorção, a distribuição e excreção de drogas pelo organismo dos mais velhos.^{6,7} Em casos mais extremos a polimedicação pode ser a responsável por situações de *delirium*,⁸ sendo cada vez mais necessário realizar ensinamentos e treinos personalizados às pessoas que se encontram nestas condições. A educação para a saúde é um pilar fundamental para a melhoria da qualidade de vida destas pessoas.

Da evolução demográfica das últimas décadas espera-se que o número de pessoas idosas aumente e na sequência aumente também proporcionalmente o número de perturbações mentais. E, embora se conheçam perspectivas mais positivas do envelhecimento, debruça-se esta intervenção sobre aqueles que tiveram pior capacidade de adaptação,⁹ e por isso recorreram ou foram conduzidos aos serviços de urgência.

Na continuidade desse acréscimo populacional, com estas características e do crescendo de famílias monoparentais, cada vez mais haverá pessoas idosas a viverem sós. Esta constatação levou a que se criasse um programa de promoção da autonomia na toma da terapêutica e se aplicasse aos idosos que tiveram um episódio de internamento recente, tendo em consideração por um lado, a importância do desenvolvimento de comportamentos promotores da adesão e adequação ao tratamento,³ e por outro, as implicações nefastas da não-adesão.

Nesta organização, o protocolo de avaliação a que são sujeitas as pessoas idosas com o objetivo de avaliar a sua capacidade para viverem sozinhas em casa, integra aspetos da história clínica, referência e motivo de consulta, história do adoecer pessoal e antecedentes familiares, exame físico e mental,¹⁰ exames subsidiários, diagnóstico provável, prognóstico e plano de intervenção. A avaliação das atividades de vida diária e instrumentais também é realizada.¹¹⁻¹³ A preparação da terapêutica é uma dessas atividades instrumentais (AIVDS) que têm que ser avaliadas para monitorizar a capacidade da pessoa viver sozinha em casa. Com esta avaliação reduzem-se os riscos associados com a troca e/ou má utilização de fármacos¹⁴ e, conseqüentemente, aumenta-se a segurança em contexto domiciliário.

A reflexão incide sobre a capacidade dessas pessoas fazerem a seleção dos fármacos segundo prescrição médica¹⁴ e de manipularem com precisão algumas das apresentações medicamentosas. Questiona-se sobre se o seu estado mental lhes permite recuperar a funcionalidade e retomar a tarefa de preparar a terapêutica suspensa aquando da entrada no hospital. Coloca-se a dúvida quer da continuidade terapêutica¹⁴ quer da segurança acerca do uso de fármacos.

O objetivo desta investigação foi diminuir os riscos associados ao uso inadequado da medicação após a alta hospitalar de pessoas que tiveram um período de internamento e apresentar os resultados de um programa de promoção da autonomia na toma da terapêutica, em contexto domiciliário.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, com uma amostra de 100 pessoas seguidas no contexto de acompanhamento por enfermagem domiciliar num hospital da Zona Norte de Portugal.

O "preservar a autonomia na toma da terapêutica" foi aplicado no biénio 2013/2014 com o objetivo de avaliar a competência da pessoa idosa para preparar a sua terapêutica aquando da alta. Os intervenientes do programa são os enfermeiros que se deslocam a casa e controlam a preparação da medicação e a sua toma.

Os critérios de inclusão nesta investigação pressupõem uma avaliação prévia com os seguintes instrumentos: 1) Mini Mental State Examination;¹⁵ 2) Índice de Barthel¹² e 3) Índice de Lawton¹³ que não são objeto de análise nesta investigação, mas que fazem parte do processo de diagnóstico. Foi critério de inclusão neste programa: 1) ser pessoa idosa com autonomia nas

atividades de vida diária básicas e instrumentais; 2) Ter tido internamento recente; 3) Viver só ou ser o responsável pela sua medicação e 4) Saber ler.

Os procedimentos da aplicação do programa incluem:

- 4) Orientar a pessoa idosa em relação à hora do dia;
- 5) Associar a toma da terapêutica com a toma de uma refeição;
- 6) Conduzir a pessoa ao local onde guarda a sua medicação;
- 7) Proporcionar à pessoa a escolha do seu saco de medicamentos;
- 8) Dar à pessoa idosa o guia terapêutico;
- 9) Oferecer um recipiente para colocar o (s) medicamento (s);
- 10) Pedir à pessoa que diga em voz alta que medicamento (s) vai tomar e quando vai tomar;
- 11) Permanecer junto da pessoa idosa durante a preparação da medicação;
- 12) Aceitar que a pessoa idosa refira toda a medicação que está a fazer sem interferir.

Em contexto domiciliário utilizam-se estes procedimentos acima referidos e a avaliação da tarefa de preparar a terapêutica é da responsabilidade do enfermeiro que fornece ao doente recém-chegado ao domicílio, um guia terapêutico em papel, prescrito pelo médico, a partir do qual o doente se orienta para realizar a tarefa em avaliação. Os parâmetros para avaliar a preparação da terapêutica são: 1) "prepara adequadamente", 2) "prepara adequadamente embora hesite" e 3) "prepara mas pede ajuda". Estes parâmetros utilizados mostram um crescendo de dificuldade.

Caso os resultados desta primeira parte sejam positivos ("prepara adequadamente"), deve reforçar-se a pessoa até haver 2 a 3 preparações com sucesso e, nestas condições, o programa termina ao fim de 7 dias, inclusive. No entanto, se o doente prepara, não pede ajuda e erra sem consciência do erro, deve ser reavaliado na globalidade e muda-se a modalidade de intervenção que passa de avaliação para treino de competências, durante mais 7 dias. Se mesmo assim, erra ou parece não compreender como executar a tarefa, esta deverá ser delegada em alguém. No final de cada operação corretamente realizada pelo doente, reforça-se o sucesso.

Após esta avaliação, o enfermeiro procede ao registo no processo clínico. Estes registos devem mencionar sempre em que dia do programa o doente se encontra, para haver acesso fácil aos resultados obtidos pelo doente. Regista-se sequencialmente até atingir 7 dias de programa de promoção da autonomia na toma de terapêutica. Se tudo decorreu favoravelmente, considera-se que a pessoa está capaz de preparar a sua terapêutica. Caso haja algum tipo de erro, repete o programa durante mais 7 dias e, se aquele permanecer, só após a informação dada pelo enfermeiro, em notas de evolução domiciliária, se poderá providenciar a ajuda de alguém da família para preparar a terapêutica, em casa, com a orientação do enfermeiro assistente que alerta para os resultados do programa.

Resultados

Neste programa (PAT) foram envolvidas 100 pessoas idosas que tiveram um episódio de internamento e estiveram por algum tempo privadas da preparação da sua própria terapêutica. Fizeram-se um total de 425 visitas domiciliárias, nas quais, se colheram informações que permitiram fazer a caracterização das atividades globais nesse contexto de visita (avaliação, seguimento, treino e suporte emocional), todas elas realizadas por enfermeiros especialistas na área de saúde mental acompanhados de enfermeiros generalistas.

Relativamente à caracterização sociodemográfica dos idosos verificou-se que, 75% era do género feminino e 25% do género masculino. Destes idosos, 74% vivia com supervisão esporádica de vizinhos/amigos, sendo que, a maior percentagem dos idosos se situava entre os 70 e 90 anos. Tinham baixa escolaridade, 63% apresentava menos que a 4.ª classe, 30% a 4ª classe e apenas 7% tinham uma escolaridade superior ao 1.º ciclo do ensino básico. A maioria dos idosos (54%) era viúva, seguida de solteiros (42%), os restantes distribuíam-se por separados (9%). Os grupos profissionais em que outrora se integravam apresentavam uma escassa diferenciação, sendo categorizados como trabalhadores rurais (25%), domésticos (65%) ou operários da construção civil (10%). Quanto à avaliação funcional verificou-se que as pessoas idosas visitadas eram totalmente autónomas e parcialmente dependentes nas atividades instrumentais mas essa dependência parcial não afetava a preparação da medicação.

Em relação à avaliação breve do estado mental, verificou-se que a maioria dos idosos integrados neste programa (80%), não apresentava comprometimento cognitivo nem funcional considerável. Um pequeno grupo de pessoas (20%) estava orientado no espaço e suborientado no tempo e a este foram ensinadas estratégias para orientação diária como por exemplo a utilização de quadro negro ou calendário, utilização de agendas etc. Destes, 10 pessoas (50%), apresentavam ligeira suborientação sem significado patológico e algumas dificuldades de concentração/atenção na tarefa que comprometiam o cálculo, a verificação das horas e, por isso, também comprometiam a gestão da terapêutica ao longo do dia. Para este grupo de 10 pessoas planeou-se a visita domiciliária com uma frequência diária durante dois meses. Esta redução do intervalo de visita permitiu a avaliação/treino intensivo pelo que no final do programa apenas uma pessoa foi excluída da atividade de preparar a terapêutica por se considerar que não reunia as condições mínimas para continuar a assumir esta tarefa.

Quanto à aplicação do programa em si, aos 100 idosos, verificou-se que 80% dos idosos preparava adequadamente a terapêutica sem recurso a ajuda de terceiros. As 20 pessoas (20%) restantes integraram o programa de visita diária e nestes, os resultados indicaram que 10 pessoas (50%), ao fim de 3 visitas, melhoraram na autonomia da toma da terapêutica e assumiram a tarefa sob vigilância dos vizinhos/amigos. As outras 10 pessoas, com mais dificuldades e que erraram na preparação de terapêutica, permaneceram na visita diária até ao final do programa. Os resultados indicaram que 70% destes idosos hesitaram na preparação da terapêutica, 20% pediu ajuda para realizar a tarefa e só depois preparou a respetiva medicação e apenas uma pessoa mostrou extrema dificuldade na sua preparação [ver *Quadro 1*].

Crítérios de Avaliação da tomada da Terapêutica	n	%
Prepara adequadamente	60	60,00
Prepara adequadamente embora hesite	18	18,00
Prepara mas pede ajuda	12	12,00
Erra na preparação da terapêutica	10	10,00
Total	100	100,00

Quadro 1. *Crítérios de avaliação na preparação da terapêutica*

Da totalidade da amostra, das estratégias usadas pelos 100 idosos para identificar o fármaco, verificou-se que 40% identificou o fármaco pela cor, 12% selecionou o fármaco pela forma, 22% fez a leitura do invólucro e verificou também a cor, 18% fez a leitura do nome do fármaco e 10% realizou a tarefa silenciosamente. Estas estratégias quando conhecidas pelos visitantes podem ser potenciadas na educação para a saúde promovendo a melhoria da qualidade de vida dos idosos dependentes [ver *Quadro 2*].

Estratégia de Identificação do fármaco	n	%
Identifica o fármaco pela cor do medicamento	40	40,00
Identifica o fármaco pela forma	12	12,00
Faz a leitura do invólucro + cor do fármaco	22	22,00
Faz a leitura do invólucro	18	18,00
Prepara silenciosamente	10	10,00
Total	100	100,00

Quadro 2. *Estratégia de identificação do fármaco usadas pelos idosos*

Discussão

Avaliámos uma população maioritariamente feminina, com predomínio de viúvas, de baixo nível sócio cultural, praticamente sem compromisso funcional, sem alterações cognitivas significativas. Estes dados contribuem para a noção de que embora a idade seja um fator de risco para a autonomia,¹⁶ a necessidade de realizar algumas tarefas e o assumir de responsabilidades pode tardar o défice cognitivo e preservar a funcionalidade das pessoas mais velhas. É de realçar que alguma desobrigação social, nomeadamente na prática das atividades funcionais, pode conduzir a perda cognitiva progressiva, situação evitável com atitudes de estimulação.¹⁷ A estas situações aliam-se as alterações cerebrais decorrentes do processo normativo de senescência com implicações cognitivas, nomeadamente na Memória Prospetiva (MP).

De acordo com Rose, Rendell, McDaniel, Aberle, & Klie,¹⁸ a MP é importante no desenvolvimento das tarefas quotidianas, incluindo a recordação da toma de medicação a uma determinada hora, sendo que a regularidade das tarefas e a existência de pistas específicas potenciam a recuperação espontânea da intenção de desencadeamento da tarefa, isto é, tomar medicação ao pequeno-almoço, por exemplo. Por outro lado as tarefas mais irregulares ou que envolvam um processamento menos focal implicam uma monitorização estratégica da tarefa e foi precisamente isto que se pretendeu com o programa "Preservar a autonomia na toma da terapêutica", avaliar a preparação e toma autónoma da medicação.

As diferenças de género encontradas no comportamento de adesão vão de encontro aos resultados obtidos por Tuesca-Molina et al.,² constatando nos seus estudos em visitas domiciliárias que as mulheres tinham um maior cumprimento dos programas terapêuticos. A situação de risco na preparação da terapêutica foi o principal objeto de análise e o investimento, na avaliação, no treino e na promoção das competências para a tarefa instrumental de preparação da terapêutica deve ser potenciada, sobretudo quando se interrompe a rotina diária de preparação da medicação por algum tempo, como é o caso de episódios de internamento hospitalar. Num estudo recente sobre erros de medicação refere-se que 12% dos doentes sofrem algum efeito adverso nas primeiras duas semanas após a alta hospitalar.¹⁴

A utilização de estratégias cognitivas externas (organização da medicação) e o reforço positivo dado às pessoas nesta investigação, potenciaram os resultados positivos à semelhança do estudo desenvolvido por Park et al.⁴ com 61 idosos. Os resultados por eles obtidos, evidenciaram o aumento dos erros por omissão diretamente proporcional à idade, reforçando a importância da Memória Prospetiva na adesão ao tratamento, assim como, das ajudas cognitivas externas (e.g. organizador de medicamentos; prescrição com plano terapêutico). Um estudo, mais recente, desenvolvido por Woods et al.¹⁹ confirma a importância da MP no manuseamento bem-sucedido dos medicamentos.

Esta intervenção em casa, traduz uma abordagem multidimensional com idosos e é possível de replicar noutros contextos. Ficou evidente a necessidade de supervisão de enfermagem em visita domiciliária e a oportunidade de reabilitar o grupo com maior dificuldade ficando a ideia de que deve-se reavaliar regularmente o plano terapêutico, confirmando o seu cumprimento, evitando assim acidentes desnecessários. Uma gestão adequada do regime farmacológico constitui um foco de primordial importância, atendendo à sua elevada correlação com a eficácia da terapêutica e à necessidade da vigilância da polimedicação a que a maioria da população idosa se encontra exposta.

Conclusões

A promoção da saúde da pessoa idosa no domicílio está dependente, em grande parte, de uma adequada toma da terapêutica pelo que, a devida preparação dos idosos para esta atividade constitui uma medida elementar de precaução de segurança e de garantia de um cuidado de qualidade.

O acompanhamento das pessoas mais velhas através da visita domiciliária facilita o diagnóstico precoce, possibilita a prevenção de situações de risco para a saúde da pessoa dependente e promove, simultaneamente, a preservação da funcionalidade da pessoa através da informação/formação/treino destes num contexto de continuidade de cuidados.

A deteção de situações de risco e posterior reencaminhamento para recursos da comunidade, apoio domiciliário, médico/enfermeiro de família, ilustra o grande esforço no estabelecimento de uma ótica de rede, potenciando os recursos sociais e familiares disponíveis, promovendo a qualidade de vida para os idosos em regime de ambulatório. A avaliação precoce dos aspetos funcionais e mentais, proporciona uma intervenção atempada e permite que os idosos envolvidos no programa, prolonguem a sua autonomia,¹¹ preservem competências nos períodos de pós internamento e reduzam a ocorrência de riscos²⁰ desnecessários ao ministrarem a si próprios fármacos mal preparados, em contexto domiciliário.

Por outro lado, os enfermeiros envolvidos no programa experimentaram satisfação²¹ com a atividade desenvolvida estando assim mais despertos para as atitudes de reabilitação com os idosos. A equipa reconhece a importância da integração dos princípios de reabilitação a todos os níveis de intervenção e promove intervenções para que os idosos preservem a funcionalidade na toma da terapêutica.

Referências bibliográficas

1. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet* [Internet]. Elsevier Ltd; 2009 Oct 3 [cited 2014 Nov 3]; 374(9696): 1196-208. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2810516&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
2. Tuesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Graciani-Pérez Regadera A. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2006 May [cited 2014 Nov 30]; 20(3): 220-7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021391110671490X>.
3. Phillips AL, Leventhal H, Leventhal EA. Assessing theoretical predictors of long-term medication adherence: Patients' treatment-related beliefs, experiential feedback and habit development. *Psychol Heal*. 2013; 28(10): 1135-51.
4. Park DC, Morrell RW, Frieske D, Kincaid D. Medication Adherence Behaviors in Older Adults: Effects of External Cognitive Supports. *Psychol Aging*. 1992; 7(2): 252-6.
5. Senim U, Cherubini A. Functional status and quality of life as main outcome measures of therapeutic efficacy in the elderly. *Arch Gerontol Geriatr*. 1996; 5: 567-72.
6. Relvas J. Psicofarmacologia das pessoas idosas in *Psicogeriatrics*. 1st ed. Coimbra: Edições Horácio Firmino; 2006.
7. Péhourcq F, Molimard M. Pharmacocinétique chez le sujet âgé. *Revue des Maladies Respiratoires. Pneumol la Pers âgée*. 2004; 21(5): 25-32.
8. Stoppe G. S48-01 Risks of delirium in polymedicated elderly patients. *Eur Psychiatry*. 2009; 24(1): S242.
9. Hess TM, Leclerc CM, Swaim E, Weatherbee SR. Aging and Everyday Judgments: The Impact of Motivational and Processing Resource Factors. *Psychol Aging*. 2009; 24(3): 735-40.
10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12(3): 189-98.
11. Botelho MA. *Autonomia Funcional em Idosos. Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. 1st ed. Porto: Laboratórios Bial; 2000.
12. Collins C, Wade DT, Davies S, Horne V. The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*. 1988; 10: 61-3.
13. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969; 9(3): 179-86.
14. Delgado Sánchez O, Anoz Jiménez L, Serrano Fabiá A, Nicolás Pico J. Conciliación de la medicación. *Med Clin (Barc)*. 2007; 129(9): 343-8.
15. Guerreiro M, Silva AP, Botelho MA, Leitão O, Castro-Caldas A, Garcia C. Adaptação à população portuguesa na tradução do "Mini Mental State Examination" (MMSE). Coimbra: Reunião da Primavera da Sociedade Portuguesa de Neurologia; 1994.
16. Neri LA. *Desenvolvimento e envelhecimento*. São Paulo: Papyrus; 2001.
17. Melo G. Apoio ao doente no domicílio. A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal. Porto: Lidel; 2005. p. 183-98.
18. Rose NS, Rendell PG, McDaniel MA, Aberle I, Klie M. Age and Individual Differences in Prospective Memory During a "Virtual Week": The Roles of Working Memory, Vigilance, Task Regularity, and Cue Focality. *Psychol Aging*. 2010; 25(3): 595-605.
19. Woods SP, Weinborn M, Maxwell BR, Gummery A, Mo K, Ng ARJ, et al. Event-based prospective memory is independently associated with self-report of medication management in older adults. *Aging Ment Health*. 2014; 18(6): 745-53.
20. Delgado Sánchez O, Martínez López I, Crespi Monjo M, Serra Soler G. Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. *Farm Hosp*. 2008; 32(2): 63-4.
21. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2005 Feb [cited 2014 Nov 23]; 42(2): 211-27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15680619>.



| [Menú principal](#) | [Qué es Index](#) | [Servicios](#) | [Agenda](#) | [Búsquedas bibliográficas](#) | [Campus digital](#) | [Investigación cualitativa](#) | [Evidencia científica](#) | [Hemeroteca Cantárida](#) | [Index Solidaridad](#) | [Noticias](#) | [Librería](#) | [guid-INNOVA](#) | [Casa de Mágina](#) | [Mapa del sitio](#)

FUNDACION INDEX Apartado de correos nº 734 18080 Granada, España - Tel/fax: +34-958-293304 