

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**A Polimedicação em Idosos: Reconciliação Terapêutica
Ferramenta para a Gestão do Processo Terapêutico**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmento

Orientadores

Professora Doutora Carmen Leal

Professora Doutora Maria João Monteiro



Vila Real, 2018

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

**A Polimedicação em Idosos: Reconciliação Terapêutica
Ferramenta para a Gestão do Processo Terapêutico**

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Maria Emília Lopes Gonçalves Sarmento

Orientadores

Professora Doutora Carmen Leal

Professora Doutora Maria João Monteiro

Composição do Júri:

Professora Doutora Carla Susana Marques

Professora Doutora Maria José Rainho

Professora Doutora Carmem Leal

Vila Real, 2018

Este trabalho foi expressamente elaborado como dissertação original para efeito de obtenção do grau de Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, sendo apresentado na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Parte dos resultados desta dissertação foi utilizada para a realização de um artigo, apresentado em Congresso Internacional.

Sarmiento, Emilia; Leal, Carmem; Monteiro, M. João. *Information technology in the process of managing polypharmacy in elderly patients*. CENTERIS - International Conference on ENTERprise Information System/ProjMAN - International Conference on Project MANagement/HCist - International Conference on Health and Social Care Information Systems and Technologies, CENTERIS/ProjMAN/HCist 2017, 8-10 November 2017, Barcelona, Spain.

“ Os doentes querem ter acesso a cuidados de qualidade, e a que lhes garantam que os prestadores utilizam nas suas decisões a melhor informação factual disponível que a ciência médica pode oferecer e a tecnologia mais apropriada para assegurar eficiência e segurança clínica aumentada”.

(Estados Membros da Região Europeia da WHO, 2008, p.57)

AGRADECIMENTOS

Uma aventura como esta é feita de vários contributos em que muitos participam, uns de forma mais direta, outros de forma menos direta, mas não menos importante, a todos quero agradecer.

À Professora Doutora Carmem Leal, minha orientadora, pela delicadeza com que sempre me tratou e apoiou.

À Professora Doutora Maria João Monteiro, minha coorientadora, pelo carinho, disponibilidade e pelo cuidado na revisão do texto.

À população da minha terra que, indelevelmente, me motivou sempre a saber mais para fazer melhor.

À Teresa Carvalho, pela formatação do texto.

Ninguém faz nada sozinho...e eu também não, pelo que este trabalho é uma parceria com a vida, com o tempo e as suas circunstâncias.

Agradeço aos amigos... aqueles que são mais confidentes, aos idosos... envolvidos no estudo e que vivenciam no seu dia a dia a vida ... aos autores... que produziram as bases da pesquisa, aos conhecidos e aos desconhecidos... por me fazerem aquilo que sou, e a Deus... que me alimenta...

Agradeço à minha família - meu refúgio - é onde realmente eu sou... pelo apoio que sempre tive... obrigada.

A todos, o meu muito obrigada.

RESUMO

Globalmente, os sistemas de saúde evoluem para atingir três objetivos fundamentais: aumentar a qualidade dos cuidados, melhorar a acessibilidade e reduzir os custos, o que, embora não seja mutuamente exclusivo, pode ser muito difícil de equilibrar.

A medicação é, de longe, a forma mais comum de intervenção médica para muitas condições agudas e crônicas. A terapia medicamentosa pode ser altamente eficaz na prevenção de doenças ou na desaceleração da progressão da doença, com diretrizes para doenças únicas, recomendando o uso de uma variedade de tratamentos com medicamentos baseados em evidências. No entanto, muitas vezes há uma incompatibilidade entre as diretrizes de prescrição para condições médicas específicas e a variedade de complexidade clínica encontrada no idoso.

Além disso, o desperdício de medicamentos, em particular no que diz respeito à polimedicação nos idosos, está associado à falta de qualidade dos procedimentos implementados, representando um risco para a segurança do doente.

A polimedicação é comum nos idosos, sendo que quase 50% destes tomam um ou mais medicamentos que não são adequadas e/ou necessários. Nesse sentido, pretendemos apresentar as consequências negativas da polimedicação e as intervenções para melhorar a prescrição.

Foi realizado um estudo quantitativo com 594 idosos e verificou-se que 98% deles têm baixo nível de escolaridade, 87,4% refere um rendimento mensal inferior a 500 euros, 55,2% apresenta entre uma e quatro comorbilidades, sendo que 69,4% apresenta, pelo menos, uma patologia. Cerca de 77% apresenta uma patologia crônica, diagnosticada há mais de seis anos. O consumo diário de medicamentos prescritos (mais de três meses) é de 89,3% e apenas 36,6% refere-se a tomar menos de 5 medicamentos. Dos idosos, 51,7% esteve hospitalizado no ano anterior à aplicação do questionário. Cerca de 64,1% refere aderir com maior facilidade à prescrição do seu médico de família, mas 85% refere aderir parcialmente à medicação prescrita. E 40% refere como motivo da não adesão à terapêutica dificuldades económicas. No entanto, apenas 8,4% adquire medicamentos genéricos.

De acordo com os resultados, é possível concluir que o desperdício de medicamentos está associado à falta de qualidade dos procedimentos implementados, representando um risco para a segurança do doente. É necessário implementar e desenvolver (novas) tecnologias de informação para melhorar a gestão da informação de saúde e a prescrição farmacológica.

Palavras chave: Polimedicação; Idosos; Reconciliação terapêutica; Gestão; Tecnologias de informação.

ABSTRACT

Globally, health systems evolve to meet three fundamental objectives: increasing the quality of care, improving accessibility and reducing costs, which, while not mutually exclusive, can be very difficult to balance.

The medication is by far the most common form of medical intervention for many acute and chronic conditions. Medication therapy can be highly effective in preventing disease or slowing disease progression, with guidelines for single diseases recommending the use of a variety of evidence-based medication treatments. However, there is often a mismatch between the prescribing guidelines for specific medical conditions and the variety of clinical complexity found in the elderly. In addition, the wastage in medications, in particular as regards polypharmacy in the elderly, is associated with the lack of quality of procedures implemented, and is also closely related to errors in health, representing a risk to patient's safety. Polypharmacy is common in the elderly and that almost 50% of them take one or more drugs that are not adequate and/or necessary. Therefore, in this sense, we intend to present the negative consequences of polypharmacy and the interventions to improve the prescription of therapy.

A quantitative study was conducted with 594 elderly people and 98% of them had low educational level, 87.4% reported a monthly income below 500 euros, 55.2% had between one and four comorbidities, of which 69, 4% present at least one pathology. About 77% have a chronic condition diagnosed more than 6 years ago. The daily consumption of prescription drugs (more than three months) is 89.3% and only 36.6% refers to taking less than five medications. 51.7% were hospitalized the year before the questionnaire was applied. 64.1% reported adhering more easily to the prescription of their family doctor, but 85% reported adhering partially to the medication prescribed. Of the elderly surveyed, 40% reported economic difficulties as a reason for not adhering to the prescribed therapy. However, only 8.4% buy generic drugs. According to the results, it is possible to conclude that the waste of medicines is associated with the lack of quality of the implemented procedures, representing a risk to patient safety. It is necessary to implement and develop (new) IT in order to improve health information management and pharmacological prescription.

Keywords: Polypharmacy; Elderly; Therapeutic reconciliation; Management; Information technology.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| PENSAMENTO..... | v |
| AGRADECIMENTOS..... | vii |
| RESUMO..... | ix |
| ABSTRACT..... | xi |
| LISTA DE FIGURAS..... | xv |
| LISTA DE TABELAS..... | xvii |
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS..... | xix |
| INTRODUÇÃO..... | 1 |
| CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 7 |
| 1. ENVELHECIMENTO GLOBAL..... | 9 |
| 2. GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA..... | 11 |
| 3. O MEDICAMENTO E A POPULAÇÃO IDOSA..... | 14 |
| 3.1. Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas..... | 16 |
| 4. POLIMEDICAÇÃO..... | 19 |
| 5. RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA..... | 21 |
| 5.1. Ferramentas de apoio à reconciliação terapêutica..... | 26 |
| 5.1.1. Critérios explícitos..... | 28 |
| 5.1.2. Critérios implícitos..... | 31 |
| 6. PRESCRIÇÃO ELETRÓNICA DE MEDICAMENTOS..... | 33 |
| 7. GESTÃO E QUALIDADE EM SAÚDE..... | 35 |
| CAPÍTULO II – METODOLOGIA..... | 41 |
| 1. DESENHO DO ESTUDO EMPÍRICO..... | 43 |
| 1.1. Finalidade e objetivos..... | 46 |
| 1.2. Material e métodos..... | 49 |
| 1.2.1. Tipo de estudo..... | 50 |
| 1.2.2. Do universo de estudo à técnica de amostragem..... | 52 |
| 1.2.3. Instrumento de recolha de dados..... | 54 |
| 1.2.3.1. <i>Pré-teste</i> | 56 |
| 1.2.4. Procedimentos na recolha de dados..... | 56 |
| 1.2.5. Tratamento dos dados..... | 57 |

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 59 |
| 1. ANÁLISE ESTATÍSTICA | 61 |
| 1.1. Caracterização sociodemográfica | 61 |
| 1.2. Avaliação multidimensional da adaptação ao processo de saúde/doença . | 63 |
| 1.3. Avaliação multidimensional da atividade prescritiva | 67 |
| 2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 72 |
| CAPÍTULO IV – CONCLUSÕES | 75 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 81 |
| APÊNDICES | 97 |
| Apêndice A - Questionário | 99 |
| Apêndice B - Autorização da Comissão de Ética para realização do estudo | 105 |
| Apêndice C - Pedido de colaboração ao diretor executivo do ACeS Douro Norte | 111 |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1. Diagrama de causa e efeito | 38 |
| Figura 2. Ciclo PDCA | 39 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian..... | 37 |
| Tabela 2. População com 65 e mais anos do ACeS Douro 1 - Marão e Douro Norte | 52 |
| Tabela 3. Caracterização sociodemográfica..... | 62 |
| Tabela 4. Perceção dos idosos sobre o seu estado de saúde | 64 |
| Tabela 5. Perceção dos idosos sobre se sofrem de problemas de saúde de longa duração... | 64 |
| Tabela 6. Perceção dos idosos do número das suas comorbilidades..... | 64 |
| Tabela 7. Problemas de saúde de longa duração referidos pelos idosos | 65 |
| Tabela 8. Perceção dos idosos sobre o tempo médio em que foram diagnosticadas as doenças crónicas..... | 66 |
| Tabela 9. Perceção do idoso sobre ter sido hospitalizado no ano anterior à aplicação do questionário | 66 |
| Tabela 10. Perceção do idoso sobre o número de internamentos ocorridos no ano anterior à aplicação do questionário | 67 |
| Tabela 11. Perceção do idoso sobre a(s) causa(s) que motivaram o(s) internamento(s)..... | 67 |
| Tabela 12. Perceção do idoso em relação à expectativa de prescrição medicamentosa sempre que recorre a uma consulta médica | 68 |
| Tabela 13. Perceção do idoso sobre a medicação prescrita à qual tem maior facilidade de aderir | 68 |
| Tabela 14. Perceção do idoso sobre a aquisição da medicação prescrita | 68 |
| Tabela 15. Perceção do idoso sobre as causas da não aquisição da medicação prescrita na sua totalidade..... | 69 |
| Tabela 16. Perceção do idoso sobre quem habitualmente faz a aquisição do receituário prescrito | 69 |
| Tabela 17. Perceção do idoso sobre a aquisição de medicação de marca ou genéricos..... | 70 |
| Tabela 18. Perceção do idoso sobre o número diário de medicamentos prescritos há mais de 3 meses..... | 70 |
| Tabela 19. Medicação por grupos anatómicos, em usos diário, pelos idosos na data da aplicação do questionário | 71 |
| Tabela 20. Perceção do idoso sobre os gastos com a aquisição dos medicamentos prescritos..... | 72 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde
ACOVE - Assessing Care of Vulnerable Elders
ARS - Administração Regional de Saúde
CID - Classificação Internacional de Doenças
DGS - Direção Geral da Saúde
FORTA - Fit for the Aged
INE - Instituto Nacional de Estatística
INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e produtos de Saúde
INS - Inquérito Nacional de Saúde
MAI - *Medication Appropriateness Index*
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MSSS - Ministério da Solidariedade e da Segurança Social
NICE - National Institute for Health and Clinical Excellence
nº - número
NOC - Normas de Orientação Clínica
OMS - Organização Mundial da Saúde
p. - página
PDCA - Plan, Do, Check, Action
SHARE - *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPSS - *Statistical Package for the Social Science*
START - *Screening Tool to Alert Doctors to the Right Treatment*
STOPP - *Screening Tool of Older Person's Prescriptions*
TI - Tecnologias da Informação
WHO - World Health Organization

INTRODUÇÃO

Portugal, de acordo com os censos de 2011, apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa de 19,15% e uma população jovem de 14,9%. São cada vez mais os idosos que vivem sós (20%) e 40% vive apenas com outros idosos, representando cerca de 60% de idosos em situação de grande vulnerabilidade (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). A distribuição da população idosa em Portugal segue também a tendência da União Europeia, prevendo-se um aumento de 0,3% ao ano (Ministério da Solidariedade e da Segurança Social [MSSS], 2011). Em 2050, prevê-se que se acentue a tendência de involução da pirâmide etária, com 35,7% de pessoas com 65 e mais anos (INE, 2012).

Apesar de uma importante parcela dos idosos estar bem de saúde e de se verificar alguma variabilidade de opinião relativamente às alterações mais prevalentes nos idosos, mantém-se a percepção de que a maioria dos problemas identificados é de carácter crónico.

Os idosos consomem proporcionalmente cerca de três vezes mais medicamentos, na maior parte dos casos de uso crónico (Gokula & Holmes, 2012).

A definição de polimedicação tem sido múltipla, cada uma com as suas vantagens e desvantagens. Uma das razões para a falta de maior uniformidade conceptual fundamenta-se na dificuldade em determinar se a polimedicação deve ser vista numa perspetiva qualitativa ou quantitativa e, neste último caso, qual o número de fármacos que deve ser admitido como o ponto de *cut off* (Harugeri, Joseph, Parthasarathi, Ramesh & Guido, 2010). As várias definições quantitativas usadas vão desde a toma, durante o mesmo período de tempo, de cinco ou mais medicamentos (Fialova & Onder, 2009; Gnjjidic, Le Couteur, Kouladjian & Hilme, 2012; Hovstadius & Petersson, 2012), tendo estes números variado ao longo do tempo. Em geral, referem polimedicação como a toma de múltiplos medicamentos ou a toma do mesmo medicamento por um espaço temporal maior do que o aconselhado, tendo em conta o diagnóstico clínico, sendo cinco o número a partir do qual se consideraria polimedicação (Gokula & Holmes, 2012). Um aspeto importante, muitas vezes esquecido, é a necessidade de considerar todo o tipo de fármacos, não só os prescritos, mas também os não sujeitos a receita médica, os suplementos dietéticos bem como a automedicação (Hovstadius & Petersson, 2012). Os mesmos autores referem a toma de múltiplos medicamentos ou a toma do mesmo medicamento por um espaço temporal maior do que o aconselhado, tendo em conta o diagnóstico clínico (Gokula & Holmes, 2012).

A utilização múltipla de fármacos é comum, predispondo ao aparecimento de interações medicamentosas e potenciando os erros de medicação, diminuição da qualidade de vida e aumentando os gastos em cuidados de saúde.

O aumento dos custos na prestação dos cuidados de saúde, em regra acima das taxas de inflação, a busca de eficiência num ambiente cada vez mais competitivo e paradoxal de escassez e desperdício de recursos, cria a oportunidade para a procura de soluções de otimização dos recursos, sejam eles físicos, tecnológicos, humanos e, sobretudo, da prática clínica.

Um raciocínio corrente da gestão estratégica passa por avaliar quais as atividades que a organização pode e/ou deve explorar, em que condição o deve realizar e de que forma pode otimizar os custos/benefícios.

Em 2007, a American Pharmacists Association, juntamente com American Society of Health-System Pharmacists, atualizaram o conceito de reconciliação terapêutica, que havia surgido em 2002 nos Estados Unidos. Segundo estas duas entidades, a reconciliação terapêutica é o:

...processo de avaliação do regime terapêutico de um doente, sempre que há alteração do mesmo, com o objetivo de evitar erros de medicação, tais como omissões, duplicações, doses inadequadas, interações, assim como problemas de adesão. Este processo deve incluir a comparação entre a medicação atual e o regime terapêutico prévio e deve ocorrer em cada momento da transição entre cuidados de saúde, em que a medicação é ajustada, tendo ainda em conta a automedicação. (A. P. Santos & Domingos, 2013)

A tendência é para, cada vez mais, se encarar a decisão de encetar processos de mudança, nomeadamente através do imenso potencial que são as tecnologias de informação, como sendo uma alternativa estratégica na reconciliação terapêutica, para se poder retirar verdadeiros benefícios organizacionais e, principalmente, benefícios pessoais de saúde, tornando mais eficazes e efetivos os serviços prestados.

Assim, o objetivo da dissertação é demonstrar a importância e a pertinência da reconciliação terapêutica no que diz respeito à saúde da pessoa idosa, tendo por base uma amostra da população idosa do Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Douro 1 - Marão e Douro Norte, orientando-se pelos seguintes objetivos específicos: (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa do ACeS em estudo; (ii) caracterizar o perfil de saúde/doença na população idosa; (iii) caracterizar o perfil epidemiológico da polimedicação na população idosa; (iv) conhecer a adesão ao regime medicamentoso na população idosa.

Neste sentido, pretende-se dar contributo para a importância da utilização de critérios para boas práticas clínicas na prescrição medicamentosa através das novas tecnologias que conduzam a uma maior eficácia e eficiência do processo prescritivo, no sentido da formulação de políticas de gestão ajustadas aos desafios, exigências e necessidades da população idosa.

A pesquisa surge a partir da colocação de um problema, de uma necessidade sentida e de uma inquietação para a qual é essencial encontrar soluções, nomeadamente no que a polimedicação e suas consequências, no idoso, dizem respeito.

Fazer um estudo, numa amostra da população portuguesa, sobre “A polimedicação em idosos: Reconciliação terapêutica – Ferramenta para a gestão do processo terapêutico” foi um desafio equacionado a partir do conhecimento profissional sobre a perceção da saúde e da polimedicação do idoso, assim como dos principais fatores que para ela contribuem, considerando a reconciliação terapêutica um instrumento fundamental para prevenir intercorrências e otimizar a gestão do regime terapêutico prescrito, bem como a eficiência dos recursos de saúde.

Pode dizer-se que o principal interesse deste estudo não será efetuar generalizações, mas antes fornecer contributos para a reflexão e debate sobre os cuidados à população idosa, nomeadamente a gestão do regime terapêutico bem como a reconciliação terapêutica, tendo como ponto de partida a sua complexidade e singularidade. Assim, em oposição às afirmações universais e à explicação dos fenómenos numa causalidade linear, interessa, como refere Serrano (2004), “conhecer as realidades concretas nas suas dimensões reais e temporais, o aqui e o agora no seu contexto” (p.32).

Considerando estes pressupostos e sabendo que a epidemiologia se interessa tanto pelos fatores de risco como pelos fatores de prognóstico, ou seja, aqueles que se mostram capazes de influenciar o curso de uma doença (Bloch & Coutinho, 2002), ou mesmo pelos fatores protetores, consideramos imperioso identificar e descrever as características da polimedicação na população idosa e demonstrar a importância e a pertinência da reconciliação terapêutica, neste grupo populacional. Neste sentido, está subjacente o contributo simultâneo para a redução de custos em saúde, tema tão atual nos tempos conturbados em que vivemos.

De acordo com Lima (2012), toda a organização prestadora de serviços de saúde, dada a sua missão essencial a favor do ser humano, deve preocupar-se com a permanente melhoria, de tal forma que consiga uma integração harmónica das áreas médica, tecnológica, administrativa,

económica, assistencial e, se for o caso, das áreas docentes e de pesquisa. O consumo de vários medicamentos, tal como já referido, comporta riscos para o doente, pois aumenta a possibilidade de interação terapêutica e aumenta a possibilidade de erro aquando da sua utilização. A reconciliação terapêutica é um importante instrumento de gestão dos diferentes recursos de saúde, pelo que se considera relevante a pesquisa de dados que sustentem um debate sério sobre a gestão dos recursos de saúde finitos e da otimização da sua utilização assertiva.

Sendo assim, não resta dúvida que a área de saúde pública tem nesta temática particular interesse e preocupação, procurando fornecer informação sustentada num ambiente único e desafiador para a melhoria da qualidade e dos processos prescritivos (Lima, 2007). Esta investigação servirá de base e de contributo para debater a implantação de práticas de reconciliação terapêutica, nomeadamente através da potenciação das tecnologias de informação, contribuindo para programas de melhoria da qualidade prescritiva, como também na mudança das práticas organizacionais.

Enraizado numa perspetiva sistémica e holística, o estudo inclui uma revisão bibliográfica alargada, onde: (i) procedemos a uma recolha bibliográfica dos diferentes domínios do conhecimento, propostos anteriormente, para construir o retrato sociodemográfico e o perfil de saúde/doença da população idosa, nomeadamente da população em estudo; (ii) pretendemos fazer um breve percurso sobre o perfil epidemiológico da polimedicação, bem como da adesão ao regime medicamentoso, tendo por base a análise documental e a aplicação do inquérito construído para o efeito; (iii) desejamos analisar a importância da utilização de critérios de gestão para uma reconciliação terapêutica eficiente, nomeadamente potenciando o uso das novas tecnologias na atividade prescritiva; (iv) realizamos o enquadramento metodológico do estudo, com referência à justificação e objetivos, desenho do estudo, população/amostra, variáveis e sua operacionalização, instrumento de recolha de dados, pré-teste, procedimentos na recolha de dados e análise estatística; (v) efetuamos a apresentação e discussão dos resultados da investigação e, por fim, elaboramos as principais conclusões.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em consequência do envelhecimento amplamente documentado e divulgado pelas diferentes plataformas nacionais e internacionais, observa-se um aumento exponencial de comorbilidades e/ou multimorbilidade, com recurso a múltiplas especialidades médicas e consequente medicalização.

A toma de medicamentos prescritos pelo médico ou em automedicação, é um ato comum no quotidiano da população. A literatura internacional refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos. O plano nacional para a segurança do doente 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro) refere a existência de vários incidentes relacionados com a medicação e com elevados custos financeiros. A polimedicação é, portanto, uma realidade frequente na sociedade dos nossos dias, resultado da presença de inúmeras comorbilidades associadas à doença crónica, em especial no doente idoso (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

A reconciliação terapêutica assume um importante papel, já que é reconhecida como uma solução para a segurança do doente e, em particular, para a prevenção de erros de medicação (Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto) contribuindo para a segurança dos atos prescritivos.

Tendo em conta estes pressupostos, consideramos pertinente uma pesquisa de referenciais bibliográficos tendentes a fundamentar a nossa investigação relacionada com a gestão da prescrição terapêutica, pelos diferentes intervenientes na atividade prescritiva na população idosa, o que faremos neste capítulo.

1. ENVELHECIMENTO GLOBAL

A população mundial está a envelhecer, tendência que se deve, essencialmente, ao crescimento da população pertencente a faixas etárias mais avançadas, a um ritmo superior ao do resto da população, o que resulta num aumento da sua proporção relativa na população mundial. Estima-se que, em 2050, se tenha atingido os 2 mil milhões de pessoas que ultrapassam os 60 anos, representando 22% da população mundial, sendo que 400 milhões terão mesmo mais de 80 anos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2012).

As alterações na composição etária da população residente em Portugal e para o conjunto da UE 28 são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Neste contexto, segundo o INE (2015), Portugal apresenta no conjunto dos 28 Estados Membros:

- o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento;
- o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa;
- o 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013.

No século XXI, o envelhecimento começa a ser um paradoxo, por um lado configura uma história de sucesso, quer individual quer social, em que as pessoas vivem mais anos, por outro lado, é um desafio à sustentabilidade do sistema social e de saúde pública.

Esta tendência para o envelhecimento da população tem também repercussões a nível das causas de morte. Chegar à velhice implica ter saúde suficiente para o aumento efetivo de anos de vida, idealmente com ganhos na qualidade de vida, no entanto, não raras vezes, é acompanhada com alterações progressivas nas capacidades adaptativas de vária ordem, nomeadamente biológica, psicológica e social.

A OMS prevê que, no início da segunda metade do século XXI, tanto nos países desenvolvidos como em vias de desenvolvimento, as doenças cardiovasculares sejam as principais responsáveis pela mortalidade, enquanto o compromisso visual, a demência, a surdez e a osteoartrose serão as causas primordiais de incapacidade. Obviamente, estas alterações demográficas conduzirão a consequências sociais de elevada importância, pois o envelhecimento é praticamente indissociável da limitação da mobilidade, saúde física e mental debilitada e surgimento de doenças crónicas associadas à idade, o que requer cuidados geriátricos especializados, tanto a nível domiciliário como a nível diferenciado, nomeadamente a nível dos cuidados de saúde (OMS, 2012).

Os medicamentos contribuíram para que a esperança média de vida à nascença quase triplicasse nos últimos 100 anos. Contudo, os medicamentos nem sempre alcançam os objetivos terapêuticos a que se propõem e, por vezes, são causa de problemas de segurança, pois tal como refere Giddens (2013), a doença é uma construção social que pode ser medicalizada, desde uma dor ou emoção, a outra manifestação de sofrimento e mal-estar, a uma doença física qualquer.

O facto de uma doença ser crónica implica que não haja, num horizonte de médio prazo, forma de obtenção de cura e/ou melhoria, sendo necessário o uso continuado de medicamentos que estabilizem a sintomatologia e diminuam os seus efeitos, no entanto, os problemas farmacoterapêuticos decorrentes da medicação podem trazer resultados clínicos

negativos com elevados custos sociais. Hoje, estar doente, retira o protagonismo exclusivo ou principal ao médico na sua resposta eficaz à doença, mas implica uma cautela redobrada no processo de tomada de decisão prescritiva.

Nessa medida, o envelhecimento populacional que se tem vindo a registar tem implicações não só a nível demográfico e económico, mas também a nível da medicina, pois traz inúmeras implicações no diagnóstico e no processo prescritivo. Os idosos diferem bastante dos adultos mais jovens, o que poderá afetar o uso apropriado do medicamento (McLean & Le couteur, 2004).

A definição de pessoa idosa, neste trabalho, será todos aqueles cuja idade está acima dos 65 anos de idade, grupo este que se caracteriza por ter uma redução da atividade dos sistemas fisiológicos, uma fragilidade e suscetibilidade maior à doença, uma maior prevalência de morbilidades quer diagnosticadas, quer assintomáticas, um uso aumentado do consumo de medicação devido às patologias, um risco elevado de ocorrência de reações adversas à medicação, mas também uma experiência de vida e visão económica, social e cultural diferente, o que condiciona as suas expectativas para a terapêutica e a sua adesão a esta (Crome, 2003; Hobson, 1992).

2. GESTÃO DA DOENÇA CRÓNICA

As síndromes geriátricas referem-se a condições de saúde de origem multifatorial que surgem por consequência do envelhecimento, cuja deterioração acumulada leva a problemas em vários sistemas, potenciando a vulnerabilidade e fragilidade da pessoa idosa. Nestes casos, o doente idoso apresenta sintomas que são difíceis de atribuir a uma patologia inicial (Carlson, Merel & Yukawa, 2015; Olde Rikkert, Rigaud, van Hoeyweghen & De Graaf, 2003). À medida que os danos acumulados progridem, o doente idoso experiencia uma diminuição da qualidade de vida, que pode resultar numa "cascata de dependência" (Carlson et al., 2015).

As pessoas idosas tendem a ter mais doenças do que as pessoas jovens. As doenças não infecciosas ou crónico-degenerativas são dependentes, em parte, das inevitáveis alterações do processo de envelhecimento, mas sobretudo dos estilos de vida adotados por cada indivíduo ao longo da vida.

Para a OMS, as doenças crónicas são doenças “que têm 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” (World Health Organization [WHO], 2003, p.4).

O relatório da WHO (2015) refere que são necessárias medidas governamentais para alcançar as metas mundiais que visam a redução da carga das doenças crónicas não transmissíveis e prevenir os 16 milhões de mortes prematuras (antes dos 70 anos) causadas pelas cardiopatias e pneumopatias, acidentes cerebrovasculares, carcinoma e diabetes. O relatório assinala, ainda, que a maioria das mortes prematuras por doenças crónicas não transmissíveis é evitável.

As patologias crónicas são atualmente mais facilmente identificadas pelas novas técnicas de diagnóstico. Estas patologias ao requererem cuidados de saúde diferenciados e contínuos têm impacto significativo nos custos da saúde, sendo os idosos aqueles que consomem mais medicamentos, na maior parte dos casos de uso crónico. A utilização múltipla de fármacos é comum, muito em consequência da simultaneidade de várias doenças crónicas, de múltiplos prescritores, de alterações da capacidade cognitiva, de diferentes situações económicas e, nalguns casos, de automedicação, predispondo ao aparecimento de interações medicamentosas e potenciando os erros de medicação, hospitalizações ou mesmo a morte (Soares, Fernandez-Llimos, Cabrita & Morais, 2011).

As doenças crónicas impõem, portanto, custos muito elevados em termos humanos, sociais e económicos bem como dos sistemas de saúde e sociais, pelo que se impõem diferentes formas de gestão, nomeadamente a nível de abordagem.

Tal como refere Caetano (2004), ao contrário de uma política de saúde centrada na doença e não na pessoa, de uma gestão clínica fragmentada (gestão de procura, gestão da utilização, gestão da doença), em que temos uma cultura, processos e sistemas de informação apoiados em episódios isolados de doença aguda e não em processos longitudinais de doença crónica, deveríamos antes adotar uma política de saúde que, como pedra basilar, tivesse como propósito, e de acordo com o que Caetano (2004) descreve:

- (i) impulsionar a adesão das pessoas ao plano de cuidados, reduzindo a morbilidade e melhorando o status funcional;
- (ii) melhorar a satisfação das pessoas, através de um acompanhamento individualizado;
- (iii) melhorar a satisfação dos profissionais, através da coordenação de cuidados;
- (iv) adquirir dados mais sólidos dos resultados, possibilitando uma gestão pró-activa do programa de cuidados;
- (v) impulsionar uma utilização apropriada dos recursos

de saúde, com maior controlo de custos e melhoria da qualidade; (vi) melhorar a capacidade da entidade financiadora para suportar o risco. (p.226)

Guerra (2004) refere que:

Esta distinção, realça a natureza holística e compreensiva da Gestão da Doença, que contrasta com a lógica de prestação de cuidados baseada em componentes fragmentadas e desarticuladas entre si (Cuidados de Saúde Primários vs Cuidados Hospitalares vs Cuidados Comunitários), que caracterizam as práticas médicas tradicionais, de natureza essencialmente episódica e reactiva aos eventos agudos de doença. (p.193)

Perceber a situação clínica de cada indivíduo é fundamental, uma vez que são todos estes fatores que vão ser determinantes no comportamento e na resposta em relação, por exemplo, à procura de cuidados de saúde, à relação que é estabelecida com os profissionais, assim como à sua adesão aos tratamentos propostos e, conseqüentemente, aos custos associados aos cuidados de saúde motivados com a tentativa de redução da carga global das doenças crónicas.

De 2011 a 2025, as perdas económicas acumuladas num cenário comum aos diferentes países estão estimadas em 7 trilhões de dólares. A OMS estima que o custo de reduzir a carga global das doenças crónicas é 11,2 bilhões de dólares por ano: um investimento anual de 1-3 dólares *per capita* e que as altas taxas de mortalidade ou morbidade, são o reflexo de investimentos inadequados em intervenções custo-efetivas para as doenças crónicas (WHO, 2015).

Deve avaliar-se os resultados clínicos e de qualidade de vida, a humanização dos cuidados de saúde e os aspetos económicos, numa base de progressão com o objetivo de melhoria global e efetiva da saúde, após terem ocorrido as intervenções (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2008), no sentido de otimizar o custo efetividade das ações implementadas.

A adaptação à doença e ao regime terapêutico necessita de desenvolvimento de várias estratégias nem sempre fáceis de manter ao longo dos anos, particularmente para as pessoas idosas. É consensual aceitar-se que para o sucesso do processo de gestão da doença concorrem diferentes fatores, tendo o do uso adequado dos medicamentos um peso maior.

A incorporação de necessidades de gestão da doença crónica e do regime terapêutico deve ser realizada de acordo com as condições pessoais e contextuais, sendo que algumas destas condições são complexas e constituem, por isso, verdadeiros desafios à prática clínica,

nomeadamente no que concerne ao custo efetividade. Tentaremos ao longo deste trabalho abordar algumas orientações que sejam indicativos para a otimização dos cuidados.

3. O MEDICAMENTO E A POPULAÇÃO IDOSA

Começamos por rever a definição de idoso, e o seu posicionamento a nível nacional e europeu, o conceito de doença crónica, pelo que pretendemos agora contextualizar o medicamento e a especificidade prescritiva na população idosa.

A definição europeia de medicamento consta na diretiva 2001/83/CE, de 6 de novembro, alterada pela diretiva 2004/27/CE, de 31 de março e o estatuto do medicamento (Decreto-Lei nº 176/2006, de 30 de agosto) transpõe esta definição comunitária para o contexto nacional, assim medicamento é:

... toda a substância ou associação de substâncias apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos ou dos seus sintomas ou que possa ser utilizada ou administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas. (pp. 6300-6301)

Embora Avorn, em 1995, tenha referido que os medicamentos eram provavelmente a tecnologia de saúde mais importante na prevenção de lesões, incapacidades e morte na população idosa, reconhecendo aos fármacos a importância que tiveram na melhoria da qualidade de vida das populações e no aumento da esperança média de vida, as consequências de um uso excessivo e/ou desadequado têm consequências altamente arriscadas no indivíduo.

Na população idosa, a prevalência de problemas de saúde é elevada e de acordo com o Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, cerca de 40% dos idosos apresentavam alguma limitação na sua atividade por problemas de saúde e quase 50% referiu possuir problemas de saúde de longa duração (Börsch-Supan et al., 2013).

As alterações fisiopatológicas que se verificam no idoso e se traduzem no declínio regular do seu estado funcional, e como tal, limitação na sua atividade por problemas de saúde, podem condicionar também o aparecimento de reações adversas, nomeadamente através da medicação prescrita. De acordo com alguns autores, 19% das admissões hospitalares de idosos devem-se a reações adversas a medicamentos (Soares et al., 2011).

O uso inapropriado de medicamentos em pessoas idosas é muito prevalente e está associado a um risco aumentado de efeitos adversos, alterações cognitivas, quedas, fraturas da anca, depressão, incontinência, entre outras, e concomitantemente a taxas mais elevadas de morbidade, mortalidade e utilização dos serviços de saúde (Berdot et al., 2009).

As consequências das interações podem ser prejudiciais para a saúde e serem detetáveis a curto prazo, mas também podem instalar-se de forma silenciosa comprometendo as funções fisiológicas a longo prazo, muitas vezes de forma irreversível. É, por isso, bastante importante avaliar e monitorizar o processo terapêutico do idoso, incluindo os medicamentos não sujeitos a prescrição e os suplementos que está a tomar, de modo a detetar a existência de possíveis interações que poderão prejudicar ou, mesmo, anular a eficácia terapêutica e aumentar a morbidade (Hobson 1992; Secoli, 2010).

Os medicamentos podem tratar muitos problemas de saúde e, para isso, devem ser tomados de forma correta para garantir a segurança, a eficácia e a eficiência do tratamento. Para Bushardt, Massey, Simpson, Ariail e Simpson (2008), o medicamento ideal deveria ser singular nos seus efeitos, apresentando o mesmo efeito previsível em todas as pessoas. Não deveria interagir com os alimentos ou com outro tipo de medicamentos, sendo totalmente seguro ingeri-lo em qualquer dose, para além de ser apenas necessário uma única dose para desempenhar eficazmente a sua ação. Esse medicamento ideal, no entanto, não existe, mas devem ser tidos em conta os pilares fundamentais do medicamento aquando da atitude prescritiva, de forma a potenciar o seu custo/efetividade.

Os profissionais de saúde devem compreender de que forma o natural processo fisiológico do envelhecimento irá influenciar a farmacocinética e a farmacodinâmica no idoso a nível da absorção, distribuição, metabolismo e excreção, bem como as alterações que ocorrem e que implicam diferenças nos efeitos e/ou ações farmacológicas, quando comparados com os adultos jovens. Esse conhecimento é essencial, uma vez que os profissionais atuam nas diferentes fases do ciclo do medicamento, desde a prescrição e dispensa até à administração e monitorização.

É frequentemente diferente a concentração do fármaco que chega ao local de ação, a amplitude e frequência de resposta deste e, possivelmente, os efeitos adversos que origina (Turnheim, 2003; Wooten, 2015a).

Apesar de algumas alterações poderem repercutir-se diretamente na forma como o corpo responde ao fármaco, esta resposta varia de pessoa para pessoa e mesmo de medicamento para medicamento, dependendo de fatores tão variados como o estado de saúde da pessoa, a via de metabolização e eliminação do fármaco e a sua janela terapêutica (área entre a dose mínima eficaz e máxima eficaz), entre outros. É também importante perceber que não é a idade por si que irá afetar a resposta terapêutica, mas sim o culminar de todas as mudanças que o envelhecimento acarreta e todo o estilo de vida que o indivíduo experienciou, podendo fatores como o tabagismo, alcoolismo, múltiplas doenças (comorbilidades) ou dieta ser mais preponderantes do que a própria idade (Crome, 2003; Klotz, 2009).

O diagnóstico de uma ou mais doenças crónicas tem implicações na sua vida diária e coloca problemas específicos no tratamento, quer ao próprio, quer aos profissionais de saúde. O curso natural e as intervenções terapêuticas de uma doença podem influenciar a segunda (ou mesmo a terceira), podendo alterar tanto a eficácia terapêutica como a evolução da doença primária, podendo em causa, noadadamente, a sobrevivência a médio e longo prazo. Não raras vezes, estes doentes encontram-se polimedicados, sendo a adesão ao regime terapêutico prescrito muitas vezes deficitário, com consequências relevantes, quer a nível individual, mas também a nível de despesas globais dos cuidados de saúde (Cortez, Mateus, Rodrigues, Clímaco & Fidalgo, 1995).

3.1. Alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas dos medicamentos

A farmacocinética refere-se à forma como o fármaco é processado no organismo, ou seja, a relação que é gerada entre a dose administrada e a concentração sérica atingida. Assim que uma substância entra no corpo, começam logo uma série de ações que vão permitir o seu bom uso e efeito. A farmacocinética engloba os processos de absorção, distribuição, metabolização e excreção, passos condicionantes, que determinam a quantidade de fármaco que estará disponível no local pretendido, o tempo que se leva a atingir a concentração terapêutica e a duração do efeito terapêutico desejado (Brunton, Chabner & Knollmann, 2007).

Quatro parâmetros essenciais regulam a disposição do fármaco no organismo: o volume de distribuição, que representa o espaço corporal onde este estará disponível, a biodisponibilidade, ou seja, a fração da dose administrada que chegou à circulação sanguínea, a depuração, que mede a eficiência da sua eliminação, e o tempo de semivida, que se

relaciona com o tempo de remoção do fármaco do organismo (Brunton et al., 2007; Katzung, 2004).

Deve ter-se em atenção que também as comorbilidades, a polimedicação, as próprias alterações fisiológicas e interpessoais poderão contribuir para as diferenças na farmacocinética de determinados fármacos (Hobson, 1992). A alteração farmacocinética mais significativa é a redução da depuração renal, levando à diminuição da excreção de fármacos hidrossolúveis (Mukhtar & Jackson, 2015; Reeve, Wiese & Mangoni, 2015; Turnheim, 2003).

As alterações fisiológicas inerentes ao envelhecimento levam a que a absorção por outras vias de administração se encontre naturalmente alterada (Reeve et al., 2015).

Tanto a toxicidade como o efeito terapêutico dos fármacos são dependentes, não só da dose administrada e da eliminação do fármaco, mas também da sua concentração. Para a maioria dos princípios ativos, os dois primeiros fatores costumam ser os mais decisivos. No entanto, a sua concentração pode ser preponderante para o efeito terapêutico ou tóxico dos fármacos cuja margem terapêutica é reduzida (Brunton et al., 2007).

De entre as principais modificações na composição corporal encontram-se o aumento da massa gorda e a diminuição do volume de água, plasma e fluido extracelular. A administração de doses, no doente idoso, iguais às determinadas para ter dado efeito terapêutico num adulto jovem, pode resultar numa concentração plasmática do fármaco superior à margem terapêutica, causando toxicidade. Os efeitos adversos são tanto mais preocupantes quanto menor for a margem terapêutica desse fármaco (Turnheim, 2003). As alterações na distribuição estão condicionadas também pela lipossolubilidade e hidrossolubilidade dos fármacos.

Para uma prescrição segura de medicamentos no idoso é fundamental ter em conta alguns valores de análises laboratoriais, como é o caso da concentração sérica da creatinina e ureia, para aferição da função renal (Lassiter, Bennett & Olyaei, 2013; Mangoni & Jackson, 2003; Wooten, 2015a). Para a avaliação da função hepática recorre-se à medição das enzimas hepáticas, porém estas só indicam inflamação ou danos no fígado (Wooten, 2015a).

Dado que, frequentemente, o doente idoso se encontra polimedicado, é necessário averiguar, se a inibição ou da indução de enzimas se deve ao envelhecimento, às interações medicamentosas ou a ambos (Reeve et al., 2015).

Face ao exposto, no doente idoso é importante que a dose inicial dos fármacos, na maioria das situações, seja inferior à recomendada, aumentando-se ou diminuindo-se a dose consoante a necessidade. Os doentes idosos devem ser monitorizados com o objetivo de averiguar o seu grau de exposição a reações adversas a fármacos, reservando-se especial atenção aos que apresentam estreita margem terapêutica (Wooten, 2015a).

Para além das modificações a nível farmacocinético, o envelhecimento também vai afetar a forma como o organismo responde ao fármaco. A principal causa destas alterações farmacodinâmicas são as implicações que a idade acarreta na atividade e expressão dos recetores (McLean & Le Couteur, 2004), existindo mesmo estudos que concluíram que há alterações das características e do número de recetores consequentes da idade (Katzung, 2004).

A farmacodinâmica refere-se à forma como o organismo responde ao fármaco, isto é, a relação entre a concentração atingida e o efeito terapêutico ocorrido.

Quando uma molécula passa para a circulação sanguínea e é distribuída pelos tecidos, vai interagir com macromoléculas componentes do organismo, os recetores, provocando alterações bioquímicas e fisiológicas, características da resposta daquele recetor para aquela determinada molécula (Katzung, 2004; Brunton et al., 2007).

A resposta farmacodinâmica surge pela interação entre o fármaco e o recetor e está dependente da quantidade e da afinidade do fármaco para com os recetores, do número destes, do tipo e intensidade de resposta que originam, a qual pode resultar em atividade terapêutica ou em efeitos adversos (Bowie & Slattum, 2007; Timiras & Luxenberg, 2007).

Com o envelhecimento ocorrem alterações farmacodinâmicas que frequentemente são imprevisíveis, podendo levar a falhas terapêuticas ou ao aparecimento de efeitos adversos e toxicidade, devido a alterações de sensibilidade e suscetibilidade ao fármaco (Timiras & Luxenberg, 2007). Estas alterações estão relacionadas com a diminuição da capacidade homeostática e a modificação de recetores e, consequentemente, da resposta dos órgãos-alvo (Bowie & Slattum, 2007).

A abordagem otimizada da farmacoterapia no doente idoso determina que se recorra à informação sobre a farmacocinética e a farmacodinâmica de cada doente. Adicionando este conhecimento ao do perfil farmacológico do medicamento, é possível propiciar ao doente

idoso um uso seguro e efetivo dos medicamentos, uma vez que estes apresentam um maior risco de desenvolvimento de efeitos adversos.

4. POLIMEDICAÇÃO

Os medicamentos contribuíram para que a esperança de vida à nascença quase triplicasse nos últimos 100 anos. Contudo, os medicamentos nem sempre alcançam os objetivos terapêuticos a que se propõem e são, por vezes, causa de problemas de segurança (Hanlon, Lindblad, Hajjar & McCarthy, 2003).

O consumo de medicamentos comporta riscos para o doente, pois a possibilidade de interação terapêutica, reações farmacológicas adversas ou o aumento da possibilidade de erro aquando da sua utilização, cresce com o aumento de número de medicamentos prescritos, podendo levar à hospitalização, incapacidade permanente e/ou morte (Hanlon et al., 2003).

Na verdade, não existe consenso no conceito de polimedicação (Linjakaumpu et al., 2002; Wyles & Rehman, 2005), no entanto, considera-se o uso de vários medicamentos em simultâneo (Cameron & Richardson, 2001), o excesso de uso de medicamentos não necessários ou o uso de 5 ou mais fármacos (Frazier, 2005).

Pode também caber no conceito de polimedicação o uso de mais medicação do que aquela que é necessária (Fried et al., 2014; Hayes, Klein-Schwartz & Barrueto, 2007; Maher, Hanlon & Hajjar, 2014). Para além dos medicamentos prescritos pelos médicos, é importante ter em conta os fármacos de venda livre e os suplementos naturais usados pelo doente idoso (Mitty, 2010).

A OMS estima que cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde, segundo o plano nacional para a segurança dos doentes (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Estudos efetuados mostram que a percentagem de pessoas com reações adversas aumenta aproximadamente 10% quando o utente toma apenas um fármaco (Katzung, 2004), para 50% quando tomam 5 a 9 medicamentos, este valor sobe para 81% em presença de 10 a 14 medicamentos, 92% com 15 a 19 medicamentos e 100% quando o doente toma 20 ou mais medicamentos (Doan, Zakrzewski-Jakubiak, Roy, Turgeon & Tannenbaum, 2013).

A incidência das reações farmacodinâmicas e farmacocinéticas aumenta proporcionalmente com a idade, sendo que nos indivíduos de 40-50 anos, constituem 10%, e naqueles com 80 anos ou mais, a proporção aumenta substancialmente situando-se aproximadamente em 25% (Duarte & Diogo, 2005).

Estes incidentes produzem resultados clínicos negativos e provocam elevados custos sociais. Assim, um regime terapêutico progressivamente mais complexo, prolongado, repetitivo, com a procura de múltiplos clínicos, apresenta maiores probabilidades de insucesso, e a probabilidade de efeitos secundários acrescidos (Christensen & Lundh, 2013).

A discussão em torno da prescrição terapêutica, tendo em conta, o número de medicamentos, a escolha dos fármacos, as embalagens excessivamente dimensionadas, os inconvenientes da polimedicação não justificada (Osswald, 2004), a qual não se reduz, mas também não é alheia, o cunho altamente competitivo e concorrencial da atividade da indústria farmacêutica, adquire pertinência analítica face à temática aqui analisada.

As interações medicamentosas são muito frequentes, muito devido a polipatologia, polimedicação e alterações decorrentes do normal envelhecimento, adquirindo maior sensibilidade a reações medicamentosas adversas. A tudo isto acrescenta-se a confusão que os efeitos do envelhecimento podem provocar ao serem comparados com possíveis sintomas de doença. O comprometimento cognitivo está, também, associado à polimedicação (Maher et al., 2014; Shah & Hajjar, 2012).

Administrar um medicamento prescrito requer da pessoa a capacidade de gestão de várias competências que vão desde a aquisição do medicamento, passando por ter que se lembrar da própria prescrição, de a tomar a horas certas, selecionando a dose certa, preparando-a de forma correta e respeitando as orientações relacionadas com cada medicamento.

Um fator precipitante e potenciador dos riscos da polimedicação diz respeito ao crescimento exponencial de novos medicamentos e de novas combinações e a respetiva pressão pelo marketing para o seu uso (Fried et al., 2014).

Hayes et al. (2007), consideram que, no doente idoso, a polimedicação é uma regra e não uma exceção. A polimedicação, tal com já referido, pode ser causada por diversos fatores incluindo a prescrição por diversos médicos, uma vez que alguns doentes procuram diversas opiniões médicas (Wooten, 2015a), no entanto, são preocupantes as consequências que a polimedicação pode ter em doentes com diversas patologias crónicas, como é o caso do

doente idoso (Fried et al., 2014). Embora seja um problema real, quantificar o problema da polimedicação é um desafio uma vez, que delimitar de forma clara qual a medicação apropriada e aquela que é dispensável, é bastante difícil (Clyne, Bradley, Hughes, Fahey & Lapane, 2012; Wooten, 2015a). No entanto, sabemos que a sua prática traduz, não raras vezes, consequências negativas, quer para a gestão da saúde individual quer associada ao aumento dos custos de saúde.

Nos Estados Unidos da América, em 2010, cerca de 20% a 30% dos gastos em saúde foram considerados desperdício, pelo que os administradores das várias unidades de saúde têm sido incentivados a reduzir custos, reduzindo o desperdício e melhorando a eficácia da assistência prestada. A não adesão à terapêutica medicamentosa está associada a piores resultados, maior progressão da doença e aumento dos custos na prestação de cuidados de saúde (Maher et al., 2014; Shah & Hajjar, 2012; Wooten, 2015a).

A não adesão à terapêutica em doentes idosos está associada, entre outros, a regimes terapêuticos complexos e à polimedicação (Maher et al., 2014). Estes dois fatores impõem um esforço económico acrescido e de organização pessoal, ao doente idoso, podendo causar mudanças difíceis de gerir no seu quotidiano (S. Sousa et al., 2011). Como consequência da não adesão à terapêutica, podem ocorrer progressão da doença, falhas no tratamento, reações adversas e risco de hospitalização (Maher et al., 2014; Shah & Hajjar, 2012), conduzindo ao aumento de riscos diversos, sendo este um grave problema de saúde pública nos idosos (Maher et al., 2014; Sergi, De Rui, Sarti & Manzato, 2011; Shah & Hajjar, 2012).

5. RECONCILIAÇÃO TERAPÊUTICA

Tendo em consideração os riscos amplamente fundamentados pela literatura, considera-se importante a utilização de uma estratégia para minorar os riscos, decorrentes de uma utilização inadequada do regime terapêutico, implicando os diferentes intervenientes na gestão do regime terapêutico prescrito ou mesmo na automedicação.

Uma adequada intervenção profissional no processo de uso dos medicamentos pode contribuir para reduzir a morbidade e mortalidade provocadas pelos medicamentos. Estudos recentes, empreendidos por Furtado (2013), realizados na região de Lisboa demonstram um insuficiente conhecimento dos doentes sobre os seus medicamentos. O uso racional dos medicamentos é um repto dirigido a todos os médicos, farmacêuticos, enfermeiros, cuidadores e aos próprios

doentes. A gestão clínica da terapêutica contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Furtado, 2013).

A reconciliação terapêutica é considerada pela Joint Commission International um objetivo de segurança nacional para o doente (Joint Commission, 2006; WHO, s/d). É uma importante ferramenta a nível mundial já que permite diminuir a taxa de erros de medicação, reduzir a ocorrência de efeitos adversos e os custos económicos, melhorando a segurança do doente (Despacho n.º 21844/2004, 12 de outubro). A reconciliação terapêutica é definida como “o processo de criação e manutenção de uma lista atualizada contendo toda a medicação prescrita para o doente, incluindo o nome do medicamento, a dose, a frequência e a via de administração” (Ordem dos Farmacêuticos, 2009). Este é um processo formal que envolve a transmissão correta da informação da medicação do doente, pelos vários profissionais de saúde, na transição entre cuidados. A implementação de um sistema eficaz de reconciliação terapêutica apresenta inúmeros desafios, nomeadamente a existência um sistema de informação eficiente e aplicável a todos os profissionais de saúde garantindo o acesso eficaz à informação da lista de medicação atualizada.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro), no seu objetivo estratégico n.º 4, considera aumentar a segurança na utilização da medicação, referindo que a abordagem internacional defendida para uma utilização segura do medicamento exige a adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente, envolvidas. Os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

As ferramentas de informação estão a ser desenvolvidas com algum sucesso, no entanto, é fundamental homogeneizar a sua prática, para que não haja uma multiplicidade de ferramentas, que não estejam ligadas em rede e que não permitam o cruzamento de dados e integração assertiva do processo terapêutico do indivíduo, qualquer que seja o clínico que procure.

Qualquer que seja o modelo de gestão, nomeadamente do conhecimento terapêutico, não pode alhear-se da procura da reconciliação terapêutica, como processo de procura de qualidade dos

cuidados de saúde, procurando-se a eficácia do processo e da técnica, maximizando os resultados dos cuidados de saúde e a satisfação dos doentes.

Este processo só terá eficácia se apoiado na gestão do conhecimento que dará ênfase à transmissão de conhecimentos através de uma plataforma de informação, integrativa e única para todos os modelos prescritivos, acessível aos diferentes parceiros envolvidos no processo terapêutico.

Todas estas variáveis podem ser plenamente potenciadas pelo estabelecimento de verdadeira cooperação, acordos de monitorização integrativos, criação de sinergias pela partilha de informação e construção de uma relação de confiança que afaste intuítos oportunistas.

O prescritor deve basear-se em ferramentas úteis com o objetivo de gerir a terapêutica do doente idoso e, se adequado, reduzir a sua polimedicação e efeitos adversos associados. Como referido anteriormente, várias abordagens têm sido desenvolvidas com o objetivo de reduzir prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados no doente idoso, o estrito seguimento de todos os itens destas abordagens não é obrigatório, é, no entanto, fundamental reavaliar constantemente se o regime terapêutico do doente idoso é o mais adequado à sua situação clínica, tendo em conta potenciais riscos e benefícios inerentes (Scott, Gray, Martin & Mitchell, 2012; Spinewine, Fialová & Byrne, 2012; Wooten, 2015a, 2015b).

No Canadá, o Institute for Safe Medication Practices (2011), no document *Getting started kit: Medication reconciliation. Prevention of adverse drug events how to guide*, reforça que é importante garantir uniformidade na análise de dados resultantes de programas de reconciliação terapêutica, devendo ser respeitados, entre outros, os seguintes princípios:

- Verificar a consistência dos dados referentes a dose, frequência e via de administração;
- Não considerar como discrepâncias as alterações na dose ou hora de administração desde que a dose total diária se mantenha, bem como a via de administração, justificada por razões clínicas;
- As discrepâncias devem ser contadas por medicamento e não por dose administrada;
- Deve ser claro se o programa inclui ou não suplementos alimentares, vitamínicos e fitoterapia;

- Não incluir hemoderivados e injetáveis de grande volume em programas de reconciliação terapêutica uma vez que esta terapêutica se destina a tratar situações agudas, limitadas no tempo.

Nem sempre o doente tem consciência da importância de saber o nome, a dosagem e o intervalo de administração dos medicamentos que toma, ou se encontra em condições de fornecer essa informação, no entanto quando a informação não é clara, deve tomar-se a decisão mais informada (Falcão, 2013).

Em maio de 2007, a OMS publicou *guidelines* para assegurar a exatidão dos dados sobre medicação em momentos de transição que incluíram recomendações sobre reconciliação medicamentosa na admissão hospitalar (WHO, 2007).

Alguns organismos de acreditação de unidades de saúde como, por exemplo, a Joint Commission, incluíram a segurança no uso do medicamento nos seus objetivos (Joint Commission Accreditation Hospital, 2014). Este objetivo corresponde à manutenção e comunicação de informação precisa sobre medicamentos, incluindo a comparação da medicação no momento da admissão e a medicação prescrita em internamento de forma a permitir identificar e resolver discrepâncias.

Como em qualquer outro grupo etário, a terapêutica farmacológica no idoso deve ser eficaz, segura e racional. Certos medicamentos utilizados de forma comum no idoso apresentam uma estreita margem terapêutica (Barnett, 2009; Soares et al., 2011). Os idosos correspondem a um grupo heterogêneo sendo difícil prever de que forma o envelhecimento, a doença e os medicamentos têm impacto no estado fisiológico de cada doente, sendo, no entanto, previsíveis alterações em alguns sistemas, como por exemplo no sistema metabólico e renal. Esta vulnerabilidade está particularmente aumentada na presença de comorbilidades (Barnet, 2009).

Nesse sentido, a reconciliação terapêutica tem como objetivo garantir a existência de uma lista de medicação o mais recente e completa possível para um dado doente. A lista reconciliada deve incluir para cada fármaco, a dose, a frequência e a via de administração, para além de uma avaliação da sua adequação. Desta forma, a reconciliação terapêutica contribui para que os medicamentos sejam prescritos adequadamente, minimizando-se o risco de efeitos adversos (Lo, Kwan, Fernandes & Shojanian, 2013; O’Sullivan et al., 2014).

As alterações decididas devem ser documentadas na lista final de medicamentos reconciliados, fornecendo-se a lista de medicação atualizada ao doente idoso e/ou ao seu cuidador, bem como ao profissional de saúde que passará a acompanhar o idoso (Greenwald et al., 2010). A adoção de sistemas informáticos mais sofisticados, com bases de dados centralizadas com informação do doente, torna mais fácil a prescrição de medicamentos e aumenta a eficácia da reconciliação terapêutica (American Society of Health-System Pharmacists, 2013).

De acordo com o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2007), a segurança do doente aumenta quando é recolhida informação sobre a medicação que o doente toma de forma regular. É este conhecimento que permite ao médico tomar decisões informadas acerca dos cuidados a prestar (Caramelli, Pinho, Calderaro, Gualandro & Yu, 2007).

A implementação de programas de reconciliação terapêutica, produzida pelo NICE (2007), baseia-se em estudos que reportaram uma diferença de 30-70% entre a medicação tomada em ambulatório e a prescrita na admissão hospitalar.

De acordo com esta organização, o processo de reconciliação terapêutica deve ocorrer no momento da admissão hospitalar, da transferência entre unidades, serviços ou hospitais, ou no momento da alta. O National Prescribing Centre considera também que este procedimento deve limitar-se à identificação e comunicação ao médico de discrepâncias, estando a revisão/validação da terapêutica instituída antes da transição e identificada no momento em que esta se efetua, fora do âmbito dos programas de reconciliação terapêutica (NICE, 2007).

Numerosos fatores podem contribuir para erros de reconciliação, um deles corresponde à inacessibilidade dos dados da medicação, sendo esta situação frequentemente associada a internamentos de urgência em doentes com dificuldades cognitivas ou de linguagem. De referir também que a lista de medicamentos fornecida pelos cuidados primários pode não incluir todos os medicamentos que o doente toma, nomeadamente medicamentos não sujeitos a receita médica ou suplementos alimentares e vitamínicos. Como qualquer outro processo que inclui transcrição, encontra-se presente o risco da ocorrência de erro (NICE, 2007).

Vários autores referem que com frequência a revisão farmacoterapêutica não é feita de forma recorrente pelo médico prescriptor, podendo cair no erro da denominada “prescribing inertia”. Este termo descreve a propensão de alguns médicos assistentes para renovar automaticamente

prescrições anteriores, mesmo quando o doente idoso não apresenta indicação para tal (Frank & Weir, 2014).

Antes de se acrescentar um novo medicamento ao regime terapêutico do doente idoso é essencial considerar que o sintoma que se pretende tratar poderá ser um efeito adverso da terapêutica atual, pois este grupo de doentes, como visto anteriormente, está mais predisposto a efeitos adversos. A adoção deste procedimento evitará a instalação de uma cascata de prescrição (Kalisch, Caughey, Roughead & Gilbert, 2011; Wooten, 2015a).

Os efeitos adversos induzidos por fármacos podem ser confundidos como novas doenças ou a fenómenos associados naturalmente ao envelhecimento. Esta confusão é mais provável quando os efeitos adversos são semelhantes aos sintomas de doenças comuns no doente idoso. Por exemplo, a instalação súbita de alterações do comportamento, por toxicidade de um dado fármaco, é muitas vezes percecionada como sendo um comportamento atribuível ao envelhecimento e não detetada como reação medicamentosa adversa. Em consequência aumenta-se o risco de desenvolvimento de mais eventos adversos associados à nova medicação, que se vêm somar aos causados pela medicação anterior (Kalisch et al., 2011; Reddy, Gill & Rochon, 2006).

A cascata de prescrição é um problema comum no doente idoso, pode manifestar-se devido a uma falta de revisão da medicação do doente, ou por desconhecimento do perfil de efeitos adversos de um dado fármaco. É mais frequente quando o doente é seguido por vários médicos em simultâneo (Rochon & Gurwitz, 1997).

5.1. Ferramentas de apoio à reconciliação terapêutica

A problemática da polimedicação deve ser adotada pela equipa multiprofissional (médicos, enfermeiros, farmacêuticos...) devido ao contacto privilegiado que tem com os doentes, podem adotar procedimentos com o objetivo de ajudar a racionalizar a polimedicação e consequentemente promover a adesão à terapêutica. Através da revisão da medicação do doente idoso, o profissional deve, quando apropriado e de uma forma pedagógica, apoiar a reconciliação terapêutica, com o objetivo de reduzir não só o número de medicamentos, mas também de evitar o uso dos potencialmente inapropriados neste grupo etário (Spinewine et al., 2012).

Para realizarem a revisão farmacoterapêutica dos doentes, os profissionais prescritores podem recorrer às tecnologias de informação no apoio à decisão clínica e envolverem-se em equipas multidisciplinares (Topinková, Baeyens, Michel & Lang, 2012).

Uma das formas de reduzir a polimedicação é usar critérios de auxílio no reconhecimento de medicamentos potencialmente inapropriados no doente idoso, recorrendo ao uso das novas tecnologias de informação que servirão de apoio à decisão clínica. É necessário ter em atenção que a utilização destes critérios não inviabiliza a necessidade de uma avaliação clínica e conhecer os mecanismos de ação e principais toxicidades dos fármacos prescritos (Carlson et al., 2015).

O uso dos medicamentos é um processo que apresenta várias etapas que vão desde a prescrição, à dispensa e à administração até à monitorização. Em todas estas fases existem riscos associados à saúde do doente (Page, Linnebur, Bryant & Ruscin, 2010; Wooten, 2015b).

A elevada vulnerabilidade do doente idoso às complicações resultantes de uma prescrição inadequada de medicamentos, levou a que tenham sido desenvolvidas várias ferramentas e estratégias com objetivo de otimizar o uso do medicamento e auxiliar a sua prescrição nestes doentes. Vários critérios têm sido desenvolvidos desde os anos 90 para deteção de medicamentos potencialmente inapropriados, nomeadamente através da implementação de alertas informáticos durante a prescrição de forma a evitar a prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados, recorrendo a critérios específicos. Implementação de protocolos de revisão da medicação do doente, pelos diferentes intervenientes no processo de gestão do regime terapêutico do doente que concorrem para melhorar a adesão à terapêutica.

No entanto, os resultados na melhoria da saúde, advindos da sua aplicação, são ainda limitados (Delgado Silveira et al., 2015; O’Sullivan et al., 2014; Patterson et al., 2014). A prescrição, dispensa e uso inadequado de medicamentos pode originar reações adversas, aumentando o risco de morbilidade e/ou mortalidade e consequentemente os custos em saúde poderão aumentar por incremento das idas ao médico e às urgências e das hospitalizações que podem ser evitáveis (Davidoff et al., 2015; Page et al., 2010).

Para minimizar o risco de intercorrências, foram então estabelecidos alguns critérios a observar. Estes critérios podem classificar-se como explícitos e implícitos (Delgado Silveira et al., 2015; Page et al., 2010; Soares et al., 2011). Os critérios explícitos mais utilizados são

os de Beers, os *Screening Tool of Older Person's Prescriptions* (STOPP) e START (*Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment*) (Page et al., 2010). Os critérios implícitos mais utilizados são o *Medication Appropriateness Index* (MAI), *Fit for the Aged* (FORTA) e *Assessing Care of Vulnerable Elders* (ACOVE) (Page et al., 2010)

5.1.1. Critérios explícitos

Os critérios explícitos foram desenvolvidos baseando-se em publicações de estudos, opiniões de especialistas e técnicas de consenso para medicamentos ou doenças. Não necessitam de avaliação clínica, focando-se no medicamento e na doença, e podem ser aplicados diretamente. Os critérios explícitos são reprodutíveis e, desta forma, permitem sistematizar a detecção da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados de forma mais rápida e com menos recursos. Têm, no entanto, como desvantagem requerer atualizações constantes. (Beers, 1997; Delgado Silveira et al., 2015; Page et al., 2010; Soares et al., 2011).

Critérios de Beers

Os primeiros critérios explícitos a serem publicados foram os critérios de Beers (1991). Os critérios de Beers consistiam inicialmente numa lista de 30 medicamentos que deviam ser evitados pelo doente idoso, independentemente do seu diagnóstico, da dose e da frequência de utilização da medicação. Esta lista teve o parecer de especialistas em medicina geriátrica, em cuidados continuados, farmacologia e farmacoepidemiologia geriátrica e psicogeriatrics. Os critérios de Beers foram atualizados e revistos em várias ocasiões desde o seu desenvolvimento, sendo a sua atualização mais recente em 2015, que teve a colaboração da American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel (2015). A versão de 2012 dos critérios de Beers abrange 53 medicamentos, ou classes de medicamentos, que se encontram divididos em três categorias:

- Medicamentos ou classes de medicamentos potencialmente inapropriadas que devem ser evitados em idosos;
- Medicamentos ou classes de medicamentos potencialmente inapropriadas em idosos e que são de evitar no idoso com certas doenças e síndromes;

- Medicamentos ou classes de medicamentos a utilizar com precaução em idosos (American Geriatrics Society, 2012; American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel 2015).

A versão mais recente dos critérios de Beers inclui, para além destas, uma lista de medicamentos em que são necessários ajustes da dose tendo em conta a função renal e outra com os medicamentos ou classes de medicamentos com interações medicamentosas. Estes critérios também incentivam o recurso a medidas não farmacológicas centradas no doente idoso, principalmente em medicamentos que apresentam um elevado risco de causar reações adversas (American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel, 2015).

Apesar dos critérios de Beers terem sido encarados como um marco na melhoria da assistência farmacêutica a doentes idosos, têm sido alvo de várias críticas, das quais se salientam as seguintes:

- Estreita margem de aplicabilidade, pois sendo o doente idoso os maiores consumidores de medicamentos, estes encontram-se sub-representados nos ensaios clínicos (American Geriatrics Society, 2012);
- Limitada aplicabilidade fora dos Estados Unidos, uma vez que alguns medicamentos não estão disponíveis na Europa (Hill-Taylor et al., 2013; Lam & Cheung, 2012);
- Incapacidade de solucionar inúmeras prescrições inapropriadamente prescritas, devido a interações medicamentosas ou prescrição em duplicado de medicamentos da mesma classe terapêutica (Hill-Taylor et al., 2013; Pretorius, Gataric, Swedlund & Miller, 2013);
- Ausência de critérios para o caso de falta de medicamentos que necessitem de ser prescritos (Hill-Taylor et al., 2013; Page et al., 2010);
- Falta de organização e estruturação, apesar da fácil utilização (Hill-Taylor et al., 2013; Page et al., 2010).

Critérios STOPP e START

Os critérios STOPP e START são um conjunto de critérios publicados pela primeira vez no ano de 2008 e desenvolvidos por Gallagher e uma equipa de farmacêuticos, farmacologistas e médicos geriatras irlandeses e do reino unido (Delgado Silveira et al., 2015; Gallagher, Ryan, Byrne, Kennedy & O'Mahony, 2008). Face às lacunas dos critérios de Beers, o grupo de investigação de Gallagher organizou um novo conjunto de critérios de deteção de medicamentos potencialmente inapropriados em doentes idosos, com base nos seguintes princípios:

- Recolha de exemplos dos mais comuns e importantes medicamentos potencialmente inapropriados;
- Organização de acordo com os sistemas fisiológicos;
- Avaliação do uso de fármacos que poderão provocar, por reação adversa, e/ou risco acrescido de quedas no doente idoso;
- Advertência na utilização de opiáceos em idosos;
- Destaque para a prescrição em duplicado de fármacos da mesma classe terapêutica;
- Abordagem do risco de omissão de fármacos em idosos;
- Serem representativos de ideias consensuais de peritos em geriatria.

Estes critérios foram criados baseando-se no processo de Delphi modificado e deram origem aos critérios STOPP e START (Delgado Silveira et al., 2015; Gallagher et al., 2008; Page et al., 2010). Os critérios STOPP consistem em 65 critérios que ajudam os investigadores e profissionais de saúde a identificar prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados. Os critérios START consistem em 22 critérios que ajudam a identificar potenciais omissões nas prescrições (Hill-Taylor et al., 2013; Lam & Cheung, 2012; Pretorius et al., 2013). Estes dois critérios têm que ser usados conjuntamente, uma vez que ambos permitem detetar os erros mais comuns durante a prescrição de medicamentos no idoso. O nível de confiança dos critérios STOPP e START foi demonstrado por médicos e farmacêuticos (Lam & Cheung, 2012).

Um crescente número de publicações tem documentado o crescente recurso aos critérios STOPP e START, maioritariamente devido à sua facilidade de compreensão e à importância

da inclusão de medicamentos potencialmente omitidos (Delgado Silveira et al., 2015; Hill-Taylor et al., 2013).

Em relação aos custos de uma potencial prescrição inapropriada, Cahir e a sua equipa, utilizando os critérios STOPP, calcularam o custo desta por doente, obtendo o valor de 318€ (Cahir et al., 2010; Delgado Silveira et al., 2015; Hill-Taylor et al., 2013). Barry e a sua equipa estimaram que os custos médios da omissão de um fármaco presente nos critérios START são de 188€ por ano (Delgado Silveira et al., 2015; Hill-Taylor et al., 2013).

Os critérios de Beers e os critérios STOPP/START foram comparados num artigo de revisão, tendo os autores considerado que os critérios STOPP/START são mais sensíveis que os critérios de Beers na deteção de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados. No entanto, são ainda limitados os resultados relacionados com o impacto clínico e económico da aplicação destes critérios (Hill-Taylor et al., 2013).

5.1.2. Critérios implícitos

Os critérios implícitos pressupõem uma avaliação clínica do doente e a avaliação da adequação da prescrição tendo em conta as evidências científicas (Delgado Silveira et al., 2015; Soares et al., 2011); nesta abordagem é colocado em foco o doente, no entanto, tem a desvantagem de ser demorada e depende do conhecimento do utilizador. Estes fatores têm limitado substancialmente a utilização destes critérios (Delgado Silveira et al., 2015; Page et al., 2010).

Fit for the Aged (FORTA)

Fit for the Aged (FORTA) foi proposto em 2008 para avaliar a pertinência dos medicamentos para os idosos, ou seja, verificar se o medicamento é prescindível, inadequado ou se está omissa. Os autores da lista FORTA baseiam-se na situação clínica de cada doente (são critérios implícitos). Consideram, também, que este sistema de classificação é distinto de outros critérios que incidem sobre os principais problemas dos medicamentos, como erros de omissão ou medicamentos inapropriados, em vez de analisarem as características individuais do doente, particularmente do doente idoso e as suas especificidades associadas ao envelhecimento (Kuhn-Thiel, Weiß & Wehling, 2014).

As classes FORTA são as seguintes:

- Classe A (*A-bsolutely*) - nesta lista encontram-se os fármacos indispensáveis para uma dada avaliação clínica no doente idoso;
- Classe B (*B-eneficial*) - nesta lista encontram-se os fármacos com efeito favorável no doente idoso, mas com efeitos limitados e possíveis complicações ao nível da segurança;
- Classe C (*C-areful*) - nesta lista encontram-se os fármacos com eficácia e segurança discutível no doente idoso, devendo, por isso, ser evitados ou omitidos em casos de polimedicação, quando não demonstram benefícios ou apresentam efeitos adversos. Desta forma é necessário encontrar a alternativa mais adequada;
- Classe D (*D-on't*) - nesta lista encontram-se os fármacos a evitar em idosos, sendo necessário encontrar alternativas apropriadas (Kuhn-Thiel et al., 2014).

Este sistema de classificação tem em conta questões como a adesão, a tolerância e as contraindicações. Nele, os fármacos podem receber diferentes rótulos consoante a indicações (Kuhn-Thiel et al., 2014; Michalek, Wehling, Schlitzer & Frohnhofen, 2014).

Comparando os critérios STOPP/START com os critérios FORTA, os critérios START são semelhantes às classes A e B do FORTA. Os fármacos mencionados nos critérios STOPP são equivalentes às classes C e/ou D do FORTA (Kuhn-Thiel et al., 2014).

Medication Appropriateness Index (MAI)

Desenvolvido por Hanlon e colaboradores (1992), o MAI avalia a adequação da prescrição tendo em conta 10 critérios: Indicação do medicamento; Eficácia; Dose; Posologia; Educação sobre a toma; Interações medicamentosas; Contraindicações; Duplicação da terapêutica; Duração do tratamento; Custo (Hanlon et al., 1992).

Este é considerado um instrumento implícito, uma vez que requer avaliação clínica do doente, não sendo exclusivo para o doente idoso (Page et al., 2010). Após o conhecimento da situação clínica, consoante a avaliação efetuada, cada item tem uma cotação (este valor varia entre 0 e 18) e quanto maior o resultado final maior é a inadequação da terapêutica do doente (Page et al., 2010). Apesar das suas limitações, os resultados mostram que é uma ferramenta importante na pesquisa de medicamentos potencialmente inapropriados em doentes idosos

(Hanlon & Schmader, 2013).

Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)

Em 2000, Rand Health Care e a UCLA (University of California, Los Angeles) desenvolveram a *Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)* com o objetivo de avaliar a qualidade do apoio dado aos doentes idosos mais frágeis. Foram realizadas várias reuniões com o objetivo de construir um conjunto de indicadores para avaliar a qualidade do apoio dado aos doentes idosos mais frágeis baseando-se em revisão de evidências científicas. O ACOVE-1 representa o primeiro conjunto de indicadores para avaliar a qualidade do apoio dado aos doentes idosos. O ACOVE-2 tem como objetivo avaliar diferentes intervenções nas práticas de cuidados de saúde primários, a fim de melhorar o atendimento. O ACOVE-3 é um conjunto atualizado e alargado dos indicadores para avaliar a qualidade do apoio dado aos doentes idosos mais frágeis, incluindo cinco novas situações clínicas: doença pulmonar obstrutiva crónica, cancro cólon-retal, cancro de mama, problemas de sono e hipertrofia prostática benigna (Askari et al., 2011).

O’Sullivan e a sua equipa demonstraram que, após revisão terapêutica com base no ACOVE, não houve melhoria significativa na adequação da terapêutica em casos de prescrição inapropriada (O’Sullivan et al., 2014).

Estes indicadores têm como vantagem o facto de se basearem em múltiplos critérios e desta forma avaliarem a necessidade de prescrição ou suspensão de algum medicamento num dado perfil farmacoterapêutico de acordo com a situação clínica de cada doente. Apresentam como desvantagens requerer dados do registo médico do doente, que nem sempre estão disponíveis, o que dificulta a sua utilização (Askari et al., 2011).

6. PRESCRIÇÃO ELETRÓNICA DE MEDICAMENTOS

A prescrição eletrónica de medicamentos é o procedimento de emissão de receitas médicas através de aplicações informáticas e encontra-se regulada na Portaria nº 198/2011, de 18 de maio.

Para suportar a prescrição eletrónica de medicamentos, cuidados respiratórios domiciliários e de meios complementares de diagnóstico foi desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde uma aplicação informática denominada PEM – Prescrição Eletrónica

Médica. Esta ferramenta, disponível tanto nas instituições de cuidados de saúde primários como em ambiente hospitalar, possibilita o envio de dados para o sistema central, bem como:

- Uma nova abordagem à prescrição de medicamentos: por denominação comum internacional, por via eletrónica e sustentada por normas de orientação clínica;
- A prescrição de medicamentos sujeitos a receita médica, incluindo medicamentos de autocontrolo da diabetes *mellitus*, medicamentos alergénios, manipulados, dietéticos, medicamentos que contêm estupefacientes ou substâncias psicotrópicas e outros produtos, podendo, no entanto, ser utilizada para todos os medicamentos não comparticipados ou de preço livre;
- A desmaterialização total da receita permitindo a sua dispensa em farmácia de oficina em formato *paper free*;
- Acesso às normas de orientação clínica (NOC);
- Utilização de autenticação forte para o acesso;
- Obrigatoriedade da prescrição eletrónica de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) e definição de modelo de prescrição tipo.

Em termos de resultados alcançados, salienta-se que:

- Foram já atingidas as metas de 99% de prescrição eletrónica no Serviço Nacional de Saúde (SNS) e de 80% no setor privado para medicamentos, e de 100% para MCDT de ambulatório;
- Foi reforçado o controlo do uso de medicamentos e MCDT intra-hospitalares, de forma a promover uso racional e adequado, identificando situações de fraude ou abuso;
- Encontra-se em preparação uma nova aplicação de prescrição médica e a desmaterialização completa da receita médica.

O uso de tecnologias da informação (TI) tem-se adaptado às necessidades das organizações e se tornado uma ferramenta essencial para diminuir os custos e otimizar processos, sendo aplicada em diferentes setores da saúde, justificado pelas possibilidades de recursos oferecidos. De forma geral, pode afirmar-se que o conceito de TI engloba tanto os sistemas de informação, quanto a utilização de hardware, software, telecomunicações, automação, entre outros.

Por se tratar de uma ferramenta fundamental para a competitividade organizacional, o uso das tecnologias de informação na realização das tarefas prescritivas deve realizar-se de maneira mais eficiente e em menor tempo e de forma mais eficiente. Sendo incontestáveis as melhorias no aproveitamento de recursos na gestão das instituições de saúde de entre as quais se destacam a gestão do regime terapêutico dos utentes, servindo de ferramenta fundamental para auxiliar no processo de prevenção e diagnóstico de doenças e promoção da saúde da população assistida, nomeadamente através da reconciliação terapêutica, onde os problemas de saúde relacionados à prescrição e administração de medicamentos tem sido um fator de preocupação entre os profissionais da saúde (Santana et al., 2016).

7. GESTÃO E QUALIDADE EM SAÚDE

Qualquer organização, independentemente do seu tamanho, tem necessidade de adaptar e/ou mudar as suas práticas de forma a superar as condições que limitam o seu desempenho e como tal a qualidade dos serviços prestados.

Sendo a organização entendida como o resultado produzido pela atividade da estrutura organizacional que neste caso será a instituição de saúde (Azevedo, 2010), entendemos que o modelo organizacional deve potenciar a promoção da saúde e o acompanhamento de proximidade dos doentes. Esse modelo deve insidir em dois eixos fundamentais: um que integre os determinantes sociais do processo saúde-doença numa perspetiva global, tendo em conta as necessidades da população, e outro que considere a saúde como um bem a partir da efetivação de práticas e serviços de saúde de qualidade, cabendo ao Estado a sua regulação e controlo, sejam eles públicos ou privados (Assis, Villa & Nascimento, 2003). Para que a gestão e a monitorização sejam eficazes, é fundamental que todos estejam comprometidos com os objetivos institucionais de saúde, nomeadamente no que à prescrição medicamentosa diz respeito.

Para que o resultado da melhoria prescritiva seja realmente visível impõe-se um sistema de avaliação dos resultados da gestão terapêutica que deverá ter uma contribuição no desempenho dos profissionais e refletir-se no desempenho organizacional. Sendo assim, deve-se identificar a relação estabelecida entre os diferentes intervenientes da atividade prescritiva e, sobretudo a articulação entre eles. Esta articulação, por sua vez, deve relacionar-se com as ações de governo para programar as políticas públicas.

A gestão da saúde pública é complexa e exige habilidades e qualificação contínua, devido à necessidade de considerar a legislação. O sistema de saúde requer uma sensibilidade apurada do gestor e técnico em saúde, devendo estar preparado para uma medicina curativa e preventiva, e para um utente que está inserido num ambiente globalizado (Macedo, Carvalho & Coutinho, 2011).

As organizações de saúde, têm por objetivo a qualidade de vida do indivíduo, mas também do profissional, que se quer motivado, pelo que a sua valorização, autonomia e corresponsabilidade, bem como o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão conduz necessariamente a uma optimização das práticas e dos recursos.

A insuficiência e a precariedade frequentes dos sistemas de informações disponíveis não têm permitido a construção de ferramentas eficazes necessárias para o apoio e avaliação do regime terapêutico prescrito e por consequência do desempenho do sistema nacional de saúde, pelo que urge a sua implementação assertiva.

É consensual que a gestão dos serviços deve privilegiar a eficácia, eficiência e a efetividade quanto ao uso dos recursos. Portanto, consideramos pertinente a utilização de um método de avaliação que permita analisar estas características de tal forma que seja possível refletir o que a comunidade, e os doentes idosos em particular necessitam, e a que distância se encontram dos objetivos principais, que são o regime terapêutico custo/efetividade eficaz (Amaral, 2003).

De entre as finalidades do processo de avaliação destacamos: (i) o acompanhamento do progresso alcançado em relação às metas estabelecidas pelo planeamento estratégico; (ii) a identificação do que precisa ser melhorado; (iii) saber o custo da má qualidade; (iv) auxílio nas decisões sobre melhorias; (v) atender exigências legais através das auditorias.

Em geral, organizações estruturadas por função apresentam dificuldades para corresponder as necessidades dos seus utentes. Já a abordagem de construção do trabalho por processos, permeados pelos apoios administrativos e logísticos, potencializam resultados mais eficientes, onde os gestores procuram alcançar resultados orientados para o cidadão, em harmonia com os objetivos e as opções definidas, tendo por base a política do governo (Paes, 2011).

É com o objetivo de favorecer ou de permitir a realização de uma missão de interesse público, como é a eficiência da prestação de cuidados, nomeadamente através da atividade da

prescrição de medicamentos à população idosa, que as políticas de saúde podem impor obrigações específicas ao organismo que presta o serviço, como por exemplo, em matéria de reconciliação terapêutica.

Donabedian (1919-2000), dedicou-se ao estudo da gestão na área da saúde, realizando múltiplos estudos que tiveram um profundo impacto sobre os sistemas de gestão nas áreas do trabalho clínico, tendo em conta o custo/efetividade e alguns de seus princípios ainda hoje são considerados atuais e de grande importância para a excelência do desempenho profissional e organizacional.

Uma das suas maiores contribuições está presente nos livros “*Explorations in quality assessment and monitoring*” (Donabedian, 1980), em que o autor descreve o que chamou de sete pilares da qualidade na área da saúde: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Tabela 1). O surgimento destes sete pilares da qualidade provocou grandes mudanças na área da saúde, elevando a preocupação com a melhoria do doente e com a visibilidade das instituições perante a sociedade, além de terem encorajado muitos profissionais a refletir sobre as suas práticas e melhorá-las, nomeadamente também a nível de atitude prescritiva e da reconciliação terapêutica.

Tabela 1.

Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian

| | |
|-----------------------|---|
| Eficácia | Capacidade produzir melhorias na saúde e no bem-estar à luz do melhor conhecimento (« <i>Leges artis</i> »). Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias. |
| Efetividade | Melhoria na saúde, tendo em consideração as condições habituais da prática cotidiana. Tendo a capacidade de se promover os resultados pretendidos com a elaboração de objetivos reais e exequíveis bem com regras confiáveis e avaliáveis ao nível da melhoria da saúde. |
| Eficiência | É a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo. |
| Otimização | Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Utilização das melhores alternativas para se atingir os objetivos pretendidos com o menor esforço e ao menor custo. |
| Aceitabilidade | Sinónimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-doente e das características do cuidado. |
| Legitimidade | Concordância do cuidado à luz do percebido pela comunidade ou sociedade em geral e os normativos legais. |
| Equidade | Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade. |

Fonte: Donabedian (1990).

No desígnio fundamental de assegurar a qualidade, em particular nas organizações de saúde, serão explicitados outros quadros conceptuais como o diagrama de causa e efeito de Ishikawa (1993) e o ciclo de PDCA de Deming.

O primeiro investiga os efeitos produzidos por determinadas categorias de causas. Criado por Ishikawa (1993), o diagrama é composto por uma linha central com ramificações na parte superior e inferior. O problema é anotado na extremidade direita da linha central e as diversas categorias de causas de problemas (material, máquina, medida, mão-de-obra, método e meio ambiente) são anotadas nas extremidades das ramificações que são levemente inclinadas para o lado esquerdo, dando-lhe um aspeto de espinha de peixe, nome pelo qual é também conhecido. Apropriando-nos da representação gráfica proposta pelo autor, na figura 1 representa-se a causalidade da polimedicação no idoso, por forma a identificar estratégias de gestão, eficazes para a reconciliação terapêutica.

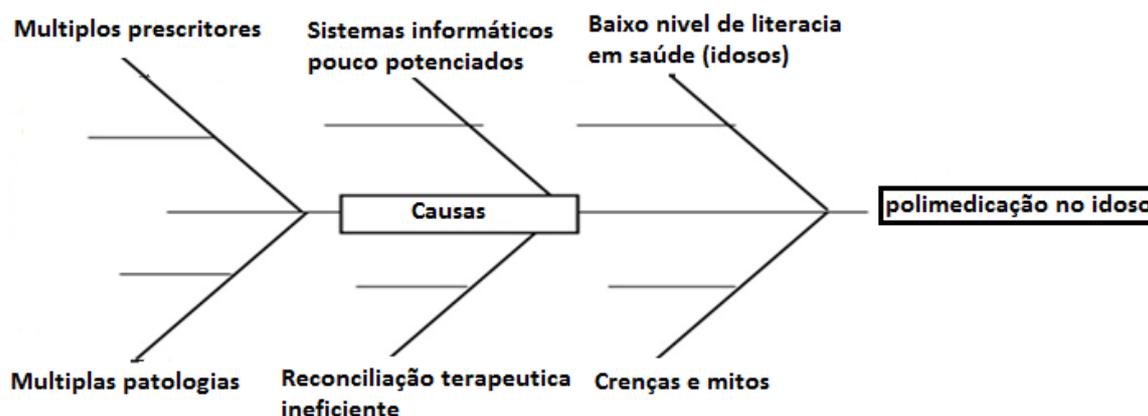


Figura 1. Diagrama de causa e efeito
(Adaptado de Ishikawa, 1993).

Quanto ao ciclo de PDCA (Figura 2), um dos procedimentos importantes conhecidos na gestão da qualidade é o uso do ciclo PDCA (Plan, Do Check, Action), desenvolvido em 1920 por Walter Shewhart e popularizado por W. Edwards Deming (C. Faria, 2017). É uma metodologia que tem como função básica o auxílio no diagnóstico, análise e prognóstico de problemas, sendo de importância fundamental para a solução de problemas. Poucos instrumentos se mostram tão efetivos para a busca do aperfeiçoamento quanto esse método de melhoria contínua, tendo em vista que ele conduz as ações sistemáticas que agilizam a obtenção de melhores resultados (Pacheco, 2009).

Por meio das suas etapas, espera-se que os resultados obtidos, e também o próprio processo

em si, sejam melhorados, formando uma espiral de qualidade ascendente. A essência do ciclo PDCA é a ideia de que as saídas de um processo geralmente formam parte das entradas do processo subsequente, formando um circuito de realimentação de informações para a tomada de decisões sobre o controlo da qualidade do processo (Bonduelle, Iwakiri, Franco, Moraes & Folador, 2009).

De acordo com Juran e Godfrey (1998), o ciclo PDCA é realizado na seguinte sequência: Planear – são estabelecidos as metas e métodos a serem controlados para alcançar os resultados pretendidos, com a finalidade de atender os requisitos do doente e as políticas do próprio sistema de gestão; Fazer – implica a implementação dos processos; Verificar – é a fase onde os processos e os seus resultados são registados e avaliados quanto ao atendimento às políticas, objetivos e requisitos estabelecidos para a otimização do processo prescritivo a utentes idosos; Atuar – inclui a seleção e tomada de ações corretivas para evitar a repetição de situações indesejáveis.

É neste ciclo recursivo e autoalimentado que se pode inscrever também a reconciliação terapêutica no processo da gestão das atitudes prescritivas farmacológicas.

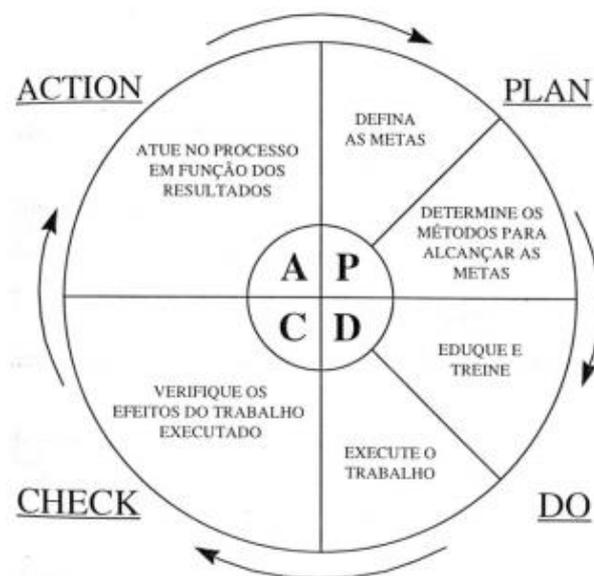


Figura 2. Ciclo PDCA

(Adaptado de Oliveira, Nadea, Oliveira & Salgado, 2011)

A qualidade é substancial, adjetivá-la é pleonasma, porque realmente só existe qualidade numa totalidade que abrange técnica, humanismo, salário, hermenêutica social e meio ambiente saudável.

A prática da melhoria nas organizações, nos dias atuais, é uma premissa para a manutenção de sua competitividade no mercado. Ocorrendo de forma estruturada ou não, os programas de melhoria devem oferecer às organizações condições de efetuarem rápidas mudanças, tornando-as flexíveis frente às alterações dos contextos sociais e económicos (Gonzales & Martins, 2007).

A gestão da qualidade torna-se aliada dos processos que envolvem a estratégia, a estrutura, os fluxos de comunicação, os colaboradores e a gestão da rotina, nomeadamente do regime prescritivo efetivo e atual (A. B. Santos & Antonelli, 2011).

A ideia de trabalhar de forma participativa numa organização apresenta-se com uma carga de subjetividade assente no reconhecimento, valorização e integração do profissional, sendo que a organização é responsável e detentora das condições de modificar, influenciar e aprimorar as práticas, as relações e os processos de trabalho (Schaumann & Tupinambá, 2009).

A necessidade de aliar a habilidade técnica de seus profissionais especializados a um modelo de gestão mais produtivo, racional e humanitário, talvez seja a solução. Apesar de diversos grupos sociais destacarem a necessidade de mudanças urgentes no modo de trabalhar na saúde pública, poucos têm tido a pretensão de operar as mudanças e agir nos aspetos micro dos processos de produção em saúde (Lima, 2007).

O desenvolvimento organizacional pode encontrar-se na aplicação do modelo de gestão da qualidade e na melhoria contínua dos processos, o que por consequência ajudará na questão financeira. Sem esta sustentação, consideramos impossível fazer saúde pública com qualidade, nomeadamente no que à atividade prescritiva de medicamentos diz respeito.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

1. DESENHO DO ESTUDO EMPÍRICO

A fase metodológica constitui uma etapa de precisão e planeamento, serve, principalmente, para demonstrar a verdade, pois nada é deixado ao acaso e é impossível improvisar. Significa caminho e, como o caminho se faz caminhando, o método que nos deve orientar é esse mesmo, um percurso sistematizado e sustentado, com vista ao conhecimento.

Para contextualizar o desenvolvimento da investigação, foi incorporada uma revisão sistemática da literatura científica contemporânea sobre a polimedicação em idosos: reconciliação terapêutica como ferramenta para a gestão do processo terapêutico.

Esta opção foi considerada oportuna para se aprender com a diversidade de estudos e visões diferentes que, tendo em conta a mesma problemática, possibilita a comparação com os resultados da investigação e oferece um quadro referencial capaz de servir de base ao diálogo nas políticas de gestão do regime terapêutico dirigidas para essa população.

No decurso da fase conceptual, empenhamo-nos em documentar o tema de estudo, o que conduziu “à formulação do problema de investigação e ao enunciado do objetivo, das questões.... A fase metodológica tem por objetivo precisar a maneira como a questão de investigação será integrada num desenho, que indicará as atividades a realizar no decurso da investigação” (Fortin, Coté & Fillion, 2009, p.214).

Todo o trabalho de construção teórica e empírica em volta do tema: “A Polimedicação em Idosos: Reconciliação Terapêutica Ferramenta para a Gestão do Processo Terapêutico” implica um processo permanente de escolhas epistemológicas que, de forma mais ou menos coerente, conduzem a um conjunto de ilações que se apresentam nesta tese. Uma das primeiras aprendizagens neste processo de definição de uma abordagem ideológica e metodológica foi a tomada de consciência de que o envelhecimento é um acontecimento evolutivo contínuo, que se inicia no momento da conceção e continua ao longo de todo o processo vital; não consiste num momento específico no nosso percurso de vida e também o envelhecimento traz consigo não raras vezes múltiplas morbilidades que conduzem atitudes prescritivas diversas. Esta evidência, que à primeira vista parece básica, na verdade, desafia teórica e metodologicamente toda a abordagem sobre o tema da polimedicação no envelhecimento, porque o processo metodológico, para além de fornecer um plano, “permite responder às questões.... Planeando ponto por ponto o seu estudo, o investigador pode

eliminar ou, pelo menos, reduzir ao mínimo as fontes de erro e, assim, chegar a uma só explicação plausível, no termo da sua investigação” (Fortin et al., 2009, p.214).

A investigação orienta o investigador na planificação e na realização do seu estudo para que consiga atingir os objetivos delineados. “Na composição do desenho de investigação entram vários elementos, sendo os principais: as comparações...o meio, a intervenção, ...a comunicação com os participantes, os instrumentos de medida, os tempos de colheita e análise dos dados” (Fortin et al., 2009, p.231).

A escolha do tema está relacionada com investimentos feitos anteriormente, quer na área da gestão, quer na saúde comunitária a nível profissional e a nível de investigação, quer na área da saúde dos idosos, quer ainda na área da intervenção no sistema familiar e nas redes de suporte social.

Sendo a toma de medicamentos, prescritos pelo médico ou em automedicação, um ato comum no quotidiano da população, esta pesquisa surge a partir da colocação de um problema, de uma necessidade sentida e de uma inquietação para a qual é essencial encontrar soluções, nomeadamente no que à polimedicação e suas consequências, no idoso, diz respeito.

Fazer um estudo, numa amostra da população portuguesa, sobre “A polimedicação em idosos: Reconciliação terapêutica – Ferramenta para a gestão do processo terapêutico” foi um desafio equacionado a partir da perceção de saúde do idoso, do que se sabe acerca da polimedicação do idoso, assim como dos principais fatores que para ela contribuem.

Tal problemática encontra eco no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro) onde o Objetivo Estratégico nº 4 refere a necessidade de “Aumentar a segurança na utilização da medicação”, atendendo a que as alterações na farmacologia geriátrica afetam bastante a relação risco-benefício da terapêutica e devem ser bem ponderadas na implementação desta (Hilmer, McLachlan & Le Couteur, 2007). Existem diversos problemas relacionados com os medicamentos, ou seja, experiências envolvendo a farmacoterapia que interferem, ou apresentam potencial para interferir, com os resultados esperados da terapêutica, como por exemplo, as interações medicamentosas e as reações adversas (Fulton & Allen, 2005; Hobson, 1992). Mais de 50% das situações de eventos adversos relacionados com medicamentos ocorrem em pessoas entre os 65 e os 74 anos, daí ser tão relevante ter atenção a estes acontecimentos em geriatria (Masoodi, 2008).

O questionamento em torno destas observações traduz um olhar crítico sobre a conceção da gestão da saúde inerente à focalização no doente, na doença, ou ainda, na doença física, como alguns acham necessário precisar (Kornblit, 1996; L. Sousa, Relvas & Mendes, 2007). Ora, esta conceção afasta-se em muito da ideia holística de saúde que preconizamos, pelo que consideramos a necessidade de equacionar intervenções que permitam a otimização da gestão do processo terapêutico do idoso potenciando o seu próprio projeto de saúde.

Em conformidade com esta perspetiva, a narrativa deste trabalho procurou também o enquadramento da gestão do regime terapêutico do idoso num âmbito macro relativamente ao custo efetividade individual e institucional, nomeadamente através dos ganhos em saúde globais.

A preocupação nos gestores, dirigentes e profissionais de saúde gerada pela forma de gerir a qualidade prescritiva de saúde, reflete o desvio existente entre as práticas de gestão, as exigências das organizações e as execuções dos profissionais e dos utentes. Assim, minimizar esse desvio exige o conhecimento de conceitos sobre polimedicação, farmacodinâmica, farmacocinética, reconciliação terapêutica, doença crónica, multimorbilidade e ferramentas de qualidade para ajudar a compreender e a complementar práticas renovadas na gestão do regime terapêutico do idoso e consequentemente da gestão das organizações de saúde enquanto prestadores de serviços à população.

A preocupação da gestão no processo relativo à polimedicação encontra eco no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020, onde se pode ler que “a literatura internacional refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos” (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, p.3288-5).

Estima-se, ainda, que ocorram, anualmente, inúmeras consultas em serviços de urgência devido a incidentes relacionados com a medicação, com elevados custos financeiros decorrentes de incidentes com medicamentos.

A polimedicação é, portanto, uma realidade frequente na sociedade dos nossos dias, resultado da presença de inúmeras comorbilidades associadas à doença crónica, em especial no doente idoso.

O medicamento, apesar do fim a que se destina ser benéfico, pode apresentar efeitos colaterais ou reações intermedicamentosas, existindo, ainda, probabilidade acrescida de ocorrência de

incidentes. A OMS estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde” (Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, p.3288-5).

Nas últimas décadas, o meio empresarial tem-se mostrado cada vez mais volátil e competitivo, exigindo das organizações constantes esforços em busca de uma gestão de excelência por via da hegemonia dos cuidados prestados, nomeadamente a nível custo-efetividade (Foguel, 2010), onde se encontra a problemática da polimedicação e do custo/efetividade do regime terapêutico prescrito.

Vivenciar esta experiência e aprofundar os conhecimentos no mundo empírico revela uma completa relevância para as organizações de saúde que precisam mais do que nunca compreender a necessidade de avaliar e alterar práticas para assim responder às necessidades reais dos idosos numa visão integral da pessoa humana, que mesmo com as suas limitações pode e deve usufruir dos direitos de qualquer cidadão de aceder a cuidados de saúde de excelência.

1.1. Finalidade e objetivos

Fazer um estudo, numa amostra da população portuguesa, sobre “A polimedicação em idosos: reconciliação terapêutica – ferramenta para a gestão do processo terapêutico” foi um desafio equacionado a partir da perceção de saúde da multiplicidade terapêutica instituída à população idosa, das consequências da multi e polimedicação assim como dos principais fatores que para ela contribuem. Este diagnóstico fez perceber que há inúmeros campos abertos à investigação nesta área.

Pode dizer-se que o principal interesse deste estudo não foi efetuar generalizações, mas antes fornecer contributos para a reflexão e debate sobre a gestão do regime terapêutico nomeadamente da reconciliação terapêutica como ferramenta de gestão da saúde, tendo como ponto de partida a sua complexidade e singularidade. Assim, em oposição às afirmações universais e à explicação dos fenómenos numa causalidade linear, interessa, como refere Serrano (2004) “conhecer as realidades concretas nas suas dimensões reais e temporais, o aqui e o agora no seu contexto” (p.32).

Considerando estes pressupostos e sabendo que a epidemiologia se interessa tanto pelos fatores de risco como pelos fatores de prognóstico, ou seja, aqueles que se mostram capazes de influenciar o curso de uma doença (Bloch & Coutinho, 2002), ou mesmo pelos fatores protetores, deve considerar-se imperioso identificar e descrever as características da população idosa e investigar a interação entre os fatores de risco e de proteção de forma a minimizar, ou mesmo eliminar, fatores potenciadores de intercorrências em saúde evitáveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida do idoso, mantendo-o proativo no seu projeto de vida e saúde e contribuindo simultaneamente para a redução de custos em saúde, tema tão atual nos tempos conturbados em que vivemos.

O objetivo central deste estudo consiste na avaliação da gestão do fenómeno da polimedicação na população idosa e do modo como, através da reconciliação terapêutica, poderá ser conseguida uma melhor gestão dos recursos de saúde e económicos sem comprometer a qualidade de vida e a gestão da doença crónica, padrão epidemiológico que caracteriza a população idosa em Portugal. Está, assim, lançado o desafio à gestão em serviços de saúde na perspetiva de conciliar a visão mais economicista com a perspetiva da justiça distributiva na política prescritiva.

Enraizado numa perspetiva sistémica e holística, o estudo pretende: (i) apresentar o retrato sociodemográfico da população idosa do concelho de Vila Real; (ii) caracterizar o perfil de saúde/doença na população idosa; (iii) caracterizar o perfil epidemiológico da polimedicação na população idosa; (iv) conhecer a adesão ao regime medicamentoso na população idosa.

Neste sentido, pretende-se dar contributo para a utilização de critérios para boas práticas clínicas na prescrição medicamentosa através das novas tecnologias que conduzam a uma maior eficácia e eficiência do processo prescritivo, no sentido da formulação de políticas de gestão ajustadas aos desafios, exigências e necessidades da população idosa.

Fundados na literatura revista, em convicções relacionadas com os trajetos traçados profissionalmente e nos objetivos preconizados no estudo, orientou-se a formulação das perguntas de investigação que a seguir se apresentam:

- Qual o perfil de saúde/doença na população idosa?
- Qual o perfil epidemiológico da polimedicação na população idosa?
- Qual a adesão ao regime medicamentoso na população idosa?

De um modo geral pode dizer-se que a variável é formada por uma série de atributos ou valores necessários para a compreensão do facto ou fenómeno a ser estudado. Complementando esta opinião, Marconi e Lakatos (2004) referem que as variáveis devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional. São especificadas as variáveis categoriais, formadas por categorias mutuamente exclusivas e que podem seguir ou não uma ordem natural e as variáveis numéricas, formadas por números que indicam a quantidade do que se está a medir.

As variáveis são, pois, as características que observamos para clarificar o problema em estudo. Assim, existem vários tipos de variáveis, conforme a função que desempenham – caracterização, explicativas ou independentes, de resultado ou dependentes, de enviesamento e intervenientes. As variáveis independentes “são as que influenciam, determinam ou afetam uma outra variável” e as variáveis dependentes “consistem naqueles valores (fenómenos, fatores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afetados pelas variáveis independentes” (Marconi & Lakatos, 2004, p.189).

Neste estudo, a variável dependente é a polimedicação de idosos residentes no concelho de Vila Real.

Epistemologicamente, a quantidade é uma interpretação, tradução e significado que é atribuído à grandeza com que um fenómeno se manifesta (mensuração dessa grandeza sob determinados critérios), mas ela necessita ser interpretado qualitativamente, pois em si, o seu significado seria muito restrito, tendo em conta os processos humanos e sociais que, pela sua natureza, são abrangentes, dinâmicos e complexos.

Esta investigação situa-se na área da estratégia, pela possibilidade de transversalidade de uma abordagem que permita ter uma compreensão sistémica dos processos subjacentes ao tema que a reflexão estratégica poderá ter para a mudança de determinados serviços na área da saúde.

O aumento dos custos na prestação dos cuidados de saúde, em regra acima das taxas de inflação, a busca de eficiência num ambiente cada vez mais competitivo e paradoxal de escassez e desperdício de recursos, cria a oportunidade para a procura de soluções de otimização dos recursos sejam eles físicos, tecnológicos, humanos e sobretudo da prática clínica. Um raciocínio corrente da gestão estratégica passa por avaliar quais as atividades que a organização pode e deve explorar, em que condições o devem realizar e de que forma pode

otimizar os custos/benefícios. A tendência é para cada vez mais, se encarar a decisão de encetar processos de mudança como sendo uma alternativa estratégica, para que, no longo prazo, se possam retirar verdadeiros benefícios na saúde individual e consequentemente benefícios organizacionais, tornando mais eficazes e efetivos os serviços prestados.

O consumo de vários medicamentos comporta riscos para o doente, pois aumenta a possibilidade de interação terapêutica e aumenta a possibilidade de erro aquando da sua utilização. A reconciliação terapêutica é um importante instrumento de gestão dos diferentes recursos de saúde, pelo que se considera relevante a pesquisa de dados que sustentem um debate sério sobre a gestão dos recursos de saúde finitos e da otimização da sua utilização assertiva.

1.2. Material e métodos

Nesta secção, apresenta-se o material utilizado e os procedimentos realizados no desenvolvimento da pesquisa. A descrição dos métodos é apresentada de forma detalhada e comporta várias dimensões, que vão desde a formulação da amostra, ao instrumento de recolha de dados, ao consentimento informado, à recolha dos dados, à sua introdução no programa informático e ao processamento e tratamento.

Pretende-se fazer uma descrição clara do desenho utilizado. Descrevem-se as características da amostra e indica-se o seu tamanho. É necessário precisar nesta secção a forma como se procedeu para obter o consentimento dos participantes. No que diz respeito à avaliação dos métodos de recolha de dados, há que determinar como foram recolhidos. Os instrumentos de medida devem ser fiéis e válidos (Fortin et al., 2009).

Em termos gerais, nesta secção descreve-se: *a)* a especificação do material utilizado na pesquisa; *b)* a descrição os critérios de inclusão e exclusão; *c)* a enumeração dos métodos utilizados em ordem cronológica, de forma clara e explícita; *d)* a descrição do(s) instrumento(s) de recolha de dados e o processo de tratamento, e ainda a enumeração do processo de construção do tamanho da amostra.

“As questões que se reportam ao método têm por objetivo determinar em que medida a condução do estudo responde às exigências metodológicas” (Fortin et al., 2009, p.529).

A criação de ciência exige a aplicação de um método que garanta a exatidão dos conhecimentos. Por outras palavras, precisa da aplicação do denominado método científico, cuja definição segundo Barañano (2008), “... é uma orientação que facilita ao investigador um planeamento da sua investigação, a formulação de questões de investigação, a realização de experiências e a interpretação dos seus resultados” (p. 142).

1.2.1. Tipo de estudo

Tendo em consideração que cada disciplina científica, conforme os seus próprios conceitos fundamentais e segundo as operações às quais estes se prestam, é levada a utilizar uma lógica mais ou menos elaborada, todos os cambiantes são possíveis, entre o rigor extremo da linguagem matemática mais refinada e as aproximações da linguagem corrente. Aquilo que o matemático tem necessidade de demonstrar, pode revelar-se evidente no quadro de uma lógica menos exigente. Inversamente, não é raro, em certas disciplinas, usarem-se noções que, pela sua semântica, podem parecer incompletas aos especialistas das ciências exatas.

Dado que a escolha da metodologia se deve fazer em função da natureza do problema a estudar (Serrano, 2004), considerou-se pertinente desenvolver um estudo qualitativo de análise documental que será complementado por um questionário aplicado à população idosa com a respetiva análise quantitativa.

Relacionado ao tipo de estudo que se deseja realizar, pela natureza e nível de detalhe do problema, é necessário escolher procedimentos sistemáticos que permitam descrever e interpretar adequadamente a realidade em estudo, ou seja, um método.

Em função dos objetivos delineados, o estudo é exploratório, descritivo, analítico. Exploratório, porque com a realização deste estudo pretende-se conhecer a realidade existente relativamente à polimedicação em idosos do concelho de Vila Real. Segundo Gil (1999), o referido estudo tem como objetivo “proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado facto” (p.43), especialmente utilizado nas seguintes circunstâncias: “o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis” (p.43). É um estudo descritivo porque, segundo Rudio (2002), pretende-se obter informação do que existe, a fim de poder descrever e interpretar a realidade descrevendo os fenómenos tais como já existem na realidade. Na mesma linha de pensamento, Gil (1995) refere que os estudos descritivos têm como objetivo primordial a

descrição das características de determinada população. Entre as pesquisas descritivas, nas ciências sociais, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo: a sua distribuição por idade, sexo, procedência, nível de escolaridade, estado de saúde física e mental, etc. Uma vez que se pretende apresentar em detalhe factos e fenómenos vivenciados na experiência dos indivíduos, o estudo descritivo consiste em “descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta” (Duhamel & Fortin, 2003, p.163). A investigação a realizar enquadra-se no domínio da investigação descritiva, uma vez que visa “estudar, compreender e explicar a situação atual do objeto de investigação Os dados numa investigação descritiva são normalmente recolhidos mediante a administração de um questionário, a realização de uma entrevista ou recorrendo à observação da situação real” (Carmo & Ferreira, 1998, p.213).

Trata-se de um estudo analítico, pois permitiu compilar os dados disponíveis para se poder analisar e compreender o fenómeno.

A recolha de dados efetuou-se por recurso a questionários e análise documental. O recurso a múltiplas fontes, não só permitirá uma maior compreensão do fenómeno e do contexto, como favorecerá a validade interna da investigação (Voss, Tsikriktsis & Frohlich, 2002).

De acordo com Richardson (1989), há dois grandes métodos: o quantitativo e o qualitativo. O primeiro caracteriza-se pelo emprego da quantificação, tanto na colheita de informações quanto no seu tratamento por meio de técnicas estatísticas, sendo amplamente aplicado em estudos descritivos. Ele visa basicamente, garantir a precisão dos resultados, evitar distorção de análise e interpretação. O segundo difere do primeiro, à medida que não emprega um instrumental estatístico como base do processo de análise de um problema, não pretendendo numerar ou medir unidades ou categorias homogéneas. O método qualitativo justifica-se por ser uma forma adequada para entender a natureza de um fenómeno social.

O enfoque quantitativo usa a recolha de dados para testar as hipóteses com base na medição numérica na análise estatística, para estabelecer padrões de comportamento e no enfoque qualitativo, utiliza a recolha de dados sem medição numérica para descobrir ou aperfeiçoar questões de pesquisa e pode ou não provar hipóteses no seu processo de interpretação.

Os dados obtidos são submetidos a análises estatísticas com o apoio do software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS). Os resultados são discutidos e ao final são apresentadas conclusões e considerações finais.

Várias razões presidiram à escolha deste ACeS como unidade de análise, nomeadamente o facto de ser colaboradora desta instituição, o que possibilita ganhos em termos de tempo, dinheiro, esforço e informação. Neste sentido, a realização deste estudo poderá beneficiar também a própria instituição na medida em que poderá fazer valer-se dos resultados obtidos como estratégia de melhoria de gestão.

1.2.2. Do universo de estudo à técnica de amostragem

Em estatística a população designa um conjunto de elementos com alguma (s) característica (s) comum (ns) e com potencial interesse para o estudo (Fortin et al., 2009). Ou também é definida população como o conjunto de elementos que formam o universo do estudo e encontram-se sobre as mesmas condições de observação.

A amostra representa um subconjunto finito representativo da população. Ela apenas deve ser utilizada se for impossível ou demasiado custoso trabalhar toda a população.

Segundo Tuckman (2005), população “...é o grupo em relação ao qual vai iniciar-se o estudo” (p.187). Atendendo ao Censos de 2011 (INE, 2012), a tabela 2 apresenta a população total e, mais especificamente, com idade superior ou igual a 65 anos, residente nas 20 freguesias do concelho de Vila Real e que orientou a constituição da amostra para o presente estudo.

Tabela 2.

População com 65 e mais anos do ACeS Douro 1- Marão e Douro Norte

| População 65 e mais anos | |
|--------------------------|-------|
| Alijó | 3355 |
| Mesão Frio | 929 |
| Murça | 1671 |
| Peso da Régua | 3353 |
| Sabrosa | 1692 |
| Santa Marta de Penaguião | 1838 |
| Vila Real | 9341 |
| Total | 22179 |

Fonte: INE (2011).

O ACeS Douro 1 - Marão e Douro Norte, é composto por sete concelhos. Com um total de 105.025 habitantes, 22.179 têm idade igual ou superior a 65 anos (Sistema de informação da ARS Norte [SIARS], 2017).

O inquérito por amostragem é aquele que é levado a efeito sobre uma amostra, isto é, sobre uma fração da população total estudada, com o objetivo de obter a informação necessária sobre essa população no momento certo e ao menor custo possível (Barañano, 2008). A dimensão da amostra depende de uma série de fatores e se os elementos da população têm comportamentos similares, a dimensão da amostra pode ser pequena.

No presente trabalho, fica evidente a inviabilidade de uma colheita de dados envolvendo toda população, principalmente no que se refere aos idosos, em função do tempo determinado para a pesquisa e da necessidade de um maior número de recursos humanos e financeiros para sua realização pelo que foi necessário proceder à seleção de uma amostra.

A questão da escolha da parte que vai representar o todo é sempre um dos problemas mais delicados a resolver quando, em investigação, se utiliza o método de medida ou análise extensiva. Porém, como referem Ghiglione e Matalon (1997), não existe qualquer método que nos assegure, em todos os casos, uma amostra absolutamente representativa. Por esta razão, é necessário estar atento às dificuldades, não ficar preso a dados aleatórios e não se vincular rigidamente ao cumprimento das quotas, o que poderia comprometer todo o estudo por causa dos enviesamentos inevitáveis. Neste sentido, procurámos que a composição da amostra e a sua representatividade não condicionasse as conclusões do estudo de investigação.

A primeira questão que se colocou, em termos de operacionalização da pesquisa, foi saber como constituir a amostra de idosos. Para obtermos uma amostra, que pretendíamos representativa e adequada aos objetivos do estudo, e tendo em conta os dados do Censos de 2011 (INE, 2012), seleccionámos a população com 65 ou mais anos, estabelecemos o nível percentual dos idosos inscritos neste ACeS. Face a este indicador, seleccionámos apenas os utentes que tendo recorrido aos serviços de saúde na primeira semana de maio e junho tenham aceite participar no estudo. Ao aplicar o critério anteriormente mencionado, verificou-se que apesar de apresentarem a população idosa, o número de sujeitos a incluir na amostra era reduzido para garantir a representatividade estatística, pelo que se tomou como opção metodológica garantir a inclusão de pelo menos 15 sujeitos no estudo.

A amostra foi, então, casual não probabilística, de conveniência, de indivíduos com 65 ou mais anos de idade, da área de abrangência do ACeS Douro 1- Marão e Douro Norte.

Por questões de operacionalidade, foram considerados como critérios de inclusão, estar inscrito numa das unidades funcionais do ACeS Douro 1- Marão e Douro Norte, ter idade ≥ 65 anos e aceitar participar no estudo. Trata-se de uma amostra não probabilística, tendo seguido os critérios de seleção acima mencionados.

Foi critério de exclusão de participação no estudo, os idosos que não cedessem o seu consentimento para a realização do questionário ou cuja situação de saúde não permitissem participar por impossibilidade de comunicação verbal/escrita.

Na realidade, neste trabalho o tamanho da amostra foi truncado em $n=594$ utentes idosos de ambos os sexos e os mesmos foram observados por amostragem de conveniência.

1.2.3. Instrumento de recolha de dados

Dada a natureza da problemática em estudo, optou-se por utilizar como instrumento de recolha de dados um questionário construído especificamente para este trabalho, tendo em conta os diferentes referenciais teóricos. Inclui variáveis de natureza quantitativa e qualitativa de forma complementar.

Do questionário utilizado (*Apêndice A*), que pretende dar resposta aos objetivos do estudo, constam as partes que sumariamente passamos a descrever:

Caracterização sociodemográfica, elaborado com o intuito de adquirir informação quanto às características pessoais e sociais da população em estudo, bem como obter dados acerca de algumas variáveis relativas à idade, sexo, estado civil, nível de instrução, meio de vida, valor do rendimento mensal.

Caracterização do perfil epidemiológico e de saúde do idoso, através de questões que identificassem o estado de saúde no momento da aplicação do inquérito, as patologias observadas, os internamentos, prescrições terapêuticas/medicação autoinstituída, gastos com saúde.

Enquanto fenómeno transversal a todos os idosos, a gestão da saúde procura a obtenção de dados que evidenciem a articulação entre a dimensão da saúde física e psicológica, económica

e social do processo terapêutico dos idosos para a formulação de políticas de gestão ajustadas às necessidades atuais (Börsch-Supan et al., (2013). O questionário engloba variáveis de saúde (auto-percepção do estado de saúde, condições de saúde, funções física e cognitiva, psicológicas (saúde psicológica, bem-estar), económicas (rendimento do agregado e educação) e sociais (assistência familiar, redes sociais).

PH (Saúde Física) procura captar vários aspetos da saúde do entrevistado, desde a auto-percepção da sua saúde a aspetos mais concretos do seu estado de saúde como a doença crónica, dores; *HC (Cuidados de Saúde)* inclui questões sobre a frequência com que o entrevistado procura cuidados médicos, desde a ida ao médico a estadias no hospital; *PM (perfil medicamentoso)* perfil medicamentoso instituído e observado bem como os gastos com a aquisição de medicamentos.

Sempre que oportuno e necessário, foi agendada e realizada pelo pesquisador e seus colaboradores uma visita domiciliária, sendo os domicílios escolhidos aleatoriamente aquando da primeira abordagem nas unidades funcionais de atendimento. No momento da visita, foi solicitado ao idoso que responda ao questionário que teve apoio do pesquisador.

Os dados que decorreram da aplicação do questionário serão analisados com o SPSS, versão 20,0 for Windows, e apresentar-se-ão em tabelas as suas frequências absolutas, relativas (Pestana & Gageiro, 2005). Os dados obtidos através da análise documental, serão trabalhados com o objetivo de descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta do original, visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar o seu intercâmbio, difusão e uso, num intuito de comparabilidade e complementaridade dos dados obtidos (Souza, Kantorski & Luis, 2011).

A análise documental faz-se principalmente por classificação-indexação e por intermédio de procedimentos de transformação, tendo como objetivo, analisar e representar de forma condensada as informações provenientes dos elementos pesquisados, que permitem elaborar um documento secundário com o máximo de informações pertinentes sobre a temática em foco.

É precisamente este procedimento que vem dotar o presente estudo de inquestionável pertinência, compilando informações para que esta se torne facilmente acessível ao observador, sendo uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou um banco de dados (Bardin, 1977).

A análise documental foi efetuada a partir de documentos provenientes de diferentes fontes de informação: relatório do INFARMED; Administração Central do Sistema de Saúde; DGS; Administração Regional de Saúde (ARS); Serviços Farmacêuticos; Plataformas de acesso público nacionais e internacionais, bem como toda a informação fornecida pelas entidades com interesse pela questão em estudo.

A aplicação em simultâneo dos saberes inerentes às metodologias quantitativa e qualitativa poderá potenciar a recolha de informação conducente a um grande avanço na investigação social. Partindo de uma atitude positiva face a ambas as metodologias, investigadores de metodologia mista estão em melhor posição, porque estão munidos de lentes bifocais em vez de lentes simples.

1.2.3.1. Pré-teste

Com a finalidade de validar a clareza, compreensão, precisão e pertinência das questões e prever o tempo médio do preenchimento do questionário, foi aplicado um pré-teste a idosos do concelho de Cabeceiras de Basto - Moscoso, pertencente ao distrito de Braga, com características semelhantes às da população alvo.

Esta etapa é, segundo Fortin, Grenier e Nadeau (2003),” indispensável e permite corrigir e modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem das questões” (p.253).

Após a aplicação do pré-teste, foi necessário introduzir algumas alterações relativas a certas questões que dificultavam o preenchimento do instrumento de recolha de dados, houve necessidade de adequar a linguagem e a colocação das questões. O tempo despendido, em média, no preenchimento do questionário foi de, aproximadamente, 20 minutos.

1.2.4. Procedimentos na recolha de dados

Tendo sido apresentado o pedido de autorização para recolha de dados de investigação à comissão de ética da ARS Norte em agosto de 2016, veio a obter-se uma resposta com aprovação em reunião do dia 08 de novembro de 2016, por unanimidade, com o processo nº 123 de 2016 (*Apêndice B*). Foi necessário um processo adicional de especificações e de contacto prévio (via email) com os coordenadores das unidades envolvidas, via Diretor

Executivo do ACeS Douro1 - Marão e Douro Norte (*Apêndice C*), de forma a envolvê-los. Este processo de contacto e pedido de colaboração e autorização da recolha de dados foi feito em agosto de 2016, tendo-se iniciado a referida recolha maio/junho de 2017.

Iniciou-se a entrevista para a aplicação do questionário, com uma nota de apresentação, na qual constava a identificação do entrevistador, bem como os objetivos do estudo e o compromisso de garantia de confidencialidade na utilização das respostas obtidas. Após ter sido concedida a autorização, os questionários foram aplicados. Em algumas circunstâncias, houve a necessidade de um segundo agendamento, que se realizou no domicílio do utente, de forma a precisar algumas questões, nomeadamente em relação à terapêutica.

Atendendo ao baixo nível de escolaridade de alguns elementos da população, colocou-se a possibilidade de o entrevistador que se encontrava na presença do inquirido poder ajudar parcial ou totalmente no preenchimento do questionário.

Todos os participantes deste estudo são voluntários e foram informados acerca dos objetivos da investigação em curso. Foi solicitado o consentimento informado ao idoso por escrito (*Apêndice A*).

Ao longo do processo, o registo dos dados obtidos foi efetuado de forma a salvaguardar a confidencialidade (recorrendo-se, para tal, às iniciais do nome e ao código atribuído pelo entrevistador). As informações foram recolhidas tendo como destino único a construção da base de dados para esta investigação. Em todo o processo esteve presente o princípio da não maleficência. Os benefícios esperados decorrem dos resultados do estudo, da sua divulgação, assim como da adoção das suas recomendações.

1.2.5. Tratamento dos dados

O tratamento dos dados emerge no decorrer do processo de investigação, sendo uma fase integrada no mesmo, que está presente quando o investigador “...se remete a um período de colheita de dados e em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta para descobrir” (Dubouloz, 2003, p.306). No seguimento desta ideia, é premente proceder-se à transcrição total dos dados adquiridos no decorrer do referido processo de investigação.

Os dados foram analisados com o SPSS, versão 20,0 for Windows, e apresentam-se em tabelas as suas frequências absolutas, relativas, a moda, a média e o desvio padrão.

No presente estudo recorreu-se a procedimentos estatísticos para o tratamento dos dados, nomeadamente à estatística descritiva. Recorremos ainda à análise documental enquanto método de investigação da realidade social, que pode ser utilizada tanto nas abordagens de natureza positivista como também naquelas de caráter compreensivo, com enfoque mais crítico.

Tendo como foco o pensamento do investigador, os documentos escolhidos e a sua análise devem responder às questões da pesquisa, exigindo do investigador uma capacidade reflexiva e criativa não só na forma como compreende o problema, mas nas relações que consegue estabelecer entre este e seu contexto, no modo como elabora suas conclusões e como as comunica.

No cerne da discussão aqui apresentada, adota-se uma abordagem qualitativa do método, enfatizando não a quantificação ou descrição dos dados recolhidos, mas a importância das informações que podem ser geradas a partir de um olhar cuidadoso e crítico das fontes documentais que podem ser desprezíveis para uns e podem ocupar lugar central para outros.

Segundo Bravo (1991), são documentos todas as realizações produzidas pelo homem que se mostram como indícios de sua ação e que podem revelar suas ideias, opiniões e formas de atuar e viver. Nesta conceção é possível apontar vários tipos de documentos: os escritos; os numéricos ou estatísticos; e os de reprodução de som e imagem (Bravo, 1991).

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Neste capítulo, apresentaremos os resultados cuja sistematização possibilita a familiarização com os dados da amostra, no sentido de descrever as suas características básicas e também a relação entre as variáveis.

Tendo por base a compreensão da “polimedicação em idosos: Reconciliação terapêutica – Ferramenta para a gestão do processo terapêutico”, optou-se por conjugar, na apresentação dos resultados, os objetivos do estudo e as questões que os enquadram, com base nos seguintes blocos temáticos: (i) caracterização sociodemográfica relativa à idade, género, nível de instrução, meio de vida, agregado familiar, rendimento mensal; (ii) avaliação multidimensional da adaptação ao processo de envelhecimento na articulação entre a saúde (condições de saúde, percepção do estado de saúde, número de hospitalizações); (iii) Avaliação multidimensional da atividade prescritiva (expectativa em relação a prescrição de medicamentos numa consulta, adesão ao regime terapêutico prescrito, tipo de medicação que consome, percentagem de medicação genérica consumida) e gestão económicos (gastos financeiros associados ao consumo de medicamentos).

Para a apresentação dos dados mais relevantes, são utilizadas tabelas, a que se segue o comentário dos resultados e a sua comparação com outros estudos que permitam a melhor compreensão da problemática em estudo.

1.1. Caracterização sociodemográfica

Tendo por base os objetivos do estudo, os primeiros resultados dizem respeito à caracterização sociodemográfica da amostra, num total de 594 participantes.

Na Tabela 3 apresentam-se os dados de caracterização da amostra relativamente ao género, grupo etário, estado civil, nível de instrução, principal meio de vida, rendimento mensal e agregado familiar.

Tabela 3.
Caracterização sociodemográfica

| | | n | % |
|-------------------------------|-----------------------------------|-----|------|
| Sexo | Feminino | 401 | 67,5 |
| | Masculino | 193 | 32,5 |
| Grupo etário | 65-70 | 225 | 37,9 |
| | 71-76 | 166 | 27,9 |
| | 77-82 | 118 | 19,9 |
| | 83-88 | 61 | 10,3 |
| | ≥89 | 24 | 4,0 |
| Estado civil | Solteiro | 32 | 5,4 |
| | Casado | 365 | 61,4 |
| | União de facto | 2 | 0,3 |
| | Divorciado/Separado | 4 | 0,7 |
| | Viúvo | 191 | 32,2 |
| Nível de instrução | Sem instrução | 252 | 42,5 |
| | Ensino Básico 1º ciclo incompleto | 323 | 54,4 |
| | Ensino Básico 1º | 6 | 1,0 |
| | Ensino Básico 2º ciclo | 1 | 0,2 |
| | Ensino Básico 3º ciclo | 4 | 0,7 |
| | Ensino Superior | 8 | 1,3 |
| Principal meio de vida | A cargo da família | 56 | 9,4 |
| | Pensão de reforma | 510 | 85,9 |
| | Apoio Social | 28 | 4,7 |
| Rendimento mensal | <400 euros | 55 | 9,3 |
| | [400-500[| 464 | 78,1 |
| | [500-600[| 56 | 9,4 |
| | [600-700[| 15 | 2,5 |
| | ≥700 euros | 4 | 0,7 |
| Agregado familiar | Vive só | 99 | 16,7 |
| | Vive com companhia | 375 | 63,1 |
| | Institucionalizado | 120 | 20,2 |

As variáveis sociodemográficas possibilitam mais do que uma ocorrência para cada indivíduo. Desta forma, os resultados relacionados com estas variáveis foram considerados para a população alvo do estudo, nomeadamente no que à amostra diz respeito. Quanto às principais características sociodemográficas dos indivíduos, 67,5% da amostra é do género feminino, 65,8% tinha idade entre 65 e 76 anos. Quanto ao estado civil, 61,4% estão casados e 32,2% são viúvos. A maioria dos idosos (96,9%) tem baixo nível de instrução, sendo que 42,5% não tem qualquer grau académico e 54,4 % apenas refere ter o ensino básico com primeiro ciclo incompleto. A pensão de reforma é para 85,9% o principal meio de vida. Dos idosos inquiridos, 78,1% referiu ter um rendimento mensal entre os 400 e 500 euros e 63,1% vivia com a companhia de um familiar, que muitas vezes era representado pelo cônjuge da mesma idade.

A avaliação sociodemográfica foi ao encontro do esperado, em função da literatura existente. Portugal, de acordo com o Censos de 2011 (INE, 2012), apresenta um quadro de envelhecimento demográfico bastante acentuado, com uma população idosa (pessoas com 65 e mais anos) de 19,15%, sendo o índice de longevidade de 80,57 anos para as mulheres e 74,0

para os homens. O INE (2012) prevê ainda que, para 2050, essa tendência se agrave com um aumento significativo deste índice, sendo previsível que se situe em 84,1 anos nas mulheres e 77,9 nos homens, pelo que os resultados encontrados na nossa amostra refletem as estatísticas quer nacionais quer internacionais. O Eurostat (2013) também corrobora estas estatísticas, prevendo, para 2060, uma esperança média de vida de 89 anos para as mulheres e 84,9 anos para os homens. Esta realidade foi também confirmada por Coelho Filho e Ramos (1999), ao referir que “a predominância de idosos pertencentes ao sexo feminino refletiu a maior longevidade das mulheres em relação aos homens” (pp. 450-451).

Os dados encontrados neste estudo, relativamente ao estado civil, são consentâneos com os que refletem as estatísticas, uma vez que o INE (2012) refere que 20% dos idosos vivem sozinhos e 40% com outros idosos.

Quando se aborda o nível de instrução, verificamos que os dados encontrados no nosso estudo vão ao encontro do estudo realizado numa comunidade portuguesa, em 2001, onde a autora refere que a maioria dos idosos é analfabeta (48,6%) (Menezes, 2001). Também Nunes (2009) realizou um estudo segundo o qual a população idosa representada tinha como habilitações literárias o 1º ciclo do ensino básico (60%), e Braga, Casella, Campos e Paiva (2011) chegaram a resultados similares.

O rendimento auferido pelos idosos também encontra paralelo em estudos de diversa índole, nomeadamente em Costa, Nakatani e Bachion (2006), que identificam no grupo estudado 45,3% de idosos que auferiam rendimento mensal igual ou inferior ao salário mínimo.

1.2. Avaliação multidimensional da adaptação ao processo de saúde/doença

A saúde, sendo um pressuposto individual, é também um valor da comunidade, pois reflete-se em toda a sua realidade. É um direito fundamental da pessoa humana, que deve ser assegurado sem qualquer tipo de distinção, nomeadamente ideologia política ou condição socioeconómica. A saúde é, portanto, um valor coletivo, um bem de todos, devendo cada um usufruir dela sem prejuízo do coletivo.

Se é verdade que os progressos da medicina permitiram o aumento da vida média e por consequência a possibilidade de experienciar um vasto conjunto de doenças, é necessário garantir uma atitude positiva, não negligenciando as modificações que pouco a pouco se instalam e que comprometem o entendimento cultural da velhice matizado pelo contexto

histórico de cada indivíduo.

Relativamente à percepção que os idosos têm do seu estado de saúde, 45,8% refere uma saúde fraca, 20,5% refere ter uma saúde razoável, sendo que 31,6% refere uma saúde boa (Tabela 4).

Tabela 4.
Percepção dos idosos sobre o seu estado de saúde

| Em geral diria que a sua saúde é | n | % |
|---|----------|----------|
| Ótima | 9 | 1,5 |
| Muito boa | 3 | 0,5 |
| Boa | 188 | 31,6 |
| Razoável | 122 | 20,5 |
| Fraca | 272 | 45,8 |

A autopercepção do estado de saúde é um indicador importante preditivo de mortalidade e morbidade, bem como de utilização de serviços de saúde. Entre 1999 e 2006 (3º e 4º inquéritos nacionais de saúde), a proporção de indivíduos que avalia positivamente (muito bom ou bom) o seu estado de saúde subiu de 47% para 53%. No entanto, as assimetrias regionais foram consideradas significativas, oscilando os valores entre 46,8% e 57,2% (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2015).

Quando questionados sobre os problemas de saúde/doença de longa duração, 69,4% dos idosos referiram padecer de uma ou mais enfermidades (Tabela 5).

Tabela 5.
Percepção dos idosos sobre se sofrem de problemas de saúde de longa duração

| Sofre de algum problema de saúde, doença, incapacidade ou enfermidade de longa duração? | n | % |
|--|----------|----------|
| Sim | 412 | 69,4 |
| Não | 182 | 30,6 |

Tabela 6.
Percepção dos idosos do número das suas comorbilidades

| Número de Comorbilidades por doente | n | % |
|--|----------|----------|
| 0 | 182 | 30,6 |
| 1 | 72 | 12,1 |
| 2 | 68 | 11,4 |
| 3 | 86 | 14,5 |
| 4 | 102 | 17,2 |
| 5 | 58 | 9,8 |
| ≥6 | 26 | 4,4 |

Cerca de 55,2% dos doentes idosos apresentava entre uma ou quatro comorbilidades.

A OMS indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças (OMS, 2014).

Portugal não constitui exceção, assim, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde (INS) de 2005-2006, 5,2 milhões de pessoas sofriam de pelo menos uma doença crónica, 2,6 milhões tinham duas ou mais doenças crónicas, 300 mil sofriam de cinco ou mais doenças crónicas (INS, 2009).

As comorbilidades foram classificadas segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os resultados desta classificação, estão sumariados na tabela 7, sendo que o valor absoluto (n) é superior à amostra, uma vez que cada doente podia apresentar mais do que uma comorbilidade.

Tabela 7.

Problemas de saúde de longa duração referidos pelos idosos

| Problemas de saúde, doença, incapacidade ou enfermidade de longa duração | | | |
|---|----------|-----------------------------|------------------------|
| | n | % por utente (412ut) | % por patologia |
| Metabólicos | 250 | 60,7 | 21,0 |
| Cardiovasculares | 285 | 69,2 | 23,9 |
| Osteoarticulares | 232 | 56,3 | 19,4 |
| Medicina Geral | 12 | 2,9 | 1,0 |
| Respiratórios | 24 | 5,8 | 2,0 |
| Genitourinários | 41 | 9,9 | 3,4 |
| Neurológicos/Psiquiátricos | 42 | 10,1 | 3,5 |
| Gastrointestinal | 22 | 5,3 | 1,8 |
| Síndrome Doloroso | 239 | 58,0 | 20,2 |
| Carcinoma | 9 | 2,1 | 0,8 |
| Auditivos | 4 | 0,9 | 0,3 |
| Oftalmológicos | 31 | 7,5 | 2,5 |
| Dependência | 2 | 0,4 | 0,2 |

Dos 594 inquiridos, 182 (30,6%) referiram não ter qualquer problema de saúde e 412 (69,4%) referiram apresentar pelo menos uma patologia (Tabela 5). Das comorbilidades identificadas, 69,2% eram problemas cardiovasculares, 60,7% problemas metabólicos, 58,0% síndrome doloroso e 56,3% problemas osteoarticulares (Tabela 7).

A OMS (2014) refere doença crónica como sendo a doença permanente que produz

incapacidade/deficiência residual, é causada por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou pode exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Atendendo à definição de doença crónica da OMS, no nosso estudo 76,9% dos inquiridos relatam mais de 6 anos como sendo o tempo médio do diagnóstico da sua patologia crónica (Tabela 8).

Tabela 8.

Perceção dos idosos sobre o tempo médio em que foram diagnosticadas as doenças crónicas

| Há quanto tempo sofre em média das doenças referidas? | | |
|---|-----|------|
| | n | % |
| < 1 ano | 39 | 6,6 |
| 1-3 anos | 59 | 9,9 |
| 4-6 anos | 37 | 6,2 |
| Mais que 6 anos | 457 | 76,9 |
| Não Sabe | 2 | 0,3 |

Dados do National Health System britânico revelam que cerca de 80% das consultas dos cuidados de saúde primários são por doenças crónicas, que estes doentes (com as suas complicações) utilizam mais de 60% dos dias de internamento hospitalar, que 70% dos doentes admitidos nos serviços de urgência têm uma exacerbação de doença crónica, que para os doentes com mais do que uma doença crónica os custos são seis vezes mais elevados do que os que têm apenas uma doença, que 10% dos utilizadores intensivos dos serviços contribuem com 55% dos dias de internamento e que 5% dos utilizadores altamente intensivos dos serviços contribuem com 40% dos dias de internamento hospitalar (I. Santos, 2016; Nolte & McKee, 2008).

Relativamente à nossa amostra, 51,7% dos inquiridos foram hospitalizados no ano anterior à aplicação do inquérito (Tabela 9) e 31,1% tinha-o sido entre 4 e 6 vezes (Tabela 10).

Tabela 9.

Perceção do idoso sobre ter sido hospitalizado no ano anterior à aplicação do questionário

| No ano anterior à aplicação do inquérito, já alguma vez esteve hospitalizado? | | |
|---|-----|------|
| | n | % |
| Sim | 307 | 51,7 |
| Não | 287 | 48,3 |

Tabela 10.

Percepção do idoso sobre o número de internamentos ocorridos no ano anterior à aplicação do questionário

| No ano anterior à aplicação do questionário, qual o número médio de internamentos? | | |
|--|-----|------|
| | n | % |
| Nenhum | 287 | 48,3 |
| 1-3 vezes | 121 | 20,4 |
| 4-6 vezes | 185 | 31,1 |
| > 6 vezes | 1 | 0,2 |

Cerca de 10% dos principais utilizadores são responsáveis por 55% dos dias de internamento hospitalar, não surpreendendo que o trabalho maioritário nas enfermarias de medicina recaia já em agudizações recorrentes de doenças crónicas e não no conceito clássico de cuidados agudos (A. Faria, 2012). Os resultados obtidos no nosso estudo referem que 30,8% dos idosos foram internados na medicina, por exacerbação de doença crónica.

Tabela 11.

Percepção do idoso sobre a(s) causa(s) que motivaram o(s) internamento(s)

| Problemas de saúde, doença que motivaram internamento no ano anterior à aplicação do questionário | | |
|---|-----|------|
| | n | % |
| Medicina interna | 183 | 30,8 |
| Cardiovasculares | 48 | 8,1 |
| Osteoarticulares | 2 | 0,3 |
| Respiratórios | 7 | 1,2 |
| Genitourinários | 16 | 2,7 |
| Neurológicos/ Psiquiátricos | 30 | 5,0 |
| Carcinoma | 6 | 1,0 |
| Cirúrgicos | 15 | 2,5 |
| Não hospitalizado no último ano | 287 | 48,3 |

1.3. Avaliação multidimensional da atividade prescritiva

As expectativas que trazem o utente à consulta são muito diversas e complexas. A sua génese relaciona-se com fatores pessoais como a natureza dos sintomas, a percepção da vulnerabilidade à doença, as experiências anteriores e os conhecimentos adquiridos. O médico nem sempre identifica corretamente essas expectativas e alguns estudos indicam que 15% a 25% dos utentes poderão sair da consulta sem esclarecer todas as suas inquietações. Por outro lado, embora os utentes esperem essencialmente que lhes seja dada informação sobre algum assunto, muitos médicos pensam que eles esperam um pedido de exames ou a prescrição de medicamentos (Joos, Hickam & Borders, 1993). No nosso estudo, 56,7% espera que o médico evite a prescrição de medicação (Tabela 12).

Tabela 12.

Percepção do idoso em relação à expectativa de prescrição medicamentosa sempre que recorre a uma consulta médica

| Qual a sua expectativa quando recorre ao médico, face à prescrição de medicamentos? | n | % |
|--|----------|----------|
| Espera que o médico lhe prescreva algum medicamento | 192 | 32,3 |
| Espera que o médico evite a prescrição de medicamentos | 337 | 56,7 |
| Não tem qualquer expectativa | 65 | 10,9 |

De modo geral, a adesão medicamentosa é compreendida na medida em que os doentes seguem as indicações para os tratamentos prescritos. Considera-se que a decisão de tomar ou não os medicamentos é um requisito mais ou menos racional que os doentes, nomeadamente os doentes idosos, utilizam para manifestar a sua forma de lidar com a doença. É importante reconhecer e não subestimar a sua capacidade de tomada de decisão identificando suas crenças e ajudando-os na adoção de comportamentos apropriados, pelo que a confiança depositada no médico prescriptor tem aqui uma grande influência. Neste estudo, 64,1% refere aderir à medicação prescrita pelo seu médico de família, sendo que 35,9% considera a prescrição do especialista como mais credível para a sua adesão (Tabela 13).

Tabela 13.

Percepção do idoso sobre a medicação prescrita à qual tem maior facilidade de aderir

| Qual a medicação prescrita a que adere com maior facilidade? | n | % |
|---|----------|----------|
| À medicação prescrita pelo especialista | 213 | 35,9 |
| À medicação prescrita pelo médico de família | 381 | 64,1 |

A não adesão à medicação prescrita, é um problema potencial no idoso, em particular na polimedicação, pois se não for capaz de tomar os medicamentos corretamente, se os efeitos secundários forem intensos ou desagradáveis ou se os custos dos medicamentos forem considerados como prejudiciais para o orçamento familiar, o idoso tendencialmente não vai aderir à medicação prescrita.

Na investigação por nós realizada, os idosos referem que em 85,0% dos casos apenas fazem a aquisição parcial da prescrição (Tabela 14).

Tabela 14.

Percepção do idoso sobre a aquisição da medicação prescrita

| Costuma adquirir toda a medicação prescrita? | n | % |
|---|----------|----------|
| Na totalidade | 45 | 7,6 |
| Parcialmente | 505 | 85,0 |
| Não faz a sua aquisição | 44 | 7,4 |

Relativamente aos motivos identificados pelos idosos para a não aquisição da medicação prescrita, 39,6% refere dificuldades económicas e 34,3% refere medo por reações adversas anteriores (Tabela 15), como sendo o principal motivo para a não aquisição da prescrição médica dos medicamentos.

Tabela 15.

Perceção do idoso sobre as causas da não aquisição da medicação prescrita na sua totalidade

| Qual o motivo para não adquirir a medicação prescrita na sua totalidade? | n | % |
|--|-----|------|
| Falta de apoio familiar/outro | 4 | 0,7 |
| Falta de informação | 104 | 17,5 |
| Medo por reações adversas anteriores | 204 | 34,3 |
| Dificuldades económicas | 235 | 39,6 |
| Fator cultural (não quis) | 2 | 0,3 |
| Adquire a medicação na totalidade | 45 | 7,6 |

Quando questionados sobre quem habitualmente faz a aquisição do receituário prescrito, os utentes referem que em 36,2% dos casos são os próprios a fazer essa aquisição, sendo que em apenas 19,5% dos casos essa aquisição é realizada por familiares (Tabela 16).

Tabela 16.

Perceção do idoso sobre quem habitualmente faz a aquisição do receituário prescrito

| Quem habitualmente faz a aquisição dos seus medicamentos? | n | % |
|---|-----|------|
| O próprio | 215 | 36,2 |
| Familiar | 116 | 19,5 |
| Cuidador formal | 92 | 15,5 |
| Cuidador informal (amigo/vizinho) | 171 | 28,8 |

A intervenção do Estado português no setor do medicamento tem vindo a ser alterada, compreendendo desde o aumento dos copagamentos, ao incentivo do uso dos genéricos e à redução administrativa dos preços (Barros & Nunes, 2010), com maior impacto no mercado ambulatorio.

Na presença de um sistema de comparticipação de medicamentos o incremento no número de apresentações de genéricos contribui para a redução do preço médio do medicamento. Os medicamentos genéricos foram crescendo, como um tratamento alternativo de baixo custo para várias doenças. No entanto, um dos maiores receios dos doentes é a sua qualidade, ainda muito testemunhada pela prática clínica.

No nosso estudo verificamos que o uso de medicamentos genéricos ainda não entrou na rotina

dos prescritores e dos doentes, pelo que 91,6% dos inquiridos utilizam medicamentos de marca (Tabela 17).

Tabela 17.

Perceção do idoso sobre a aquisição de medicação de marca ou genéricos

| Costuma adquirir medicação de marca ou genéricos? | n | % |
|---|-----|------|
| Medicamentos de marca | 544 | 91,6 |
| Medicamentos genéricos | 50 | 8,4 |

A polifarmácia, normalmente usada para a polimedicação, sendo uma prática corrente na população idosa e explicada pelo número de doenças crónicas e pela elevada incidência de sintomas e consultas em especialidades diferentes (Duarte & Diogo, 2005), comporta múltiplos riscos. A incidência das reações farmacodinâmicas e farmacocinéticas aumenta proporcionalmente com a idade, sendo que nos indivíduos de 40-50 anos, constituem 10%, e naqueles com 80 anos ou mais, a proporção aumenta substancialmente (25%) (Duarte & Diogo, 2005). Um indivíduo está tanto mais suscetível a reações adversas provocadas pela polimedicação, quanto maior for o número de fármacos prescritos ou automedicados, parecendo existir uma relação exponencial entre o número de fármacos e as interações prejudiciais (Katzung, 2004). Esta evidência parece também verificada nos dados obtidos, como explicitado na tabela 18, onde 50,7% dos idosos referem tomar mais do que 5 medicamentos por dia, sendo que apenas 9,4% refere não tomar qualquer tipo de medicação.

Tabela 18.

Perceção do idoso sobre o número diário de medicamentos prescritos há mais de 3 meses

| Qual o número de medicamentos diários prescritos à mais de 3 meses? | n | % |
|---|-----|------|
| Não toma qualquer medicamento | 56 | 9,4 |
| Toma menos do que 5 medicamentos por dia | 237 | 39,9 |
| Toma mais do que 5 medicamentos por dia | 301 | 50,7 |

Os grupos farmacoterapêuticos mais consumidos foram os medicamentos com ação no aparelho cardiovascular (53,0%), seguidos dos com ação no sistema nervoso central (52,6%) (Tabela 19). Vários autores têm encontrado um perfil de consumo de medicamentos na população idosa, para patologias crónicas, idêntico ao encontrado no presente estudo (Naughton, Bennett & Feely, 2006; Praveen, Biradar, Hafiz, Karna & Neelkanta, 2012).

Os ansiolíticos, representados maioritariamente pelas benzodiazepinas, foram dos medicamentos mais encontrados na amostra estudada (52,6%), sendo o bromazepam o mais

prescrito, seguido do lorazepam. Estes dados estão de acordo com a prática de utilização deste grupo de medicamentos, pois embora a sua prescrição não seja isenta de risco, nomeadamente pelo seu potencial de dependência, tolerância e abuso, e ainda pela possibilidade de delírio e confusão, associada à utilização de benzodiazepinas de semivida longa, continuam a ser muito prescritos a idosos, como hipnóticos e sedativos, para aumentarem o tempo total de sono, diminuindo o número de despertares durante a noite (Ashton, Beevers, Korabinski & Youngson, 2005; Woods & Winger, 1995).

No idoso, a maioria das doenças cardiovasculares está relacionada com a possibilidade de fenómenos tromboembólicos, nomeadamente a doença isquémica, a fibrilação auricular, a doença valvular e a aterosclerose.

Tabela 19.

Medicação por grupos anatómicos, em usos diário, pelos idosos na data da aplicação do questionário

| Medicação, por grupos anatómicos, em uso pelos idosos à data da aplicação do questionário | | |
|--|--|----------|
| | N (ut 538 que referem tomas medicamentos) | % |
| Trato alimentar e metabólico | 272 | 50,6 |
| Sistema cardiovascular | 285 | 53,0 |
| Sistema musculoesquelético | 232 | 43,1 |
| Anti-infecciosos sistémicos gerais | 12 | 2,2 |
| Sistema respiratório | 24 | 4,5 |
| Sistema genitourinário | 41 | 7,6 |
| Sistema nervoso central | 283 | 52,6 |
| Antineoplásicos | 9 | 1,7 |
| Órgãos sensoriais | 35 | 6,5 |

Os custos com as doenças crónicas variam entre 50% e 80% das despesas globais da saúde, o que vem levantar o problema da sustentabilidade financeira do sistema, que segundo alguns peritos de economia constitui uma das principais preocupações da viabilidade do chamado “Estado Social” (A. Faria, 2012).

O desperdício em saúde é um problema identificado que se estima que gere cerca de 700 a 800 milhões de euros de gastos no SNS (Ministério da Saúde, 2011). Segundo o relatório de 2010 da OMS “Health systems financing: the path to universal coverage”, 20% a 40% dos gastos em saúde são desperdiçados (WHO, 2010).

O desperdício em medicamentos, para além de ser uma fonte de custos adicionais, está associado à falta de qualidade da estrutura organizacional e dos procedimentos implementados, estando também intimamente relacionado com os erros em saúde,

representando um risco para a segurança do doente.

A tabela 20 reflete a perceção que os idosos têm relativamente aos gastos com a aquisição dos seus medicamentos, sendo que 72,2% refere serem muito elevados e 10,9% elevados, o que perfaz uma média de sensivelmente 83% de idosos que consideram a aquisição de medicamentos como um peso significativo no orçamento familiar.

Tabela 20.

Perceção do idoso sobre os gastos com a aquisição dos medicamentos prescritos

| Em média diria que os gastos com a aquisição dos seus medicamentos são...? | n | % |
|--|-----|------|
| Muito elevados | 429 | 72,2 |
| Elevados | 65 | 10,9 |
| Nem muito nem pouco elevados | 46 | 7,7 |
| Pouco elevados | 37 | 6,2 |
| Nada elevados | 17 | 2,9 |

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente aos dados apresentados, verificamos que os idosos consomem cada vez mais recursos de saúde, situação que não se tem revertido em melhoria percecionada pelos próprios em relação aos seus problemas de saúde, de que é exemplo o consumo de medicamentos, acrescido das adversidades da polimedicação.

O nosso estudo encontra eco em estudos e publicações nacionais e internacionais.

A avaliação sociodemográfica foi ao encontro do esperado, em função da literatura existente. O Eurostat (2013) também corrobora estas estatísticas, prevendo, para 2060, uma esperança média de vida de 89 anos para as mulheres e 84,9 anos para os homens.

Quando se aborda o nível de instrução, verificamos que os dados encontrados no nosso estudo vão ao encontro do estudo de Braga et al. (2011), em que a população idosa representada tinha como habilitações literárias o 1º ciclo do ensino básico (60%).

Não se conhece a prevalência da polimedicação nos idosos em Portugal, no entanto, o consumo de 3 ou mais fármacos teve prevalências que oscilam entre 55% e 65% nos estudos realizados por Silva, Luís e Biscaia (2004). Mais de dois terços (67,6%) dos indivíduos da amostra consideraram o seu estado de saúde fraco/razoável (patamares abaixo do neutro), condição que foi associada a um maior consumo de fármacos (mais de quatro) nos estudos de

Silva et al. (2004).

A polimedicação constituiu numa revisão sistemática da literatura de Silva et al. em 2004, um fator preditivo positivo em relação a tempo de internamento, reinternamento e mortalidade.

Nos Estados Unidos da América, foi descrito que 60% dos idosos recebe cinco ou mais medicamentos e cerca de 20% dez ou mais (Scott et al., 2012), enquanto Kuijpers, van Marum, Egberts e Jansen (2008) referem que a polimedicação está presente em cerca de 50% dos idosos.

Num estudo realizado em Olhão por S. Sousa et al. (2011), de uma amostra composta por 51 idosos de um centro de dia, 63% tomava cinco ou mais medicamentos, e 6% tomava mais de dez.

As pessoas com idade superior a 60 anos recebem cerca de 59% dos fármacos prescritos e são responsáveis por mais de metade dos custos do sistema nacional de saúde no Reino Unido (Milton, Hill-Smith & Jackson, 2008). O aumento da despesa é devido à compra de fármacos e, de forma mais indireta, a interações medicamentosas, e falta de adesão à terapêutica que provocam um aumento na procura por serviços de saúde (Akazawa, Imai, Igarashi & Tsutani, 2010).

Consideramos fundamental a consulta das características dos medicamentos, uma vez que incluem as condições e especificações em que o medicamento foi aprovado pela autoridade competente (Infarmed ou Agência Europeia do Medicamento), constituindo segundo a entidade reguladora, a base de informação para os profissionais de saúde, necessária a uma utilização segura e eficiente do medicamento.

Embora os estudos efetuados por diferentes autores possam diferir nos pesos relativos da contribuição de cada parcela, mediante a realidade que é analisada e a metodologia utilizada, as razões apontadas para os consistentes aumentos na despesa em saúde e a sua relativa imunidade à crise económica mundial são relativamente consensuais e consideram o envelhecimento populacional e prevalência de doenças crónicas, a melhoria socioeconómica das famílias, as maiores coberturas pelos seguros de saúde, os aumento de preços generalizado, a maior utilização dos serviços, a nova tecnologia disponível, os custos administrativos, a polimedicação, entre outros como fatores altamente potenciadores dos gastos produzidos pelo setor da saúde (Barros, 1998; Erixon e Vandermarel, 2011; Spiro, Lee, Emanuel & Ezekiel, 2012).

CAPÍTULO IV

CONCLUSÕES

Abordar a temática da polimedicação reveste-se de alguma complexidade, pois, embora a literatura comece por se tornar extensa, a visão da reconciliação terapêutica no doente idoso ainda carece de algum aprofundamento, pelo que abordar essa temática, na perspetiva da gestão, tornou-se um desafio e, não raras vezes, uma angústia.

Os medicamentos foram responsáveis por evoluções significativas na medicina nos últimos 30 anos. Transforma os avanços fundamentais da investigação em tratamentos inovadores, amplamente disponíveis e acessíveis. Permitem a prevenção da doença e a prevenção de episódios agudos da doença.

A utilização dos medicamentos possibilita a obtenção de ganhos em saúde, nomeadamente na qualidade de vida, no aumento da esperança de vida. Melhor saúde tem um impacto significativo e positivo no crescimento económico e vice-versa. Traduz-se no aumento das poupanças ao longo dos ciclos de vida dos indivíduos, aumento da população ativa, reforço da produtividade do trabalho, redução do absentismo.

São a primeira linha terapêutica na maior parte das doenças, permitindo reduzir os custos da doença, diminuição da incapacidade, melhor utilização da rede de cuidados de saúde.

No entanto, a polimedicação é uma realidade que não podemos negligenciar e que encontra significância na população idosa, promovendo não raras vezes efeitos colaterais sérios quer pela toma indevida quer pela não adesão ao tratamento.

Tomar a medicação é um fenómeno complexo e de grande responsabilidade, por isso, a não adesão, não deve ser unicamente atribuída ao doente (Dayer, Heldenbrand, Anderson, Gubbins & Martin, 2014). Pode ser o resultado de muitos fatores, tais como o seu estatuto socioeconómico, o conhecimento, a motivação para o tratamento, bem como, a disponibilidade e qualidade dos cuidados médicos. A relação entre o médico e doente, a natureza da doença, os preços dos medicamentos e a possibilidade de efeitos secundários são também significativas (Shi et al., 2010).

É urgente colocar na agenda política esta problemática, num princípio de gestão global do processo terapêutico do idoso, nomeadamente através da reconciliação terapêutica.

A reconciliação terapêutica pode valer-se indelevelmente das tecnologias de informação, como ferramenta agregadora da gestão de regime medicamentoso prescrito.

A prescrição eletrónica surge da necessidade de melhorar, continuamente, a qualidade dos

serviços de saúde prestados e da necessidade de gestão de recursos. Permite a prescrição por designação comum internacional ou por nome comercial sendo as funcionalidades relacionadas com a eficiência administrativa e gestão de custos as menos discrepantes. Os grandes atrativos dos sistemas mais evoluídos são o processo centrado no doente, baseado numa filosofia de trabalho em equipa. A prescrição eletrónica é uma ferramenta fundamental concebida com o intuito de prestar um apoio clínico efetivo ao prescritor, dispondo por isso de sistemas de alerta funcionais considerados clinicamente relevantes: toxicidade; alertas; interações. O que se espera de um sistema informatizado de gestão da informação na saúde é que seja claramente vantajosa, em comparação com a prescrição manual, nomeadamente no que à eficiência da prescrição diz respeito. Os aspetos que contribuem para o sucesso da implementação dos sistemas de registo eletrónico são: a sua utilidade, a informação nela contida, a utilização amigável e a integração no processo de decisão clínica de normas de orientação clínica em tempo útil.

Na primeira fase do ciclo de investigação, realizamos uma análise documental e de revisão bibliográfica, contextualizando o envelhecimento, a gestão da doença crónica, a polimedicação e reconciliação terapêutica como processo de gestão do regime terapêutico prescrito.

A partir deste enquadramento, procuramos agregar a informação recolhida nas diferentes instituições com as respostas obtidas pela aplicação do questionário aos idosos que constituíram a amostra, onde se verificou que 98% deles têm baixo nível de escolaridade, 87,4% refere um rendimento mensal inferior a 500 euros, 55,2% apresenta entre uma e quatro comorbilidades, sendo que 69,4% apresenta, pelo menos, uma patologia. Cerca de 77% apresenta uma patologia crónica, diagnosticada há mais de seis anos. O consumo diário de medicamentos prescritos (mais de três meses) é de 89,3% e apenas 36,6% refere-se a tomar menos de cinco medicamentos. Dos idosos, 51,7% esteve hospitalizado no ano anterior à aplicação do questionário. Cerca de 64,1% refere aderir com maior facilidade à prescrição do seu médico de família, mas 85% refere aderir parcialmente à medicação prescrita. E 40% refere como motivo da não adesão à terapêutica dificuldades económicas. No entanto, apenas 8,4% adquire medicamentos genéricos.

Pela natureza metodológica do processo, seguimos uma trajetória flexível que adequamos à complexidade das interações, onde se verificou que:

- A polimedicação no idoso é influenciada por variáveis sociodemográficas;
- A adesão ao regime terapêutico na população idosa é influenciada pelos gastos em cuidados de saúde, nomeadamente com o custo dos medicamentos;
- As novas tecnologias são uma mais valia na interação entre os diferentes intervenientes no processo prescritivo, nomeadamente na gestão do regime terapêutico, através de uma efectiva reconciliação terapêutica custo/efectividade.

A reconciliação terapêutica é um conceito novo para a maioria dos profissionais de saúde, cuja implementação se reveste de barreiras, mas também, sem margem para dúvidas, de benefícios que ultrapassam as dificuldades iniciais. É um processo intensivo de verificação do uso de medicação dos doentes, no entanto, é um processo que permite ao profissional de saúde participar mais ativamente na decisão terapêutica e na minimização dos erros associados ao medicamento.

De uma forma geral, o processo de reconciliação terapêutica permite, aos diferentes prestadores de cuidados de saúde, uma excelente oportunidade para assegurar uma melhor segurança no tratamento do doente, uma vez que permite garantir que o doente toma o medicamento certo, à hora certa, na via de administração certa, nas diferentes interfaces de cuidados, sem falhas entre estas interfaces. É, pois, um processo importante para promover a saúde dos doentes através da prevenção das discrepâncias não documentadas e não intencionais, potenciais erros de medicação, que poderiam resultar em eventos adversos relacionados com o medicamento.

Tendo como linha condutora a gestão do processo prescritivo, que concorre não raras vezes para intercorrências não desejáveis na saúde do idoso, procura-se a eficiência do processo, de forma a aumentar a segurança e qualidade de vida do doente idoso, já amplamente penalizado pelas múltiplas comorbilidades e conseqüente polimedicação.

Eficiência é uma medida que traduz uma relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos (Pereira, 2004), sendo que uma gestão eficiente traduz um nível de *performance* de um processo que utiliza a menor quantidade de recursos para criar a maior quantidade de resultados. Na saúde, num sentido mais estreito, refere-se a um processo de redução de custos com manutenção ou melhoria dos padrões de prestação de cuidados, minimizando o desperdício, os erros e a redundância.

Seria necessário a implementação de um sistema efetivo que permitisse a partilha de informação aos centros de saúde, ao hospital e às farmácias, por forma a garantir uma correta monitorização da terapêutica dos doentes, detetando atempadamente as discrepâncias medicamentosas e permitindo a sua correção.

Consideramos que este trabalho será pertinente, nomeadamente com a chamada de atenção para a importância do desenvolvimento de uma nova aplicação informática que permitisse otimizar o registo de informação sobre a medicação do doente e respetivas comorbilidades, bem como a classificação e identificação das discrepâncias seria certamente uma mais valia para o sucesso de todo o processo. As aplicações atualmente existentes não permitem este tipo de registo, o que torna todo o processo de reconciliação terapêutica mais lento e menos eficaz.

Desta forma, e com todo o processo corretamente implementado e otimizado, a poupança líquida anual estimada com a reconciliação terapêutica seria, sem dúvida, grande quer a nível económico quer a nível da segurança do doente.

A magnitude desta problemática fomenta inquietações nos governantes, nas administrações das instituições de saúde, mas principalmente nos profissionais que compõem o processo de administração de terapêutica (Castilho, 2012; Lira Júnior et al., 2010).

Chegados ao término desta investigação, que consideramos na sua essência uma real chamada de atenção à gestão dos serviços de saúde a nível micro (individual) mas também macro (organizacional e político), deparamo-nos com algumas limitações, que não são mais do que o reflexo da nossa própria limitação enquanto ser pensante.

Nesse sentido, vem-nos à memória as palavras de Pedro Laíns Entralgo (2002), que refere que “as questões em que se possa ter um certo conhecimento não podem ser mais do que questões penúltimas; sobre as questões últimas só será possível ter um conhecimento incerto ou provável” (p.82), pelo que continuaremos a estudar e a motivar outros para aprofundar esta temática que consideramos, muito provavelmente, a doença dos anos vindouros. Assim, na continuidade do estudo desta temática a utilização de uma abordagem qualitativa poderá aprofundar os diferentes atores no ato das boas práticas prescritivas conciliando as diferentes dimensões, nomeadamente as necessidades terapêuticas e a evidência científica mais atualizada, tendo como fio condutor o custo/efectividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akazawa, M., Imai, H., Igarashi, A., & Tsutani, K. (2010). Potentially inappropriate medication use in elderly Japanese patients. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 8(2), 146-160. doi: 10.1016/j.amjopharm.2010.03.005
- Amaral, R. M. (2003). *A avaliação de resultados no setor público: Teoria e Aplicação prática no estado do Rio de Janeiro*. Tribunal de Contas do Rio de Janeiro.
- American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. (2015). American Geriatrics Society 2015 updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(11), 2227-2246. doi: 10.1111/jgs.13702
- American Geriatrics Society. (2012). American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 616-631. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x
- American Society of Health-System Pharmacists. (2013). ASHP Statement on the Pharmacist's Role in Medication Reconciliation. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(5), 453-456. doi: 10.2146/sp120009
- Ashton, A., Beevers, C. E., Korabinski, A. A. & Youngson, M. A. (2005). Investigating the medium effect in computer-aided assessment of school Chemistry and college computing national examinations. *British Journal of Educational Technology*, 36(5), 771-787. doi:10.1111/j.1467-8535.2005.00501.x
- Askari, M., Wierenga, P. C., Eslami, S., Medlock, S., de Rooij, S. E., & Abu-Hanna, A. (2011). Assessing quality of care of elderly patients using the ACOVE quality indicator set: A systematic review. *PLoS One*, 6(12), e28631. doi: 10.1371/journal.pone.0028631
- Assis, M. M. A., Villa, T. C. S., & Nascimento, M. A. A. (2003). Acesso aos serviços de saúde: Uma possibilidade a ser construída na prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3) 815-823. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17462.pdf>
- Avorn, J. (1995). The prescription as a final common pathway. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 11(3), 348-390. doi: 10.1017/S0266462300008606
- Azevedo, C. S. (2010). A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: Implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl.1), 977-986.
- Barañano, A. M. (2008). *Métodos e técnicas de investigação em gestão*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnett, S. R. (2009). Polypharmacy and perioperative medications in the elderly. *Anesthesiology Clinics*, 27(3):377-389. doi: 10.1016/j.anclin.2009.07.004.

- Barros, P. P. (1998). The black box of health care expenditure growth determinants. *Health Economics*, 7(6), 533-544. doi: 10.1002/(SICI)1099-1050(199809)7:6<533::AID-HEC374>3.0.CO;2-B
- Barros, P. P., & Nunes, L. C. (2010). The impact of pharmaceutical policy measures: An endogenous structural-break approach. *Social Science & Medicine* 71(3), 440-450. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.04.020.
- Beers, M. H. (1997). Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. *Archives of Internal Medicine*, 157(14), 1531.
- Berdot, S., Bertrand, M., Dartigues, J. F., Fourrier, A., Tavernier, B., Ritchie, K., & Alperovitch, A. (2009). Inappropriate medication use and risk of falls: A prospective study in a large community-dwelling elderly cohort. *BMC Geriatrics*, 9(1), 30. doi: 10.1186/1471-2318-9-30
- Bloch, K. V., & Coutinho, E. S. F. (2002). Fundamentos da pesquisa epidemiológica. In R. A. Medronho (Org.), *Epidemiologia* (pp. 107-113). São Paulo: Atheneu.
- Bonduelle, G. M., Iwakiri, S., Franco, M. R., Moraes, P. E. S., & Folador, A. C. (2009). Aplicação do Ciclo PDCA para melhoria do ensino a distância: Estudo de Caso: Gestão florestal da UFPR. *Revista Floresta*, 40(3). doi: 10.5380/RF.V40I3.18910
- Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., ... & Zuber, S. (2013). Data resource profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992-1001. doi: 10.1093/ije/dyt088
- Bowie, M. W., & Slattum, P. W. (2007). Pharmacodynamics in older adults: A review. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5(3), 263-303. doi: 10.1016/j.amjopharm.2007.10.001
- Braga, M. C. P., Casella, M. A., Campos, M. L. N., & Paiva, S. P. (2011). Qualidade de vida medida pelo WHOQOL-Bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Revista APS*, 14(1), 93-100. Recuperado de <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/965/450>
- Bravo, R. S. (1991). *Técnicas de investigação social: Teoria e ejercicios* (7a ed. rev.). Madrid: Paraninfo.
- Brunton, L., Chabner, B., & Knollmann, B. (2007). *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (11a ed.). New York: McGraw-Hill.
- Bushardt, R. L., Massey, E. B., Simpson, T. W., Ariail, J. C., & Simpson, K. N. (2008). Polypharmacy: Misleading, but manageable. *Clinical Interventions in Aging*, 3(2), 383-389. doi: 10.2147/CIA.S2468
- Caetano, J. M. (2004). Obstáculos à introdução da gestão da doença em Portugal. In *Gestão da doença e qualidade em saúde*. Caparica: Eujoa A. G.

- Cahir, C., Fahey, T., Teeling, M., Teljeur, C., Feely, J., & Bennett, K. (2010). Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: A national population study. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 69(5), 543-552. doi: 10.1111/j.1365-2125.2010.03628.x
- Cameron, A. K., & Richardson, A. W. (2001). A guide to medication and aging. *Generations Winter*, 24(4), 8-20.
- Caramelli, B., Pinho, C., Calderaro, D., Gualandro, D. M., & Yu, P. C. (2007). Guidelines for perioperative evaluation. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(6), e172-e209. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/abc/v89n6/en_16.pdf
- Carlson, C., Merel, S. E., & Yukawa, M. (2015). Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. *Medical Clinics of North America*, 99(2), 263-279. doi.org/10.1016/j.mcna.2014.11.003
- Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia de investigação: Guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Castilho, A. (2012). Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 1 (Série 2), 59-73. Recuperado de http://sinaisvitalis.pt/formasau/documents/RIE_1S2/rie_1_serie2_w.pdf
- Christensen, M., & Lundh, A. (2013). Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2: CD008986. doi: 10.1002/14651858.CD008986.pub3
- Clyne, B., Bradley, M. C., Hughes, C., Fahey, T., & Lapane, K. L. (2012). Electronic prescribing and other forms of technology to reduce inappropriate medication use and polypharmacy in older people: A review of current evidence. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 301-322. doi: 10.1016/j.cger.2012.01.009
- Coelho Filho, J. M., & Ramos, L. R. (1999). Epidemiologia do envelhecimento no nordeste brasileiro: Resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 33(5), 445-453. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n5/0629.pdf>
- Cortez, A. I., Mateus, A. L., Rodrigues, M. F., Clímaco, M. G., & Fidalgo, M. L. (1995). Polimedicação no idoso. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 12, 208-284.
- Costa, E. C., Nakatani, A. Y. K., & Bachion, M. M. (2006). Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(1.), Suppl 1, 43-48. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a07v19n1.pdf>
- Crome, P. (2003). What's different about older people. *Toxicology*, 192(1), 49-54. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14511903>
- Davidoff, A. J., Miller, G. E., Sarpong, E. M., Yang, E., Brandt, N., & Fick, D. M. (2015). Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults using the 2012

- beers criteria. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(3), 486-500. doi: 10.1111/jgs.13320
- Daye, L., Heldenbrand, S., Anderson, P., Gubbins, P. O., & Martin, B. C. (2014). Smartphone medication adherence apps: Potential benefits to patients and providers. *Journal of the American Pharmacists Association*, 53(2), 172-181. doi:10.1331/JAPhA.2013.12202
- Decreto-Lei n.º 307/2007*, de 31 de agosto. No uso da autorização legislativa concedida pela Lei n.º 20/2007, de 12 de junho, estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República, 168. Série I.
- Decreto-Lei n.º 176/2006*, de 30 de agosto. Estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano, transpondo a Directiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de novembro, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano. Diário da República, 167. Série I-A.
- Delgado Silveira, E., Montero Errasquín, B., Muñoz García, M., Vélez-Díaz-Pallarés, M., Lozano Montoya, I., Sánchez-Castellano, C., & Cruz-Jentoft, A. J. (2015). Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Revista Española de Geriatria Y Gerontología*, 50(2), 89-96. doi: 10.1016/j.regg.2014.10.005
- Despacho n.º 1400-A/2015*, de 10 de fevereiro. Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 28. Série II.
- Despacho n.º 1400-A/2015*, de 10 de fevereiro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República, 28. Série II.
- Despacho n.º 21844/2004*, de 26 de outubro. Diário da República, 252. Série 2.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Circular informativa n.º 13/DSCS/DPCD/DSQC: Orientação técnica sobre suplemento de cálcio e vitamina D em pessoas idosas*. Lisboa: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa>
- Doan, J., Zakrzewski-Jakubiak, H., Roy, J., Turgeon, J., & Tannenbaum, C. (2013). Prevalence and risk of potential cytochrome P450-Mediated drug-drug interactions in older hospitalized patients with polypharmacy. *Annals of Pharmacotherapy*, 47(3), 324-332. doi: 10.1345/aph.1R621
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.
- Donabedian, A. 1980. The definition of quality: A conceptual exploration. In *Explorations in quality assessment and monitoring* (vol. 1, pp. 3-31). Michigan: Health Administration Press.
- Duarte, Y. A. O., & Diogo, M. J. D. (2005). *Atendimento domiciliário: Um enfoque gerontológico*. São Paulo: Atheneu.

- Dubouloz, C. J. (2003). Métodos de análise dos dados em investigação qualitativa. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: da concepção à realização* (pp. 305-320). Loures: Lusociência.
- Duhamel, F., & Fortin, M.-F. (2003). Os estudos de tipo descritivo. In M.-F. Fortin, *O processo de investigação: Da concepção à realização* (Cap. 12, pp. 161-172). Loures: Lusociência.
- Entralgo, P. L. (2002). *O que é o homem?*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Erixon, F., & Vandermarel, E. (2011). *What is driving the rise in health care expenditures? An inquiry into the nature and causes of the cost disease*. Brussels: European Centre for International Political Economy (ECIPE Working Paper; 05). Recuperado de http://www.ecipe.org/media/publication_pdfs/what-is-driving-the-rise-in-health-care-expenditures-an-inquiryinto-the-nature-and-causes-of-the-cost-disease_1.pdf.
- Eurostat. (2013). Consultado em 4 agosto, 2017, em <http://epp.Eurostat.ec.europa.eu>.
- Falcão, F. (2013). *A reconciliação terapêutica: Ferramenta para gestão da terapêutica crónica: Exemplo de utilização numa população idosa submetida a procedimento cirúrgico*. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt>
- Faria, A. T. (2012). O doente crónico: A hora da mudança. *O CHTMAD em Revista*, 3, 10-11.
- Faria, C. (2017). *PDCA (Plan, do, check, action)*. Recuperado de http://www.infoescola.com/administracao/_pdca-plan-do-check-action/
- Fialova, D., & Onder, G. (2009). Medication errors in elderly people: Contributing factors and future perspectives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67(6), 641-645. doi: 10.1111/j.1365-2125.2009.03419.x.
- Foguel, F. H. S. (2010). Influência da cultura social sobre a qualidade e desempenho empresarial: Uma análise do modelo de excelência em gestão da qualidade. *Revista Administração em Diálogo*, 14(1), 53.
- Fortin, M.F., Côté, J., & Filion, F. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M-F., Grenier, R., & Nadeau, M. (2003). Métodos de colheita de dados. In M-F. Fortin, *O processo de investigação da concepção à realização* (Cap. 17, pp. 239-265). Loures: Lusociência.
- Frank, C., & Weir, E. (2014). Deprescribing for older patients. *Canadian Medical Association Journal*, 186(18), 1369-1376. doi: 10.1503/cmaj.131873
- Frazier, S. C. (2005). Health outcomes and polypharmacy in elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing*, 31(9), 4-11. doi: 10.3928/0098-9134-20050901-04
- Fried, T. R., O'Leary, J., Towle, V., Goldstein, M. K., Trentalange, M., & Martin, D. K. (2014). Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(12), 2261-2272. doi: 10.1111/jgs.13153.

- Fulton, M. M., & Allen, E. R. (2005). Polypharmacy in the elderly: A literature review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 17(4), 123-132. doi: 10.1111/j.1041-2972.2005.0020.x
- Furtado, C. (2013). *Psicofármacos: Evolução em Portugal continental entre 2000 e 2012*. Lisboa: Gabinete de Estudos e Projetos do INFARMED.
- Gallagher, P., Ryan, C., Byrne, S., Kennedy, J., & O'Mahony, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 46(2), 72-83. doi: 10.1136/ejhpharm-2012-000074.356
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1997). *O inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Giddens, A. (2013). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gil, A. (1995). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gnjidic, D., Le Couteur, D. G., Kouladjian, L., & Hilmer, S. N. (2012). Deprescribing trials: Methods to reduce polypharmacy and the impact on prescribing and clinical outcomes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 237-253. doi: 10.1016/j.cger.2012.01.006
- Gokula, M., & Holmes, H. M. (2012). Tools to reduce polypharmacy. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 323-341. doi: 10.1016/j.cger.2012.01.011
- Gonzales, R. V. D., & Martins, M. F. (2007). Melhoria contínua no ambiente ISO 9001:2000: Estudo de caso em duas empresas do setor automobilístico. *Produção*, 17(3), 592-603.
- Greenwald, J. L., Halasyamani, L., Greene, J., LaCivita, C., Stucky, E., Benjamin, B., ... Williams, M. V. (2010). Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps. *Journal of Hospital Medicine*, 5(8), 477-485. doi: 10.1002/jhm.849
- Guerra, J. (2004). Obstáculos à introdução da gestão da doença no sistema nacional de saúde. In *Gestão da doença e qualidade em saúde*. Caparica: Eujoa A. G.
- Hanlon, J. T., & Schmader, K. E. (2013). The Medication Appropriateness Index at 20: Where it started, where it has been, and where it may be going. *Drugs & Aging*, 30(11), 893-900. doi: 10.1007/s40266-013-0118-4
- Hanlon, J. T., Schamader, K. E., Samsa, G. P., Weinberger, M., Uttech, K. M., Lewis, I. K., ... Feussner, J. R. (1992). A method for assessing drug therapy appropriateness. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(10):1045-1051. doi: 10.1016/0895-4356(92)90144-C
- Hanlon, J., Lindblad, C. I., Hajjar, E. R., & McCarthy, T. C. (2003). Update on drug-related problems in the elderly. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 1(1), 38-43. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15555464>

- Harugeri, A., Joseph, J., Parthasarathi, G., Ramesh, M., & Guido, S. (2010). Prescribing patterns and predictors of high-level polypharmacy in the elderly population: A prospective surveillance study from two teaching hospitals in India. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 8(3), 271-280. doi: 10.1016/j.amjopharm.2010.06.004.
- Hayes, B. D., Klein-Schwartz, W., & Barrueto, F. (2007). Polypharmacy and the geriatric patient. *Clinics in Geriatric Medicine*, 23(2), 371-390. doi: 10.1016/j.cger.2007.01.002
- Hill-Taylor, B., Sketris, I., Hayden, J., Byrne, S., O'Sullivan, D., & Christie, R. (2013). Application of the STOPP/START criteria: A systematic review of the prevalence of potentially inappropriate prescribing in older adults, and evidence of clinical, humanistic and economic impact. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 38(5), 360-372. doi: 10.1111/jcpt.12059
- Hilmer, S. N., McLachlan, A. J., & Le Couteur, D. G. (2007). Clinical pharmacology in the geriatric patient. *Fundamental & Clinical Pharmacology*, 21(3), 217-230. doi: 10.1111/j.1472-8206.2007.00473.x
- Hobson, M. (1992). Medications in older patients. *The Western Journal of Medicine*, 157(5), 539-543. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1022033/pdf/westjmed00087-0049.pdf>
- Hovstadius, B., & Petersson, G. (2012). Factors leading to excessive polypharmacy. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 159-172. doi: 10.1016/j.cger.2012.01.001
- Institute for Safe Medication Practices. (2011). *Getting started kit: Medication Reconciliation prevention of adverse drug events how-to guide*. Recuperado de http://www.ismpcanada.org/download/MedRec/Medrec_AC_English_GSK_V3.pdf
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Destaque - Dia Mundial da Saúde - Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia*. Recuperado de file:///C:/Users/utilizador/Downloads/10Dia_Mundial_Pop_2015.pdf
- Instituto Nacional de Estatística. (2010). *Estatísticas demográficas 2009*. Recuperado de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=267159041
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Lisboa: Autor.
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2015). *Inquérito nacional de saúde*. Recuperado de <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11INS2014.pdf>
- Ishikawa, K. (1993). *Controle de qualidade total à maneira japonesa*. Rio de Janeiro: Campus.
- Joint Commission Accreditation Hospital (2014). *Hospital national patient safety goals*. Recuperado de www.jointcommission.org

- Joint Commission. (2006). Medication reconciliation. *Sentinel Event Alert*, 35. Recuperado de http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_35.ht
- Joos, S. K., Hickam, D. H., & Borders, L. M. (1993). Patients' desires and satisfaction in general medicine clinics. *Public Health Reports*, 108(6), 751-759.
- Juran, J. M., & Godfrey, A. B. (1998). *Juran's quality handbook* (5th ed.). Nova Iorque: McGraw-Hill.
- Kalisch, L. M., Caughey, G. E., Roughead, E. E., & Gilbert, A. L. (2011). The prescribing cascade. *Australian Prescriber*, 34(6), 162-166. doi: 10.18773/austprescr.2011.084
- Katzung, B. G. (2004). *Basic and clinical pharmacology* (9a ed.). London: Lange Medical Books.
- Klotz, U. (2009). Pharmacokinetics and drug metabolism in the elderly. *Drug Metabolism Reviews*, 41(2), 67-76. doi: org/10.1080/03602530902722679
- Kornblit, A. (1996). *Somática familiar. Enfermedad orgánica y familia* (2a ed.). Barcelona: Gedisa.
- Kuhn-Thiel, A. M., Weiß, C., & Wehling, M. (2014). Consensus validation of the FORTA (Fit for the Aged) List: A clinical tool for increasing the appropriateness of pharmacotherapy in the elderly. *Drugs and Aging*, 31(2), 131-140. doi: 10.1007/s40266-013-0146-0
- Kuijpers, M. A., van Marum, R. J., Egberts, A. C., & Jansen, P. A. (2008). Relationship between polypharmacy and underprescribing. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 65(1), 130-133. doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.02961.x
- Lam, M. P., & Cheung, B. M. (2012). The use of STOPP/START criteria as a screening tool for assessing the appropriateness of medications in the elderly population. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 5(2), 187-197. doi: 10.1586/ecp.12.6
- Lassiter, J., Bennett, W. M., & Olyaei, A. J. (2013). Drug dosing in elderly patients with chronic kidney disease. *Clinics in Geriatric Medicine*, 29(3), 657-705. doi: 10.1016/j.cger.2013.05.008.
- Lima, M. B. B. P. B. (2007). *A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: O caso do hospital de clínicas da UNICAMP*. Dissertação de mestrado não publicada, UNICAMP, Campinas, Brasil.
- Linjakumpu, T., Hartikainen, S., Klaukka, T., Veijola, J., Kivelä, S. L., & Isoaho, R. (2002). Use of medication and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(8), 809-817. doi: 10.1016/S0895-4356(02)00411-0
- Lo, L., Kwan, J., Fernandes, O. A., & Shojania, K. G. (2013). Medication reconciliation supported by clinical pharmacists (NEW). In *Making health care safer II: An updated critical analysis of the evidence for patient safety practices*. Rockville: Agency for

- Healthcare Research and Quality (US). Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK133408/?report=reader>
- Lyra Júnior, D. P., Siqueira, J. S., Silva, D. T., Almeida, L. B., Silva, W. B., Sousa, P., & Guerreiro, M. P. (2010). Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: Dimensão, causas e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 40-46. Recuperado de www.elsevier.pt/rpsp
- Macedo, L. J. J., Carvalho, J. B., & Coutinho, H. R. M. (2011). *O gestor de saúde no setor público*. Recuperado de <http://dsau.dgp.eb.mil.br/docs/O%20gestor%20em%20Sa%C3%BAde%20no%20setor%20p%C3%ABlico.pdf>
- Maher, R. L., Hanlon, J., & Hajjar, E. R. (2014). Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(1), 57-65. doi: 10.1517/14740338.2013.827660
- Mangoni, A. A., & Jackson, S. H. D. (2003). Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: Basic principles and practical applications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 57(1), 6-14. doi: 10.1046/j.1365-2125.2003.02007.x
- Marconi, M. A., & Lakatos, E. M. (2004). *Metodologia científica* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Masoodi, N. A. (2008). Polypharmacy: To err is human, correct is divine. *British Journal of Medical Practitioners*, 1(1), 6-9. Recuperado de <http://www.bjmp.org/content/polypharmacy-err-human-correct-divine>
- Mclean, A. J., & Le Couteur, D. G. (2004). Aging biology and geriatric clinical pharmacology. *Pharmacology Review*, 56(2), 163-184. doi: 10.1124/pr.56.2.4
- Menezes, A. L. N. S. (2001). *Perfil de saúde dos idosos de uma comunidade rural. Estudo do perfil de saúde dos idosos de uma comunidade rural – freguesia de Lames, concelho de Vila Real no ano de 2000*. Dissertação para concurso de provas públicas não publicada, Vila Real, Escola Superior de enfermagem de Vila Real.
- Michalek, C., Wehling, M., Schlitzer, J., & Frohnhofen, H. (2014). Effects of “Fit for the Aged” (FORTA) on pharmacotherapy and clinical endpoints: A pilot randomized controlled study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 70(10), 1261-1267. doi: 10.1007/s00228-014-1731-9
- Milton, J. C., Hill-Smith, I., & Jackson, S. H. (2008). Prescribing for older people. *British Medical Journal*, 336(7644), 606-609. doi: 10.1136/bmj.39503.424653.80
- Ministério da Saúde. (2011). *Relatório final do grupo técnico para a reforma hospitalar: Os cidadãos no centro do sistema: Os profissionais no centro da mudança*. Lisboa: Autor.
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2011). *Carta Social: Rede de serviços e equipamentos sociais*. Lisboa: Autor. Recuperado de <http://www.cartasocial.pt>
- Mitty, E. (2010). Iatrogenesis, frailty, and geriatric syndromes. *Geriatric Nursing*, 31(5), 368-374. doi: 10.1016/j.gerinurse.2010.08.004

- Mukhtar, O., & Jackson, S. H. (2015). Drug therapies in older adults (part 2). *Clinical Medicine*, 15(2), 155-159. doi: 10.7861/clinmedicine.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital: Patient safety guidance 1*. Recuperado de www.nice.org.uk/PSG001
- Naughton, C., Bennett, K., & Feely, J. (2006). Prevalence of chronic disease in the elderly based on a national pharmacy claims database. *Age Ageing*, 35(6), 633-636.
- Nolte, H., & McKee, M. (Eds.). (2008). *Caring for people with chronic conditions. A health system perspective*. European Observatory on Health Systems and policies. Open University Press
- Nunes, C. (2009). *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade do Algarve, Faro. Recuperado de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/564/1/Carla%20%20DISSERTA%C3%87%C3%83O.pdf>
- O'Sullivan, D., O'Mahony, D., O'Connor, M. N., Gallagher, P., Cullinan, S., O'Sullivan, R., ... Byrne, S. (2014). The impact of a structured pharmacist intervention on the appropriateness of prescribing in older hospitalized patients. *Drugs & Aging*, 31(6), 471-481. doi: 10.1007/s40266-014-0172-6
- Olde Rikkert, M. G. M., Rigaud, A. S., van Hoeyweghen, R. J., & De Graaf, J. (2003). Geriatric syndromes. Medical misnomer or progress in geriatrics? *Netherlands Journal of Medicine*, 61(3), 83-87. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765229>
- Oliveira, J. A., Nadae, J., Oliveira, O. J., & Salgado, M. H. (2011). Um estudo sobre a utilização de sistemas, programas e ferramentas da qualidade em empresas. *Produção*, 21(4), 708-723. doi: 10.1590/S0103-65132011005000044
- Ordem dos Farmacêuticos. (2009). *Manual de boas práticas farmacêuticas para farmácias comunitárias* (3a ed.). Lisboa: Conselho Nacional da Qualidade. Recuperado de http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc3082.pd
- Organização Mundial de Saúde. (2012). *OMS 10 facts on ageing and the life course*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/ageing/ageing_facts/en/index1.html
- Organização Mundial de Saúde. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Genebra: Autor.
- Osswald, W. (2004). *Um fio de ética* (2a ed.). Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Pacheco, A. P. R. (2009). *O ciclo PDCA na gestão do conhecimento: Uma abordagem sistémica*. Recuperado de <http://www.issbrasil.usp.br>
- Paes, L. R. A. (2011). *Gestão de operações em saúde para hospitais, clínicas, consultórios e serviços de diagnóstico*. São Paulo: Atheneu.

- Page, R. L., Linnebur, S. A., Bryant, L. L., & Ruscin, J. M. (2010). Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: Defining the problem, evaluation tools, and possible solutions. *Clinical Interventions in Aging*, 2010(5), 75-87. doi: 10.2147/CIA.S9564
- Patterson, S. M., Cadogan, C. A., Kerse, N., Cardwell, C. R., Bradley, M. C., Ryan, C., & Hughes, C. (2014). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. In C. Hughes (Ed.), *Cochrane database of systematic reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons. Recuperado de <http://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub3>
- Pereira, J. (2004). *Economia da saúde: Glossário de termos e conceitos* (4a ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Portaria nº 198/2011, de 18 de maio. Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição electrónica de medicamentos. Diário da República, 96. Série I.
- Praveen, K., Biradar, K., Hafiz, S. A., Karna, K., & Neelkanta, P. R. (2012). Assessment of potentially inappropriate medication in elderly patients at Basaveshwar Teaching and General Hospital. *Indian Journal of Pharmacy Practice*, 5(4), 73-75. Recuperado de http://www.ijopp.org/sites/default/files/IJOPP_v5_i4_2012-13.pdf
- Pretorius, R. W., Gataric, G., Swedlund, S. K., & Miller, J. R. (2013). Reducing the risk of adverse drug events in older adults. *American Family Physician*, 87(5), 331-336.
- Reddy, M., Gill, S. S., & Rochon, P. a. (2006). Preventing pressure ulcers: A systematic review. *JAMA*, 296(8), 974. doi: 10.1001/jama.296.8.974
- Reeve, E., Wiese, M. D., & Mangoni, A. A. (2015). Alterations in drug disposition in older adults. *Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology*, 11(4), 491-508. doi:10.1517/17425255.2015.1004310
- Richardson, R C. (2004). Thinking Outside of the Box (of wine, that is): An Exercise in Independence. *Issues in Accounting Education*. ABI/INFORM global, v. 19, n. 3, p. 363-367, ago. 2004.
- Richardson, R J. (1989). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- Rochon, P. A., & Gurwitz, J. H. (1997). Optimising drug treatment for elderly people: The prescribing cascade. *British Medical Journal*, 315(7115), 1096-1099. doi: 10.1136/bmj.315.7115.1096
- Rudio, F. V. (2002). *Introdução ao projeto de pesquisa científica* (30a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Santana, R., Silva, L., Cruz I., Lemos G., Perini E., Lopes C. (2016). SECH: Pharmaceutical Management And Electronic Prescription Software. *Revista Saúde.Com*, 12(4), 680-687. doi: 10.22481/rsc.v12i4.422

- Santos, A. B., & Antonelli, S. C. (2011). Aplicação da abordagem estatística no contexto da gestão da qualidade: Um survey com indústrias de alimentos de São Paulo. *Gestão & Produção*, 18(3), 509-524. doi: 10.1590/S0104-530X2011000300006.
- Santos, A. P., & Domingos, S. (2013). Reconciliação da medicação: Um conceito aplicado ao hospital. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 106. Recuperado de http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/Doc7003.pdf
- Santos, I. (2016). Multimorbilidade e doenças crónicas. *Factores de Risco*, 39, 22-31. Recuperado de [file:///C:/Users/utilizador/Downloads/RFR_art623%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/utilizador/Downloads/RFR_art623%20(1).pdf)
- Schaumann, G. P., & Tupinambá, A. C. R. (2009). Gestão da qualidade nas organizações: A participação dos indivíduos e a (des) construção da individualidade. *Visão Global*, 12(1), 95-112. Recuperado de <https://editora.unoesc.edu.br/index.php/visaoglobal/article/view/512/254>
- Scott, I. A., Gray, L. C., Martin, J. H., & Mitchell, C. A. (2012). Minimizing inappropriate medications in older populations: A 10-step conceptual framework. *The American Journal of Medicine*, 125(6), 529-537. doi: 10.1016/j.amjmed.2011.09.021.
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: Interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136-140. doi: 10.1590/S0034-71672010000100023
- Sergi, G., De Rui, M., Sarti, S., & Manzato, E. (2011). Polypharmacy in the elderly. *Drugs & Aging*, 28(7), 509-519. doi: 10.2165/11592010-000000000-00000
- Serrano, G. (2004). *Investigación cualitativa: Retos e interrogantes - I. Métodos*. Madrid: Ed. La Muralla.
- Shah, B. M., & Hajjar, E. R. (2012). Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. *Clinics in Geriatric Medicine*, 28(2), 173-186. doi: 10.1016/j.cger.2012.01.002
- Shi, L., Liu, J., Koleva, Y., Fonseca, V., Kalsekar, A., & Pawaskar, M. (2010). Concordance of adherence measurement using self-reported adherence questionnaires and medication monitoring devices. *Pharmaco Economics*, 28(12), 1097-1107. doi:10.2165/11537400-000000000-00000
- Silva, P., Luís, S., & Biscaia, A. (2004). A polimedicação: Um estudo de prevalência nos centros de saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20(3), 323-236.
- Soares, M. A, Fernandez-Llimos, F., Cabrita, J., & Morais, J. (2011). Tools to evaluate potentially inappropriate prescription in the elderly: A systematic review. *Acta Médica Portuguesa*, 24(5), 775-784. Recuperado de <http://doi.org/22525629>
- Sousa, L., Relvas, A. P., & Mendes, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi

- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: Adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 176-182.
- Souza, J., Kantorski, L. P., & Luís, M. A. V. (2011). Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. *Revista Baiana de Enfermagem*, 25(2), 221-228. Recuperado de <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewArticle/5252>
- Spinewine, A., Fialová, D., & Byrne, S. (2012). The role of the pharmacist in optimizing pharmacotherapy in older people. *Drugs & Aging*, 29(6), 495-510. doi: 10.2165/11631720-000000000-00000.
- Spiro, T., Lee, E. O., Emanuel, L., & Ezekiel, J. (2012). Price and utilization: Why we must target both to curb health care costs. *Annals of Internal Medicine*, 157(8), 586-590. doi: 10.7326/0003-4819-157-8-201210160-00014.
- Timiras, M. L., & Luxenberg, J. S. (2007). Pharmacology and drug management in the elderly. In P. Timiras (Ed.), *Physiological basis of aging and geriatrics* (4th ed., pp. 355-361). CRC Press.
- Topinková, E., Baeyens, J. P., Michel, J. P., & Lang, P. O. (2012). Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. *Drugs and Aging*, 29(6), 477-494. doi: 10.2165/11632400-000000000-00000
- Tuckman, B. W. (2005). *Manual de investigação em educação* (3a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Turnheim, K. (2003). When drug therapy gets old: Pharmacokinetics and pharmacodynamics in the elderly. *Experimental Gerontology*, 38(8), 843-853. doi: 10.1016/S0531-5565(03)00133-5
- Voss, C., Tsikriktsis N., & Frohlich, M. (2002). Case research in operations management. *International Journal of Operations & Production Management*, 22(2), 195-219. doi: 10.1108/01443570210414329
- Woods, J., & Winger, G. (1995). Current benzodiazepine issues. *Psychopharmacology*, 118(2), 107-115. doi: 10.1007/BF02245824
- Wooten, J. M. (2015a). Rules for improving pharmacotherapy in older adult patients: Part 1 (Rules 1-5). *Southern Medical Journal*, 108(2), 97-104. doi: 10.14423/SMJ.0000000000000243.
- Wooten, J. M. (2015b). Rules for Improving Pharmacotherapy in Older Adult Patients: Part 2 (Rules 6-10). *Southern Medical Journal*, 108(3), 145-150. doi: 10.14423/SMJ.0000000000000257
- World Health Organization (2015). *Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos*. Recuperado de <http://www.paho.org/bra/index>.

- php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-cronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839
- World Health Organization (s/d). *Health Topics: Drug resistance*. Recuperado de http://www.who.int/topics/drug_resistance/en/
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Recuperado de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_introduction.pdf
- World Health Organization. (2007). *WHO global report on falls prevention in older age. Ageing and life course, family and community health*. Recuperado de http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf
- World Health Organization. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. (2010). *The world health report: Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva: Autor. Recuperado de http://www.who.int/whr/2010/10_summary_en.pdf
- Wyles, H., & Rehman, H. (2005). Inappropriate polypharmacy in the elderly. *European Journal of Internal Medicine*, 16(5), 311-313. doi: 10.1016/j.ejim.2005.02.006

APÊNDICES

APÊNDICE A

Questionário

Exmo. (a). Sr. (a).

O meu nome é **Maria Emília Gonçalves Sarmento**, sou enfermeira e neste momento encontro-me a realizar o **Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde**, nesse contexto, estou a efetuar uma investigação em que procuro compreender “**A polimedicação em idosos: Reconciliação terapêutica – Ferramenta para a gestão do processo terapêutico**”.

“A literatura internacional refere que 82% da população adulta toma, pelo menos, um medicamento e 29% toma cinco ou mais medicamentos.” Por outro lado o mesmo documento refere que “a Organização Mundial de Saúde estima que entre 8% e 10% dos doentes internados em cuidados intensivos e cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde” (DR 2ª série, nº 28 de 10 de fevereiro 2015, pág. 3882 – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020). Tendo em consideração estes dados, que se revelam preocupantes, pretendo, com a elaboração deste trabalho, contribuir para que os cuidados de saúde, nomeadamente no que à prescrição de medicamentos diz respeito, sejam alvo de debate e que seja dada importância à qualidade de vida das populações idosas bem como às suas famílias.

É, pois, muito importante poder contar com a sua colaboração nesta investigação. Peço-lhe que responda a este documento com atenção. Caso não entenda alguma coisa, peça os esclarecimentos que desejar.

O tratamento dos dados que vou recolher serve exclusivamente para esta investigação e será totalmente salvaguardado o anonimato e confidencialidade na sua divulgação. Os entrevistadores são pessoas com formação superior e estão obrigados a deveres éticos e deontológicos de sigilo que salvaguardam estas situações.

Agradeço muito a sua disponibilidade e colaboração!

Consentimento Informado

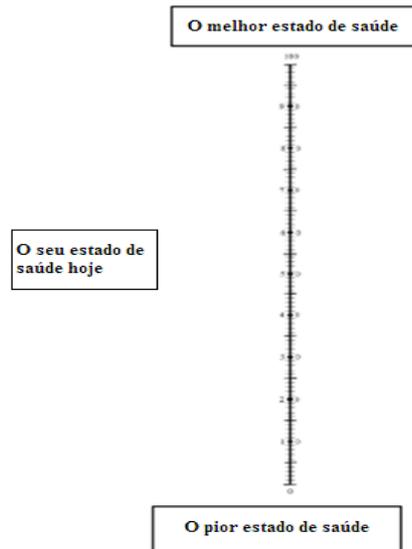
Eu _____ (Primeiro Nome e Inicial do Sobrenome) fui informado sobre os objectivos e condições de participação nesta investigação. Sinto-me esclarecido (a) e participo na investigação nas condições acima definidas.

Vila Real, ____/____/____ Rubrica: _____

12- A que medicação prescrita adere com maior facilidade

(1) À medicação prescrita pelo seu médico de família; (2) À medicação prescrita por um médico da especialidade; (3) À aconselhada por um amigo/vizinho; (4) Adere a qualquer medicação; (5) Não adere a nenhuma prescrição; (6) Não resposta

13- Gostaria que indicasse nesta escala qual é hoje, na sua opinião, o seu estado de saúde. Por favor, desenhe uma linha a partir do retângulo que se encontra à esquerda, até ao ponto da escala que melhor classifica o seu estado de saúde hoje.



14- Em geral diria que a sua saúde é:

(1) Óptima; (2) Muito boa; (3) Boa; (4) Razoável; (5) Fraca

15- Já por alguma vez esteve hospitalizado/internado?

(1) Sim; (2) Não Qual a razão de internamento: _____

16- Qual o número de internamentos no ano de 2015? _____

17- Qual o número de medicamentos diários prescritos há mais de 3 meses: _____

18- Qual o número de medicamentos diários prescritos há menos de 3 meses: _____

19- Avia a medicação prescrita

(1) Na totalidade
 (2) Parcialmente. Porquê _____
 (3) Não avia. Porquê _____

20- Em quantas farmácias avia as suas receitas? _____

21- Quem Habitualmente avia as suas prescrições?

(1) o próprio; (2) Familiar (3) Cuidador informal; (2) Cuidador formal

APÊNDICE B

Autorização da Comissão de Ética para realização do estudo



ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P.
EXARADO NA ACTA N.º 43
REUNIÃO DE 17.11.2016



DATA : 9.novembro.2016

INFORMAÇÃO N.º 118/2016

N.º <Processo> <Registo>

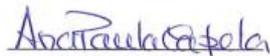
PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer n.º 123/2016

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer n.º 123/2016 sobre o Estudo "A polimedicação em idosos: reconciliação terapêutica – ferramenta para a gestão do processo terapêutico", aprovado na reunião de 8 de novembro de 2016, por unanimidade.

À consideração superior


Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

DELIBERADO CONCORDAR

216.11.17

Dr. Pimenta Marinho
Presidente do C.D.


Rita Moreira
Vice-Presidente do CD


José Carlos Pedro
Vogal C. D.


Dr. Ponciano Oliveira
Vogal C. D.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

Maria rena leal
\$

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 123/2016

Sobre o estudo T615 – “A polimedicação em idosos: reconciliação terapêutica – ferramenta para a gestão do processo terapêutico”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T615, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao Estudo sobre “A polimedicação em idosos: reconciliação terapêutica – ferramenta para a gestão do processo terapêutico” pela investigadora Maria Emilia Lopes Gonçalves Sarmento, enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública no ACES Douro 1 – USP, Mestranda em gestão de serviços de saúde, sob orientação da docente Carmem Teresa Pereira Leal e Maria João Filomena dos Santos Pinto Monteiro, Phd na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES; projeto de investigação com cronograma, consentimento informado livre e esclarecido para participação em investigação; questionário a aplicar elaborado pela investigadora; parecer favorável do conselho clínico e de saúde do ACES Douro 1; curriculum vitae da investigadora; declaração das orientadoras do estudo; declaração de compromisso de confidencialidade; declaração em como os dados a obter são confidenciais e usados exclusivamente neste estudo; declaração de compromisso de enviar o relatório final do estudo a esta CES e declaração em como os custos serão suportados exclusivamente pela investigadora.

1. O estudo é de análise quantitativa e qualitativa: triangulação de métodos – análise documental e aplicação de um questionário à população alvo.
2. A investigação tem como objetivo geral demonstrar a importância e pertinência da reconciliação terapêutica no que diz respeito à saúde da população idosa na área de abrangência do ACES Douro 1, como processo de gestão eficaz e eficiente.
3. A população são os idosos, utentes com mais de 65 anos que recorram aos serviços das unidades funcionais do ACES Douro Norte no período previsível de abril/maio de 2017. A amostra será casual não probabilística, de conveniência. A colaboração do



Rua Santa Catarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt



**GOVERNO DE
PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ACES comporta a utilização dos utentes no seu espaço físico, nomeadamente no âmbito da clínica (consulta de enfermagem e/ou médica) e a consulta de dados estatísticos, nomeadamente das plataformas informáticas de gestão numa perspectiva meramente quantitativa e estatística, salvaguardando sempre o sigilo de dados pessoais, que neste âmbito não têm qualquer relevância.

4. A análise documental será efetuada a partir de documentos provenientes de diferentes fontes de informação, nomeadamente OMS, Infarmed, etc. Será aplicado um questionário construído pela investigadora a uma amostra de indivíduos com 65 ou mais anos de idade que utilizarão os serviços de saúde do referido ACES. O 1º contacto será realizado pela investigadora com o apoio do enfermeiro de família.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência dos resultados;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato, são estritamente garantidos pela investigadora;
3. Está garantido o consentimento informado, livre e esclarecido pelos participantes.

C – Conclusões

Face ao exposto, a CES delibera emitir Parecer Favorável à realização do estudo de investigação em causa.

Aprovado em reunião do dia 8/11/2016, por unanimidade

O relator,

Mestre Maria Alzira Morais

pel' O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP *(ausente no ponto de reunião)*

Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol
(Hespanhol Alberto Pinto Hespanhol)



APÊNDICE C

Pedido de colaboração ao diretor executivo do ACeS Douro Norte

De: Armando Vieira [<mailto:armandovieira@srsvreal.min-saude.pt>]

Enviada: quarta-feira, 7 de Dezembro de 2016 14:46

Para: 'Cristina Sousa USP ACES Douro I'; 'Coord UCSP Alijó'; 'Coord UCSP Mesão Frio'; 'Coord UCSP Murça'; 'Coord UCSP Sabrosa'; 'Coord UCSP SM Penaguião'; 'Coord UCSP Vila Real 2'; 'Coord USF Corgo'; 'Coord USF Fénix'; 'Coord USF Nuno Grande'; Coordenador USF Nova Mateus; 'USF Régua'; usfdodouro@gmail.com

Cc: 'Emila Sarmento '; Iolanda@srsvreal.min-saude.pt; Margarida Gomes; mariajoselacerda@srsvreal.min-saude.pt; vcanilhasusp.douro1@srsvreal.min-saude.pt

Assunto: Pedido de colaboração : "A Polimedicação em Idosos: Reconciliação Terapêutica - Ferramenta para a Gestão do Processo Terapêutico".

Boa tarde Sr(a) Coordenador(a),
Considerando a importância deste estudo e que o mesmo obteve PARECER FAVORÁVEL da Comissão de Ética da ARS Norte, solicito a melhor colaboração dessa Unidade na realização do estudo *supra* identificado,
Obrigado,

Com os meus melhores cumprimentos,

Armando Silva Vieira

Diretor Executivo/Executive Director



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE MARÃO E DOURO NORTE
Rua Miguel Torga, 12 F, 5000-050 Vila Real
TEL +351 259 302 270 FAX +351 259 325 629

www.facebook.com/acesdouronorte

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



De: Emila Sarmento [<mailto:esarmentousp.douro1@srsvreal.min-saude.pt>]

Enviada: quarta-feira, 7 de Dezembro de 2016 11:59

Para: armando vieira

Assunto: Pedido de colaboração : "A Polimedicação em Idosos: Reconciliação Terapêutica - Ferramenta para a Gestão do Processo Terapêutico".

Exmo. Sr Diretor Executivo

Tal como solicitação verbal, junto envio um enquadramento geral do estudo que estou a realizar e para o qual solicito a sua melhor atenção e cooperação.

Este estudo está sustentado no meu interesse pessoal de há várias décadas, e do reconhecimento da sua importância no âmbito da saúde pública do idoso, que encontra eco também na minha atividade profissional, considerando por isso uma mais valia quer pessoal, quer institucional e sobretudo populacional, nomeadamente para a população idosa do ACES Douro1 e das práticas dos profissionais desse agrupamento de centros de saúde.

tema: “A Polimedicação em Idosos: Reconciliação Terapêutica - Ferramenta para a Gestão do Processo Terapêutico”.

Enquadramento: O estudo decorrerá no âmbito geográfico do ACeS Douro 1- Marão e Douro Norte, nomeadamente nas suas Unidades Funcionais. Decorre no âmbito académico, nomeadamente na realização do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde, que realiza na Universidade Trás-os-Montes e Alto Douro, sob a Orientação das Professoras Doutoradas: PHD Carmen Leal e Maria João Monteiro.

Explicação do estudo: Haverá oportunidade de proceder à aplicação de um questionário, que será preenchido para recolha de dados de processo: nomeadamente uma breve caracterização sociodemográfica e de saúde, o tipo e número de medicação utilizada/prescrita à data da aplicação do questionário. A seleção da amostra será aleatória (utentes com mais de 65 anos que recorram às unidades de saúde na data apontada no cronograma para a realização presencial do inquérito na sua unidade) e haverá a possibilidade de marcar um novo encontro de forma a poder confirmar a medicação prescrita. Haverá pelo menos dois encontros presenciais (um no momento da primeira abordagem e explicação do estudo e um outro, posterior para a realização/confirmação de dados relevantes, nomeadamente relacionados com a medicação utilizada. Esses momentos terão aproximadamente 20/30 minutos cada. Será sempre salvaguardado o anonimato dos participantes, sendo garantido que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para este trabalho e trabalhados apenas estatisticamente.

Condições e financiamento: O estudo decorrerá na unidade de saúde frequentada pelo utente, pelo que não serão fornecidas quaisquer contrapartidas para deslocações ou outras. A participação no estudo terá carácter voluntário, não comportando qualquer risco ou limitação, assistenciais ou outros, para o utente, sendo passível de abandonar o estudo em qualquer momento que considere oportuno. Será obtido o respectivo consentimento informado ao utente, sendo expressamente referido que o estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética da ARSN. O estudo será da inteira responsabilidade financeira da investigadora.

Confidencialidade e anonimato: O tratamento dos dados recolhidos servem exclusivamente para esta investigação e serão totalmente salvaguardados o anonimato e confidencialidade na sua divulgação, através da codificação dos questionários. Sendo ainda assegurada a privacidade no momento do preenchimento do questionário.

Considero que será importante fazer um diagnóstico de situação neste âmbito específico pois poderá ser um excelente meio para melhorar as práticas e a gestão do regime terapêutico prescrito. Nesse âmbito **solicito autorização e a melhor vontade para que sensibilize os coordenadores das diferentes unidades funcionais do ACES para que autorizem a aplicação do questionário anexo e que já obteve o consentimento da Comissão de ética da ARS Norte.**

Atenciosamente, grata pela atenção

Emília Sarmento
Nurse Specialist Community Public Health
Public Health Unit



AGRUPAMENTO DE CENTROS DE SAÚDE MARÃO E DOURO NORTE
Rua Miguel Torga, 12 F, 5000-050 Vila Real
TEL +351 259 302 270 FAX +351 259 325 629

www.facebook.com/acesdouronorte

PENSE ANTES DE IMPRIMIR

