



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

**TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO
GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DO MESTRADO
INTEGRADO EM MEDICINA**

LILIANA INÁCIO DA COSTA

**O IDOSO (POLI)MEDICADO – PRINCIPAIS
CONDICIONANTES E CONSEQUÊNCIAS**

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB ORIENTAÇÃO DE:

DR.^a MARIA CONCEIÇÃO MILHEIRO

MARÇO 2011

ÍNDICE

| | |
|----------------------------|----|
| LEGENDA DE SIGLAS | 4 |
| ÍNDICE DE TABELAS | 5 |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS | 6 |
| RESUMO | 7 |
| ABSTRACT | 8 |
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 2. METODOLOGIA | 11 |
| 3. RESULTADOS | 13 |
| 4. DISCUSSÃO | 24 |
| 5. CONCLUSÃO | 31 |
| AGRADECIMENTOS | 32 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 33 |
| ANEXOS | 37 |

O Idoso (Poli)Medicado - Principais Condicionantes e Consequências

¹Liliana I. Costa*, ²M^a Conceição Milheiro

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

²Médica no Centro de Saúde Norton de Matos e Assistente Graduada de Medicina Geral e Familiar na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

*Endereço do autor (*e-mail*): lilianaicosta87@gmail.com

LEGENDA DE SIGLAS

MP- Medicação Prescrita

PM- Polimedicação

EA – Efeitos Adversos

IM – Interações medicamentosas

PMI– Polimedicação no idoso

MF– Médico de família

SU– Serviço de Urgência

MNP– Medicação não prescrita

FI- Folheto Informativo

ME- Médico Especialista

AVD's- actividades da vida diária

PV- Patologia da visão

VN- Visão normal

CI – Contra-indicações

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA I: Classificação e quantificação de medicamentos consumidos _____18

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Fig. 1: Distribuição da amostra por sexo e escalão etário. | 14 |
| Fig. 2: Frequência do MF, discriminada por sexos. | 15 |
| Fig. 3: Frequência de SU, discriminada por sexos. | 15 |
| Fig. 4: Prevalência de doenças na amostra em estudo, por classes, segundo CID-10. | 16 |
| Fig. 5: Distribuição de indivíduos de acordo com tipo de polimedicação. | 17 |
| Fig. 6: Quantidade de indivíduos que afirmam ter medicamentos com mesma cor, mesma forma e que admitem ter confundido medicamentos de características físicas semelhantes, entre indivíduos com perturbações da visão (PV) e visão normal (VN) | 20 |
| Fig. 7: Frequência das falhas na medicação. | 22 |
| Fig. 8: Motivos invocados para falhas na medicação. | 22 |

RESUMO

Introdução: Com o envelhecimento populacional e o aumento consequente das doenças crónicas, tem havido uma crescente necessidade de utilização de fármacos. A fisiologia própria do idoso condiciona alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, tornando-o particularmente vulnerável a interacções medicamentosas e efeitos adversos. Não há consenso para definir polimedicação, podendo esta ser considerada perante o uso concomitante de dois ou mais fármacos ou, segundo outros autores, sempre que se recorra a cinco fármacos ou mais. Podemos classificá-la como ligeira, moderada ou grave.

Objectivos: Caracterizar o perfil sociodemográfico do idoso que toma medicação crónica; perceber factores que condicionam a toma dos medicamentos; aferir sobre percepção do idoso a respeito de efeitos adversos; avaliar vigilância terapêutica.

Metodologia: Realizou-se estudo analítico e transversal, recorrendo a amostra de conveniência constituída por cem indivíduos com 65 anos ou mais, a quem foi aplicado questionário por entrevista. Variáveis: indicadores diversos para aferir a respeito de características sociodemográficas; assistência médica; doenças crónicas; medicação crónica; condições de prescrição; hábitos medicamentosos; local de aquisição; informação sobre medicação; falhas de medicação; efeitos adversos; vigilância médica e autopercepção do estado de saúde. Utilizou-se SPSS® para aplicar teste qui-quadrado, com erro de 0,05.

Resultados: 99% da amostra faz medicação crónica prescrita; 30% toma medicação não prescrita. 26% não sabe dizer que medicação toma. Em média, cada indivíduo toma 5,69 medicamentos/dia; os fármacos mais usados são para o aparelho cardiovascular e para o sistema nervoso central. Há uma maior prevalência de doenças cardiovasculares. Grupos etários mais elevados ($p=0,018$) e maior número de co-morbilidades ($p=0,004$) associam-se a polimedicação mais grave. Existe maior confusão entre fármacos em doentes com patologia

oftalmológica ($p < 0,001$). Nos indivíduos com maior nível de escolaridade verificou-se maior informação sobre terapêutica, que se repercute em maior adesão ($p < 0,001$). Institucionalizados têm melhor adesão, comparativamente com os que residem no domicílio ($p < 0,001$). 49% registam efeitos adversos, sendo os do foro neurológico mais comuns. A auto-percepção do estado de saúde piora com o aumento do número de fármacos, de comorbilidades e de efeitos adversos.

Conclusões: Reforça-se a necessidade de implementação de medidas com vista a melhorar a adesão terapêutica e diminuir os riscos da polimedicação nos idosos.

Palavras-chave: Polimedicação, Idoso, Efeitos Adversos, Medicamento, Prescrição, Geriatria, Adesão Terapêutica

ABSTRACT

Introduction: With the overall aging of the population and the consequent increase in diseases that derive from it, there has been a growing necessity of drug consumption. The elderly's own physiology leads to pharmacokinetic and pharmacodynamic changes, making it particularly vulnerable to drug interactions and adverse effects. There is no consensus to define polypharmacy, it may be considered as the concomitant use of two or more drugs or, according to other authors, when five or more drugs are taken. We can classify it as mild, moderate or severe.

Objectives: To characterize the elderly who take chronic medication; understand factors that influence the intake of medicines; check on elderly perception on the adverse effects; evaluate therapeutic monitoring.

Methodology: A cross-sectional and analytical study was conducted, using a convenience

sample consisting of one hundred subjects aged 65 years or older, whom answered a questionnaire by interview. Variables: various indicators to check the respect of sociodemographic characteristics; medical care; chronic disease; chronic medication; prescription conditions; usual place of purchase; information about medication; failure to take medication; adverse effects, medical supervision and self-perception of health. SPSS® was used to apply the chi-square test, with an error of 0,05.

Results: 99% of the sample take prescribed chronic medication, 30% take over-the-counter drugs. 26% cannot say what medication they are on. On average, each individual takes 5.69 drugs/day, the drugs most used are those for cardiovascular and central nervous systems. There is a higher prevalence of cardiovascular diseases. Higher age groups ($p = 0.018$) and greater number of comorbidities ($p = 0.004$) are associated with more severe polypharmacy. There is great confusion between drugs in patients with ophthalmic pathology ($p < 0.001$). In individuals with higher education level there was more information on therapy, which affects a greater adherence ($p < 0.001$). Institutionalized patients have better compliance compared to those living at home ($p < 0.001$). 49% experience adverse effects, more commonly neurological. Self-perception of health status worsens with increasing number of drugs, comorbidities and adverse effects.

Conclusion: There is a need to implement measures to improve therapeutic compliance and reduce the risks of polypharmacy in the elderly.

Key-Words: Polypharmacy, Elderly, Adverse Effects, Drug, Prescription, Geriatrics.

1. INTRODUÇÃO

Os avanços tecnológicos e a melhoria das condições de vida têm contribuído para aumentar significativamente a esperança média de vida, nomeadamente nos países desenvolvidos, e conseqüentemente a proporção de idosos. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística, em 2001, a percentagem de indivíduos com mais de 65 anos em Portugal era de 16,4%, atingindo os 19,4% na região Centro.¹ Dados da Organização das Nações Unidas fazem-nos prever que até 2050 este grupo atinja os 32,1%.²

Por todo o mundo se tem constatado que com o envelhecimento da população aumenta o número de doenças crónicas, e com elas a conseqüente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controlo.³ A título de exemplo, em 2000, 9% da população da Suécia tinha mais de 75 anos e consumia mais de um quarto do total de MP em ambulatório.⁴ Nos Estados Unidos, dados de 2002 apontam para percentagem de idosos que rondava os 13% e que consumia 30% de toda a MP.⁵

Em Portugal, dados do Alto Comissariado para a Saúde apontam para aumento de 9,2% no consumo de medicamentos, entre 2004 e 2009.⁶

Não existe consenso para a definição de PM, sendo inúmeras as que surgem na literatura^{7,8}, considerando-a desde a simples associação de dois ou mais fármacos⁸⁻¹⁰ até a utilização simultânea de mais de 5 medicamentos diferentes^{7,8}. Alguns estudos apontam para a sua elevada prevalência na população idosa, estimando que cerca de 50% dos indivíduos com mais de 65 anos consumam 5 medicamentos diferentes ou mais e que mais de 60% das consultas médicas terminem com a prescrição de fármacos.⁸ Existem diversas classificações para a PM.⁷ Neste estudo considerámos a que a classifica nas categorias ligeira (2-3 fármacos), moderada (4-5 fármacos) e grave (mais de 5 fármacos).¹¹

Sabe-se que o envelhecimento acarreta alterações fisiológicas, tais como diminuição do volume plasmático, aumento do tecido adiposo e diminuição da capacidade funcional de órgãos vitais, nomeadamente o rim e o fígado, que conduzem a alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas, permitindo aumento dos níveis séricos e da semivida dos fármacos e tornando os idosos particularmente susceptíveis a EA e IM.^{7,12}

Por outro lado, a PMI, desde que devidamente monitorizada, pode ser vantajosa, até crucial, na terapêutica de determinadas condições clínicas complexas, de que a insuficiência cardíaca congestiva é exemplo.¹³

A prescrição de medicação para idosos com doenças crónicas exige por isso um balanço entre a necessidade de limitar o número de medicamentos e a possibilidade de utilização de todos os fármacos potencialmente benéficos.¹³

Este trabalho tem por objectivos caracterizar o perfil sociodemográfico do idoso que toma medicação crónica; perceber factores que condicionam a toma dos medicamentos; aferir sobre percepção do idoso a respeito de EA da sua (poli)medicação; avaliar vigilância terapêutica. Pretende-se com isso contribuir para alertar e estimular a implementação de medidas que visem o controlo da medicação crónica e dos seus gastos em saúde, prevenindo complicações e optimizando a utilização dos recursos.

2. METODOLOGIA

O presente estudo pretende ser uma abordagem analítica e transversal, utilizando uma amostra constituída por conveniência.

As variáveis utilizadas foram as seguintes:

- a) Caracterização demográfica (sexo, idade, escolaridade, residência, estado de comunicação e dependência);
- b) Tipo de assistência médica (frequência de consultas no MF, seguimento por várias especialidades, frequência do SU);
- c) Caracterização patológica (doenças crónicas);
- d) Medicação crónica (MNP, MP, quem prescreveu);
- e) Caracterização de hábitos medicamentosos (número e classe de medicamentos, número de comprimidos e de tomas, características físicas dos comprimidos);
- f) Local de aquisição;
- g) Informação sobre a medicação (Leitura de FI, conhecimento de indicações e EA, verificação de prazo de validade, informações relativas a toma, instruções);
- h) Falhas de medicação (frequência, motivos);
- i) EA (idas ao SU, internamentos, queixas);
- j) Vigilância médica (frequência de análises de rotina, exames oftalmológicos, comunicação da medicação ao médico, atitude do médico);
- k) Autopercepção do estado de saúde.

Por medicação crónica considerou-se toda a consumida uma ou mais vezes por semana, por período igual ou superior a 2 meses, independentemente da via de administração. Os fármacos foram classificados de acordo com o Prontuário Terapêutico.

Como instrumento de avaliação recorreu-se a um questionário (Anexo 1), depois de devidamente avaliado e corrigido mediante teste-piloto. Foi aplicado em entrevista presencial e individual a uma população de cem indivíduos com 65 anos ou mais, residente no distrito de Coimbra, durante o período compreendido entre 1 de Fevereiro de 2011 e 8 de Março de

2011. Sempre que o estado cognitivo não permitisse a comunicação, foi entrevistado o cuidador. Previamente à aplicação do questionário, todos os indivíduos foram informados dos objectivos do estudo, tendo dado o seu consentimento para a utilização dos dados para fins científicos. Foram excluídos todos os que se recusaram a responder (um total de 13), bem como aqueles cuja capacidade de comunicação estivesse perturbada e de quais não fosse possível aceder ao cuidador.

2.1) Análise estatística

Os dados foram codificados e inseridos numa base de dados informática, com o programa Microsoft Excel® e procedeu-se posteriormente à sua análise estatística com o SPSS 17.0®. Recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado para comparação de proporções entre grupos. Adoptou-se nível de significância de 0,05.

3. RESULTADOS

a) Caracterização da amostra

A taxa de resposta foi de aproximadamente 88%.

A distribuição da amostra por grupos etários e por sexos é apresentada na Fig.1.

A média das idades foi de 74,93 anos ($\pm 7,369$), tendo um máximo de 92 e um mínimo de 65 anos. A mediana foi de 74 anos.

Para os homens, a média foi de aproximadamente 74,14 anos ($\pm 7,573$), tendo mínimo de 65 e máximo de 90; para as mulheres, a média foi de 75,5 ($\pm 7,231$), com mínimo de 65 e máximo de 92 anos.

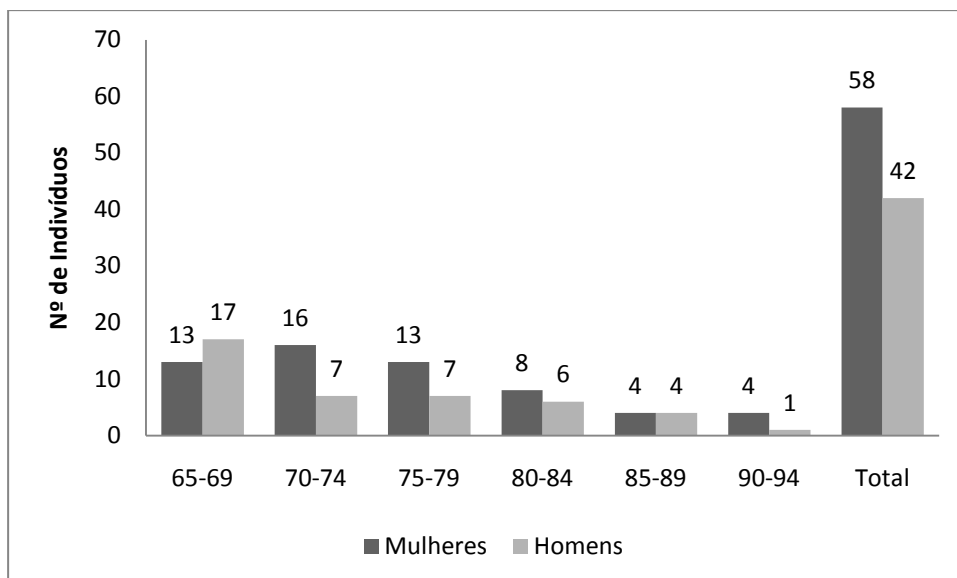


Fig. 1 – Distribuição da amostra por sexo e escalão etário.

No que respeita ao nível de instrução, 10% dos inquiridos eram analfabetos; 24% nunca frequentou a escola, mas aprendeu a ler; 48% concluiu o ensino primário; apenas 12% tem curso superior.

Nesta amostra, 34% reside em casa própria, com cônjuge; 21% em casa própria, sozinho; 15% com familiar; 30% está institucionalizado.

Quando necessita de cuidados de saúde, 47% recorre em primeira instância ao MF, 40% ao SU e 13% directamente a um ME.

As condições de comunicação estavam perfeitamente preservadas em 88% dos indivíduos seleccionados para a amostra, havendo total comprometimento da comunicação em apenas 4% da mesma, casos em que o questionário foi aplicado ao cuidador.

Apenas 10% da população em estudo era dependente moderado a grave para AVD's, sendo os restantes independentes ou com grau de dependência ligeiro.

b) Tipo de Assistência Médica

As frequências com que recorrem ao MF e ao SU são apresentadas nas Figs.2 e 3.

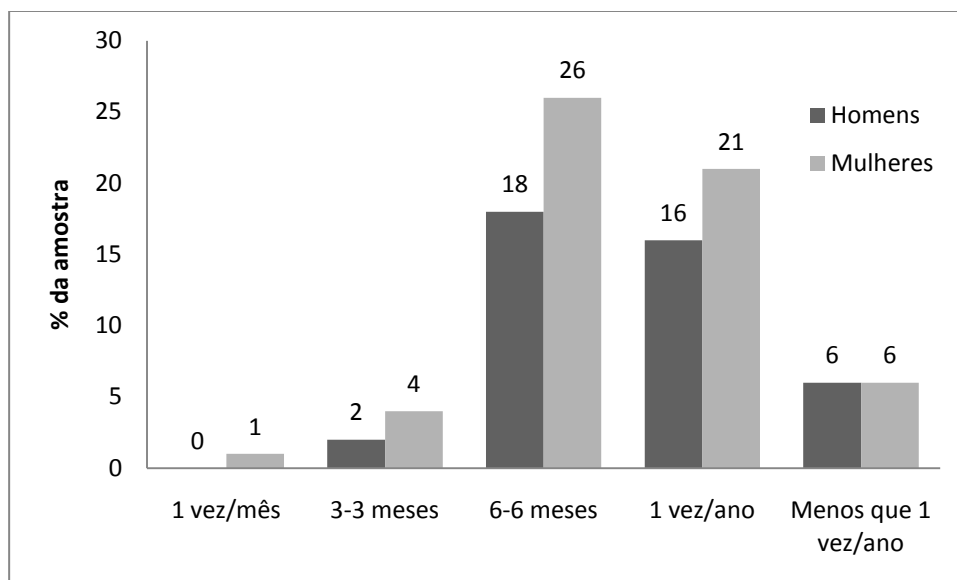


Fig.2. Frequência do MF, discriminada por sexos.

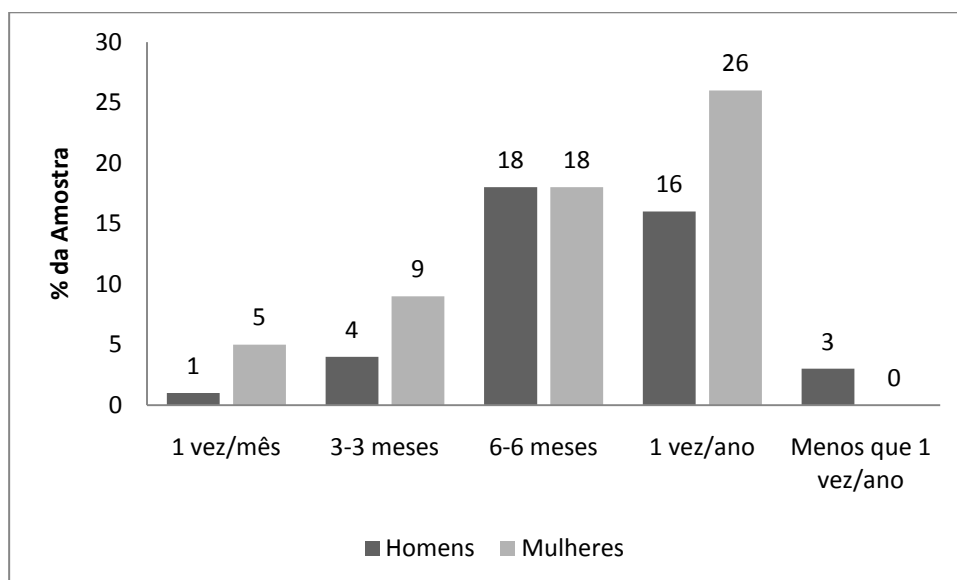


Fig.3. Frequência do SU, por sexos.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois sexos ($p=0,86$ e $p=0,10$, respectivamente).

Uma percentagem de 44% da amostra é seguida em consulta por mais de um especialista, não se verificando contudo uma associação estatisticamente significativa destes resultados com os referentes à PM e aos EA.

c) *Caracterização Patológica*

A prevalência de doenças crónicas, classificadas de acordo com CID-10¹⁴, está representada na Fig.4. De referir que muitos doentes têm mais do que uma patologia de cada grupo e que nem todos souberam especificar a totalidade das suas co-morbilidades.

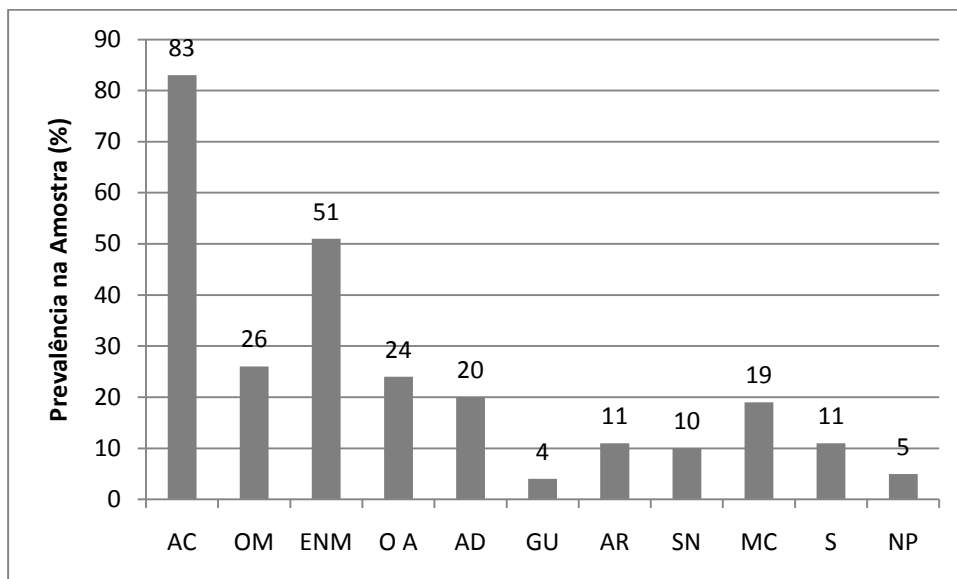


Fig.4. Prevalência de doenças na amostra em estudo, por classes, segundo CID-10. AC-Doenças do aparelho circulatório; OM-Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo; ENM-Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; OA-Doenças do olho e anexos; AD-Doenças do aparelho digestivo; GU-Doenças do aparelho geniturinário; AR-Doenças do aparelho respiratório; SN-Doenças do sistema nervoso; MC-Transtornos mentais e do comportamento; S-Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos; NP-Neoplasias.

d) Prescrição da Medicação

Verificou-se que 99% dos indivíduos da amostra consumiram MP nos dois meses anteriores. Adicionalmente, 30% admitiu ter feito MNP no mesmo período.

Relativamente às condições de prescrição e selecção de fármacos, 8% da amostra consome apenas MP por MF; 50% consome MP por vários médicos, com conhecimento do MF; 12% consome MP por vários médicos, sem conhecimento do MF; 5% adquire fármacos mediante aconselhamento por familiar ou amigo; 14% adquire-os por indicação do farmacêutico e 11% por iniciativa própria.

e) Caracterização de Hábitos Medicamentosos

Dos 99 indivíduos que tomam MP, 26 não souberam especificar quantos nem quais os medicamentos. Dos que o fizeram (n=74), obteve-se um total de 421 fármacos, o que corresponde a uma média de 5,69 ($\pm 2,71$) medicamentos por dia, por pessoa. Foi feita a distribuição dos indivíduos com PM pelas categorias referidas - ligeira, moderada e grave - sendo apresentada na Fig.5.

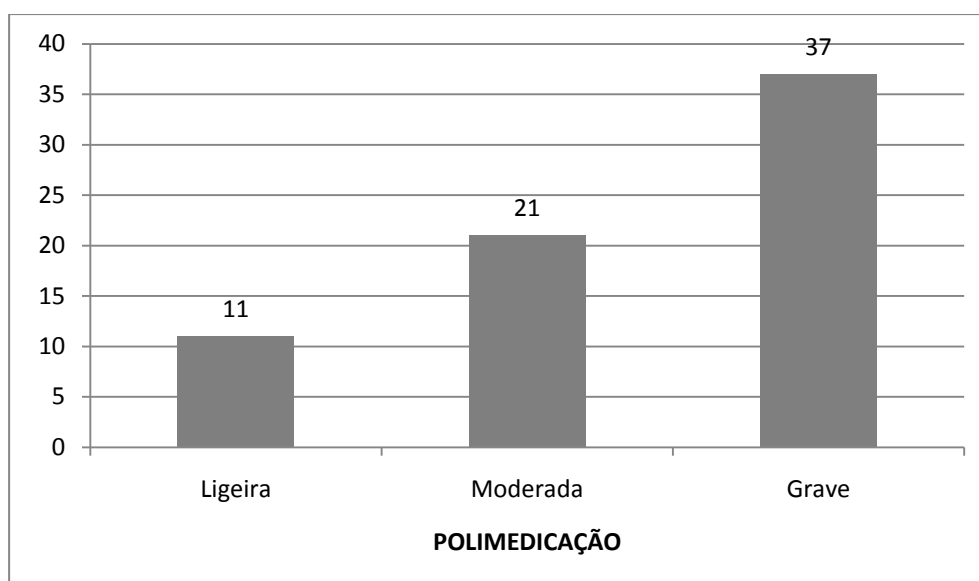


Fig.5. Distribuição de indivíduos de acordo com tipo de polimedicação.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre géneros ($p = 0,073$), mas verificaram-se diferenças significativas em função do grupo etário ($p = 0,018$), sendo mais grave a PM nos escalões etários mais elevados.

Existe também uma associação estatisticamente significativa entre o número de sistemas afectados por patologia e a gravidade da PM ($p = 0,004$).

A Tabela I discrimina as classes de fármacos consumidas pela amostra. Note-se que é frequente a utilização de mais do que um fármaco da mesma classe/grupo pelo mesmo indivíduo.

Tabela I. Classificação e quantificação de medicamentos consumidos.

| Classe/Local de Acção | Grupo | N | TC |
|---|-----------------------------------|----------|-----------|
| Antialérgicos | Anti-histamínicos não sedativos | 1 | 2 |
| | Anti-histamínicos sedativos | 1 | |
| Medicamentos para sangue | Anticoagulantes e antitrombóticos | 32 | 40 |
| | Anti-anémicos | 8 | |
| Antineoplásicos e Imunomoduladores | Hormonas e imunomoduladores | 3 | 3 |
| Aparelho Génito-urinário | Acidificantes/Alcalinizantes | 1 | 5 |
| | Medicamentos para incontinência | 1 | |
| | Medicamentos para retenção | 3 | |
| Aparelho Respiratório | Glucocorticóides | 1 | 7 |
| | Xantinas | 6 | |
| Aparelho | Anti-arrítmicos | 13 | 152 |

| | | | |
|--|---|----|-----|
| Cardiovascular | Anti-dislipidémicos | 24 | |
| | Anti-hipertensores | 92 | |
| | Cardiotónicos | 1 | |
| | Vasodilatadores | 19 | |
| | Venotrópicos | 3 | |
| Aparelho Digestivo | Anti-ácidos | 21 | |
| | Anti-espasmódicos | 3 | |
| | Medicamentos para Fígado e Vias Biliares | 1 | 36 |
| | Modificadores de motilidade intestinal | 8 | |
| | Suplementos enzimáticos | 3 | |
| Aparelho Locomotor | AINEs | 7 | |
| | Anti-gotosos | 1 | 16 |
| | Medicamentos para ossos e metabolismo do Cálcio | 5 | |
| | Medicamentos para Artrose | 3 | |
| Hormonas e Doenças Endócrinas | Tiróide e Anti-tiroideus | 3 | 30 |
| | Insulina e Anti-diabéticos orais | 27 | |
| Medicamentos para afecções oftálmicas | Tratamento Glaucoma | 1 | 1 |
| Sistema Nervoso Central | Analgésicos e antipiréticos | 8 | |
| | Antiepilépticos e anticonvulsivantes | 4 | |
| | Antiparkinsónicos | 4 | 121 |
| | Psicofármacos | 96 | |
| | Outros - alterações cognitivas | 9 | |
| Nutrição | Suplementos vitamínicos | 8 | 8 |

N- número de medicamentos consumidos pela amostra; TC – Total de medicamentos de cada classe.

Em média consomem-se cerca de 7,27 comprimidos/dia ($\pm 3,52$), distribuídos por cerca de 3 tomas ($\pm 0,972$).

Não se verificou, contudo, uma associação estatisticamente significativa entre o número de comprimidos, bem como o número de tomas, e a adesão terapêutica.

Relativamente à cor, forma e confusão física entre medicamentos, foram separados os dados relativos aos indivíduos com VN daqueles com PV, apresentando-se os resultados na Fig.6.

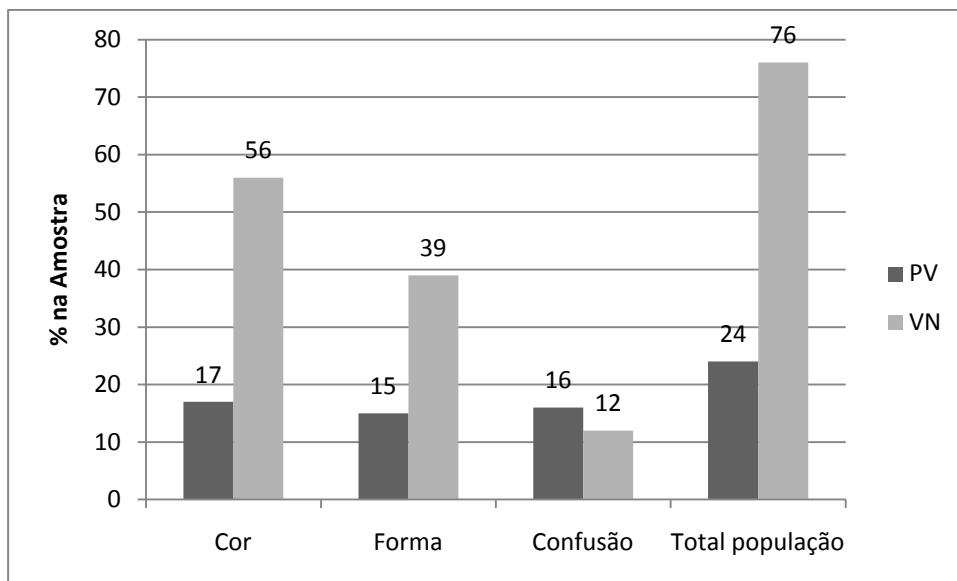


Fig. 6. Quantidade de indivíduos que afirmam ter medicamentos com mesma cor, mesma forma e que confundiram medicamentos, entre indivíduos com perturbação da visão (PV) e visão normal (VN).

Existe uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$) entre os dois grupos, sendo maior a confusão no segundo.

f) Local de Aquisição

67% do grupo inquirido compra medicamentos sempre na mesma farmácia.

g) Informação sobre medicação

Verificou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade e a leitura do FI, o conhecimento das indicações dos fármacos e a verificação dos prazos de validade ($p < 0,001$), sendo tanto maior o grau de conhecimento sobre os medicamentos quanto maior o grau de instrução. Isto repercute-se numa maior adesão terapêutica ($p < 0,001$).

Em termos de toma propriamente dita, 60% considerava-se independente, sabendo quando e quais os medicamentos a tomar; dos restantes, apenas 45% tinha algum cuidador que se assegurava da sua toma correcta.

As diferenças de informação a respeito de EA da medicação, de acordo com nível de escolaridade, não são estatisticamente significativas ($p = 0,14$).

No que toca à informação respeitante às instruções de toma, apenas 43% dos inquiridos diz receber informação escrita do prescriptor; 50% recebe instruções orais do médico; 5% recebe-as através do farmacêutico; 2% toma de acordo com posologia constante no FI. Analisando estes resultados, verifica-se que há uma menor percentagem de falhas de medicação nos indivíduos que levam informação escrita do médico prescriptor, sendo esta associação estatisticamente significativa ($p = 0,05$).

h) Falhas na Medicação

A frequência das falhas na medicação está retratada na Fig.7.

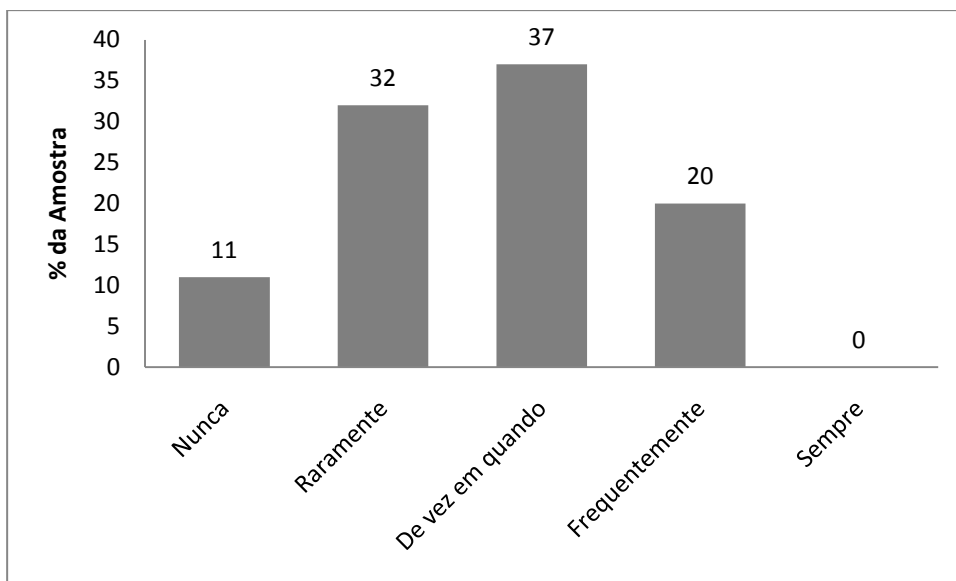


Fig.7. Frequência das falhas na medicação.

Motivos das Falhas

Os motivos apontados pelos 89 indivíduos para as falhas da medicação estão retratados na Fig.8. Cada indivíduo podia escolher mais do que uma opção.

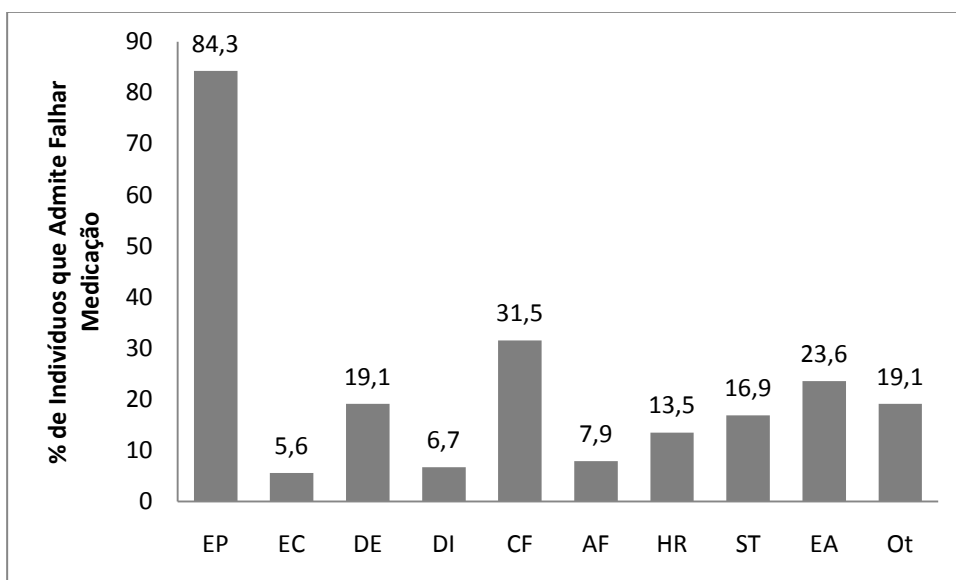


Fig.8. Motivos invocados para falhas na medicação. EP-Esquecimento do próprio; EC-Esquecimento do cuidador; DE-Dificuldades económicas; DI-Doença que dificulte a ingestão; CF-Confusão entre medicamentos semelhantes; AF-Alteração frequente de medicação; HR-

Horários pouco cómodos; ST-Toma de acordo com sintomatologia; EA- Evitar efeitos adversos; Ot – Outro motivo.

A percentagem de falhas na medicação é significativamente menor em indivíduos institucionalizados ($p < 0,001$).

i) Efeitos Adversos

Dos inquiridos, 37% tiveram episódio(s) que motivasse(m) a ida ao SU associados a EA. Desses, 51,35% refere necessidade de internamento ($\approx 19\%$ da amostra).

A percentagem de inquiridos que refere EA da medicação é de 49%, sendo as queixas do foro neurológico (sonolência-53%, tremores-34,7%), endocrinológico (episódios hipoglicémicos-32,7%), digestivo (queixas dispépticas-26,5%, náuseas-18,37%, alterações da cor das fezes-14,3%) e muscular (mialgias-12,2%).

Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na presença de EA entre indivíduos que consumiram MNP e aqueles que não consumiram.

j) Vigilância Médica

Relativamente a análises de rotina, 2% dos inquiridos realizam-nas pelo menos uma vez por mês; 5% a cada 3 meses; 44% a cada 6 meses; os restantes 49% pelo menos uma vez por ano.

No que toca à vigilância oftalmológica, 88% é observado por Oftalmologista menos de uma vez por ano; apenas 3%, pertencente ao grupo com patologia oftalmológica, diz ser observado uma vez a cada 6 meses; os restantes, pertencentes a esse mesmo grupo, afirmam ser vistos uma vez por ano.

Quando consulta um médico, 37% dos inquiridos é portador das embalagens dos medicamentos que está a tomar; 12% faz-se acompanhar de lista de prescrição; 25% diz, de memória, a medicação. Os restantes correspondem aos mesmos indivíduos que não souberam especificar o que tomam.

Do total dos inquiridos, 15% não informa o(s) médico(s) da MP por outro e 74% omite o consumo de MNP.

Relativamente à atitude do MF, 76% afirma que este pergunta frequentemente sobre os efeitos da prescrição; 15% considera que este só averigua a respeito dos referidos mediante queixas; 9%, todos pertencentes ao grupo que visita o MF menos de uma vez por ano, afirma que este não questiona sobre os seus efeitos.

k) *Autopercepção do estado de saúde*

Da totalidade dos inquiridos, 9% considera ter uma saúde muito boa, 21% boa, 43% razoável e 27% fraca. Verifica-se uma pior percepção do estado de saúde em indivíduos com PM mais grave e com maior número de co-morbilidades ($p < 0,001$), assim como naqueles que referem EA ($p = 0,031$).

4. DISCUSSÃO

Este estudo pretende apenas descrever a população a quem foram realizados os inquéritos, visto que para uma possível extrapolação de resultados para a população em geral a selecção da amostra deveria ser aleatória e mais criteriosa.

A inclusão de uma maior percentagem de mulheres do que de homens não visa reflectir a população em geral; deveu-se apenas a uma maior facilidade de acesso a elementos do sexo feminino conhecidos. Da mesma forma se entende o motivo pelo qual foram incluídos mais indivíduos de escalões etários mais baixos, com condições de comunicação preservadas e independentes ou com grau de dependência ligeiro.

Em termos de aplicação dos questionários, não podemos desprezar o facto de muitas práticas incorrectas poderem ter sido sub-valorizadas, paralelamente à sobre-valorização de práticas conhecidas como correctas, visto que muitos inquiridos podem ter encarado a entrevista como sendo uma situação de “avaliação”, perante alguém que, não o sendo ainda, viam como representante da classe médica.

No que toca à assistência médica, o facto de a maioria dos inquiridos ir ao MF pelo menos uma vez por ano advém-nos como um dado positivo. Chama-se a atenção, contudo, para as implicações do facto de menos de metade dos inquiridos recorrerem a este em primeira instância, em caso de necessidade, aliado à percentagem considerável de indivíduos que não sabem a medicação que fazem habitualmente. Note-se ainda que muitos se faziam acompanhar dos rótulos dos medicamentos no momento da entrevista, pelo que essa percentagem pode ter sido sub-estimada. Este desconhecimento da terapêutica, nomeadamente em situações de urgência, pode trazer consequências graves para os doentes, até mesmo nefastas, atrasando ou levando a erros quer diagnósticos, quer terapêuticos e fazendo aumentar o risco de interações medicamentosas e iatrogenia.

Relativamente à prevalência da (poli)medicação, os resultados obtidos aproximam-se de alguns dos encontrados na literatura nacional e internacional. Já segundo um estudo realizado num Centro de Saúde de São João do Porto em 2004, 96,9% dos inquiridos com mais de 70 anos tomava cronicamente pelo menos um fármaco.¹⁵ Um outro estudo realizado

nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz, no mesmo ano, mostrou que 64,8% dos idosos tomavam três ou mais fármacos.⁷ São inúmeros os estudos que dão conta de uma prevalência aumentada de PM no sexo feminino e com a idade avançada.¹⁵⁻¹⁸ O facto de não se ter verificado diferença estatisticamente significativa entre a gravidade da PM e o sexo neste estudo pode dever-se apenas à pequena dimensão da amostra, comparativamente com as utilizadas nesses estudos.

Quanto à média de medicamentos, podemos dizer que os resultados obtidos se sobrepõem aos de um estudo prospectivo realizado em Paris, em 2004, com 56 doentes hospitalizados, em que se obteve uma média de 5,7 medicamentos por doente.¹⁹ Estes resultados são, contudo, inferiores aos obtidos no nosso país num estudo levado a cabo pelo CEFAR, em 2009, que afirma que os idosos polimedicados tomam em média 7,3 medicamentos.¹⁸ Estas diferenças podem dever-se essencialmente ao facto de este último estudo ter sido realizado em farmácias, mediante a compra de medicamentos prescritos e não prescritos, e não numa situação semelhante à que experimentámos, que poderá ter motivado que alguns dos inquiridos se inibissem de mencionar MNP.

No que toca ao consumo de MNP, que acontece em 30% dos inquiridos, verificou-se que percentagem considerável faz a selecção por sugestão de amigo ou por iniciativa própria, sem qualquer ajuda de profissional da área, o que me parece um ponto importante a reter, para que possamos actuar com fins educacionais. No referido estudo realizado em Paris, em 2004, 28% dos idosos recorriam a automedicação.¹⁹

À semelhança do nosso estudo, em que há um predomínio claro de doenças do aparelho cardiocirculatório e endócrino, também outros estudos referem as doenças cardiovasculares como o motivo mais frequentemente associado à necessidade de medicação crónica.^{17,18}

Assim sendo, não é de estranhar que a maior parte dos medicamentos prescritos sejam para doenças do aparelho cardiovascular. Salienta-se, contudo, que a segunda classe de fármacos mais prescritos corresponde ao de medicamentos com acção no Sistema Nervoso Central, destacando-se mesmo os psicofármacos como o grupo de medicamentos mais prescritos à amostra. Este facto muito provavelmente estará relacionado com a documentada elevada prevalência de depressão na população idosa.²⁰ De salientar que em terceiro lugar surgem os medicamentos com acção a nível de constituintes do sangue, o que se deve essencialmente ao aumento crescente da utilização de antiagregantes plaquetares com a idade.¹⁷

Em termos de adesão e falhas, é importante destacar que a maior parte dos indivíduos que diz não saber ao certo como e quando tomar a medicação não tem um cuidador responsável por assegurar a sua toma correcta. Importa então definir o conceito de adesão, que não é mais do que a capacidade de o doente ou cuidador fazerem coincidir a administração da medicação com as instruções médicas fornecidas.⁸ Apenas 11% da amostra afirma cumprir criteriosamente a medicação, ao contrário do verificado no referido estudo de Paris, 2004, em que 89% diz seguir criteriosamente o regime prescrito.¹⁹ As justificações para esta diferença podem dever-se a diferenças entre o tamanho das amostras, os critérios e circunstâncias de selecção para as mesmas ou até outros factores, como por exemplo o nível de escolaridade dos indivíduos ou o grau da informação que lhes é disponibilizado, variáveis essas que não me foi permitido comparar. Segundo a literatura, estima-se que a não-adesão oscile entre os 21 e os 55%.⁵ Associada a polifarmácia, pode conduzir a aumento no número de admissões hospitalares e consequências clínicas e económicas significativas, especialmente nos idosos.²¹ À semelhança dos resultados que obtivemos, também outros autores apontam como causas de falha na medicação a polimedicação, a incapacidade física para a toma de medicamentos, os efeitos secundários intensos ou desagradáveis e os custos lesivos para o

orçamento familiar.⁵ Um outro estudo datado já de 1982, em Ontario, com 40 doentes de 65 anos ou mais, concluiu que os indivíduos apenas tomavam 57% da medicação prescrita e que a adesão diminuía com o aumento do número de fármacos e a alteração frequente da medicação.²² Há autores que defendem, contudo, a necessidade de mais estudos na área, por considerarem os resultados disponíveis inconclusivos.²³

No que toca ao impacto das alterações visuais na adesão à medicação, a verificação de que há uma maior percentagem de confusão se as cores e as formas dos comprimidos forem semelhantes, nomeadamente se o doente padecer de patologia de foro oftálmico, vai de encontro ao demonstrado por um estudo que testou a capacidade de reconhecimento da cor, em que 58% dos idosos identificaram amostras de comprimidos de diferentes tons de amarelo como sendo o mesmo.²²

Analisando a questão da informação conhecida pelos inquiridos a respeito da medicação e a escolaridade, facilmente se percebe a necessidade de educação dos doentes, podendo exigir adaptações quer da linguagem quer dos conteúdos, de forma a que estes melhor assimilem a informação. Raynor e Knapp demonstraram que cerca de 20% dos doentes não repara no FI; dos que reparam, só 60% lê parte ou todo.²⁴ Um estudo na Suécia em 2005, sobre compreensão do FI pelos doentes, concluiu que 95% entende indicação e 90% entende os EA, quando lhe é solicitado que os leia, mas apenas 43% compreende interações e 52% as CIs. Mais se verificou que a compreensibilidade diminui com a idade e o baixo nível educacional.²⁵ Um outro estudo demonstrou que 56% da população não sabe o nome dos medicamentos, 20% não sabe o que tratam e 29% faz interpretação do FI diferente do seu conteúdo real.²²

Importa também reflectir a respeito da importância que tem 25% dos inquiridos dizer, de cor, a medicação que está a tomar. Estudos apontam para que os idosos sejam mais

susceptíveis a confusões fonéticas ao identificar os seus medicamentos, nomeadamente quando polimedicados.⁸

Atendendo a que 15% dos inquiridos não informa o(s) médico(s) da MP por outro e 74% omite o consumo de MNP, importa fazer mais estudos no sentido de entender o porquê destas omissões e eventualmente desmistificar algumas ideias erradas que condicionam este tipo de atitude. Um estudo prospectivo realizado na Holanda em 2009, numa amostra de 120 doentes, dá conta de pelo menos uma discrepância encontrada entre a lista de medicação do doente e a do MF em 75% dos indivíduos, fortemente correlacionada com um maior número de fármacos e/ou prescritores.²⁶ O facto de a maioria da amostra adquirir os fármacos sempre na mesma farmácia, pode ser um ponto de partida importante para um maior controlo terapêutico, assim se proporcione colaboração entre a farmácia e o MF.

Em termos de reacções adversas, a prevalência das mesmas é maior que a relatada na literatura. Em 1999, num estudo em Granada, Espanha, concluiu-se por uma prevalência de cerca de 13,6% em idosos, 9,9% das vezes com significado clínico.²⁷ Estas diferenças podem estar relacionadas com uma sub-notificação das reacções, quer por falta de queixas quer por eventuais erros diagnósticos, no referido estudo ou por uma sobrevalorização das queixas, no nosso estudo, face à confrontação com queixas possíveis. Relativamente à taxa de internamento, nos EUA, em 2001, 5-17% dos internamentos hospitalares eram causados por EA²⁸, um resultado próximo do que encontramos. Há estudos que apontam a PMI como factor preditor positivo em relação a tempo de internamento, reinternamento e mortalidade.²⁹ Sabemos que o risco de reacções adversas aumenta com o número e tipo de fármacos prescritos, multiplicidade de patologias, severidade das doenças, diminuição da reserva fisiológica, não-adesão, vários prescritores e manutenção de medicação desnecessária para utilização futura em situações de auto-medicação. Sintomas induzidos pelos fármacos podem mimetizar qualquer doença na população geriátrica, resultando na prescrição de mais

fármacos.⁸ Para além disso não podemos esquecer-nos que a PMI acarreta risco de interacções medicamentosas, não objectivadas neste estudo.

Em termos de autopercepção do estado de saúde, verificou-se que esta piora à medida que aumenta o número de co-morbilidades e de medicamentos, o que está de acordo com estudo realizado em Terrassa, Espanha, em 1999, que demonstrou associação estatisticamente significativa entre um maior número de fármacos e a pior autoavaliação do estado de saúde.³⁰

Por muito do que já foi dito, este estudo dá-nos apenas algumas ideias a respeito de pontos que carecem de maior estudo e análise futuras, de forma a que possam ser implementadas medidas que visem à melhoria das condições de prescrição e adesão terapêutica, bem como à redução dos efeitos negativos da mesma. Apresenta como principais limitações os critérios pouco rigorosos de selecção da amostra e a impossibilidade de fazer um acompanhamento longitudinal dos indivíduos, de forma a abranger mais algumas variáveis que seriam importantes, nomeadamente no que toca ao possível impacto das interacções entre as referidas MNP, bem como de determinados hábitos, nomeadamente alimentares, com a MP, bastante documentados na literatura³¹⁻³⁵, mas que acabaram por ser excluídos do âmbito deste trabalho por falta de tempo. Teria sido enriquecedor também aprofundar os factores do próprio indivíduo que podem condicionar a adesão, nomeadamente o estado cognitivo ou a avaliação de condições físicas simples mas cruciais para o manuseamento, administração e ingestão da medicação, à semelhança do que foi feito em estudos estrangeiros.²² Por último, teria sido interessante avaliar, caso a caso, a presença de interacções medicamentosas potencialmente graves e mesmo a adequação da medicação à idade, de acordo com os critérios de Beers³⁶, o que tornaria este trabalho extremamente extenso.

Apesar das limitações referidas, espero que sirva pelo menos como reflexão e ponto de partida para a implementação de estratégias que visem, acima de tudo, o bem do doente e a melhoria da sua qualidade de vida.

5. CONCLUSÃO

Com o envelhecimento populacional crescente, a PMI é cada vez mais uma realidade necessária, que comporta riscos a que devemos estar atentos na prática clínica. Nesse sentido, parece-me importante concluir deste estudo que ainda há uma grande falta de consciencialização da população para a importância do cumprimento das terapêuticas, aliada a uma profunda falta de informação, que leva a que determinados preconceitos e ideias sem qualquer base científica prevaleçam, condicionando a eficácia dos esquemas instituídos e podendo mesmo conduzir a situações de potencial risco. Assim sendo, parece-me fundamental e urgente apostar na capacitação dos profissionais de forma a desenvolverem estratégias que lhes permitam ir de encontro à necessidade de informação dos doentes, bem como estimular o interesse e a aprendizagem destes últimos, através de fontes seguras, verdadeiras e, acima de tudo, que eles sejam capazes de assimilar.

AGRADECIMENTOS

Não posso terminar sem agradecer à minha família e à amiga Ana Luísa Cação, por me terem ajudado a contactar as pessoas que constituíram a amostra; ao amigo Pedro Cavaleiro, que me apoiou na realização da análise estatística em SPSS®; às duas instituições que me receberam, que pediram para não serem identificadas; por último, mas não menos importante, à Dr.^a Conceição Milheiro, que me deu as orientações necessárias e sem as quais este trabalho não teria sido possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. 4º Inquérito nacional de saúde 2005/2006 [online]. 2007 Agosto 3 (citado 2011 Fev 24); Disponível em: URL: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=6487190&att_display=n&att_download=y
2. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World population prospects: the 2008 revision [online]. (citado 2011 Fev 22); Disponível em: URL: <http://esa.un.org/unpp>.
3. Galvão C. O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. Rev Port Clín Geral 2006; 22:747-52.
4. Fastbom JAL. Drugs and elderly (in Swedish). Delrapport 7 I projektet Äldre och Folkhälsa. Rapporter/Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum. 2000.
5. Williams CM. Using medications appropriately in older adults. Am Fam Physician 2002;66(10):1917-24.
6. Alto Comissariado para a Saúde. Evolução dos indicadores do PNS 2004-2010 [online]. (citado 2011 Fev 24); Disponível em: URL: http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/01/EvolucaoIndicadoresPNS_FINAL.pdf.
7. Silva P, Luís S, Biscaia A. Polimedicação: um estudo de prevalência nos centros de saúde do Lumiar e de Queluz. Rev Port Clin Geral 2004; 20:323-36.
8. Salazar JA, Poon I, Nair M. Clinical consequences of polypharmacy in elderly: expect the unexpected, think the unthinkable. Informa healthcare UK 2007; 6:695-704.

9. Larsen PD, Martin JL. Polypharmacy and elderly patients. *AORNJ* 1999; 69(3): 619-628.
10. Berenbeim DM. Polypharmacy: overdosing on good intentions. *Manag Care Q* 2002 Summer; 10(3): 1-5.
11. Veehof LJ, Stewart R, Haaijer-Ruskamp FM, Meyboom-de-Jong B. Chronic polypharmacy in one-third of the elderly in family practice. *Ned Tijdschr Geneesk* 1999; 143: 93-7.
12. Delafuente JC. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Crit Rev in Onc/Hemat* 2003; 48: 133-43.
13. Gray CL, Gardner C. Adverse drug events in the elderly: an ongoing problem. *J Manag Care Pharma* 2009; 15(7): 568-71.
14. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems - 10th revision [online]. 2007 (citado 2011 Jan 12); Disponível em: URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>
15. Ferreira R. Consumo crónico de medicamentos na população de um centro de saúde. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23: 125-32.
16. Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol* 2002; 55: 809-17.
17. Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States – The Slone Survey. *JAMA* 2002 Jan; 287(3): 337-44.
18. Oliveira A. Polimedicação nos idosos: consumo médio diário ronda os sete medicamentos. *Jorn Med Família* [publicação online]. 2009 Abril (citado 2010 Nov 3); Disponível em: URL: www.jmfamilia.com.

19. Barré E, Bisseux L, Chiadmi F, Toledano A, Cisternino S, Schlatter J, Champault G, Ratiney R, Fontan J-E. Drug Interactions in an elderly population – prospective assessment of their frequency and severity among 56 patients. *Presse Med* 2005; 34: 837-41.
20. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psych Scand* 2006; 113(5): 372-87.
21. Cooney D, Pascuzzi K. Polypharmacy in the elderly: focus on drug interactions and adherence in hypertension. *Clin Geriatr Med* 2009; 25: 221-33.
22. Kendrick R, Bayne JRD. Compliance with prescribed medication by elderly patients. *CMA Journal* 1982 Nov; 127: 961-2.
23. Vik SA, Maxwell CJ, Jogan DB. Measurement, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother* 2004; 38: 303-12.
24. Raynor DK, Knapp P. Do patients see, read and retain the new mandatory medicines information leaflets? *Pharm J* 2000; 264: 260-70.
25. Gustafsson J, Källemark S, Nilsson G, Nilsson JLG. Patient information leaflets – patients' comprehension of information about interactions and contraindications. *Pharm World Sci* 2005; 27: 35-40.
26. Tulner LR, Kuper IMJA, Frankfort SV, van Campen JPCM, Koks CHW, Brandjes DPM, Beijnen JH. Discrepancies in reported drug use in geriatric outpatients: relevance to adverse events and drug-drug interactions. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2009; 7: 93-104.
27. Recalde JM, Zunzunegui MV, Beland F. Interaction of prescribed drugs in a population over 65 years of age. *Aten Primaria* 1998; 22: 434-9.

28. Bretheron A, Day L, Lewis G. Polypharmacy management in Medicare managed care: changes in prescribing by primary care physicians resulting from a program promoting medical reviews. *Am J Manag Care* 1999; 5: 587-94.
29. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR; ACMELUS project. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing* 2004 Mar; 33(2): 110-5.
30. Thomas MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Ceron A, Soler J, et al. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999; 23: 121-6.
31. Bjerrum L, Lopez-Valcarcel BG, Petersen G. Risk factors for potential drug interactions in general practice. *Europ J Gen Pract* 2008; 14: 23-9.
32. Blalock SJ, Gregory PJ, Patel RA, Norton LL, Callahan LF, Jordan JM. Factors associated with potential medication-herb/natural product interactions in a rural community. *Altern Therap* 2009 Set/Out; 15(5): 26-34.
33. McCabe BJ. Prevention of food-drug interactions with special emphasis on older adults. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2004; 7: 21-6.
34. Akamine D, Filho MK, Peres CM. Drug-nutrient interactions in elderly people. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2007; 10: 304-10.
35. Leibovitch ER, Deamer RL, Sanderson LA. Food-drug interactions: careful drug selection and patient counseling can reduce the risk in older patients. *Geriatrics* 2004; 59: 19-33.
36. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older use – results of a US Consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2716-24.

- ANEXOS -

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
Trabalho Final do 6º ano Médico com vista à atribuição do Grau de Mestre no Âmbito do Ciclo de Estudos de Mestrado Integrado em Medicina

O IDOSO (POLI)MEDICADO - PRINCIPAIS CONDICIONANTES E CONSEQUÊNCIAS

Realizado por: Liliana Costa

Orientação: Dr.ª Conceição Milheiro, Assistente Graduada de Clínica Geral/MGF

Objectivos: caracterizar o perfil sociodemográfico do idoso que toma medicação crónica; perceber os principais factores e de que forma é que estes condicionam a toma dos medicamentos; aferir sobre as principais consequências percebidas pelos idosos como efeito adverso da sua (poli)medicação; estudar algumas condições que influenciam a monitorização dos efeitos terapêuticos e secundários da medicação prescrita no idoso.

Este questionário é individual e anónimo, destinando-se a realização de estudo científico com os objectivos supracitados, pelo que as respostas serão utilizadas apenas para análise estatística do conjunto, preservando o direito à confidencialidade de todos os intervenientes.

A. Caracterização demográfica da população em estudo:

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Idade: _____

3. Escolaridade:

- Não frequentou a escola e não sabe ler
- Não frequentou a escola, mas sabe ler
- Concluiu o Ensino primário
- Concluiu o ensino secundário
- Tem curso superior

4. Onde reside?

- casa própria, com cônjuge
- casa própria, sozinho
- casa de familiar
- lar ou instituição de solidariedade social
- outro? _____

5. Quando necessita de cuidados de saúde recorre em primeiro lugar a:

- Médico de Família
- Médico Especialista
- Hospital da área de residência
- Outro: _____

6. Condições de comunicação:

- Preservadas
- parcialmente comprometidas
- comprometidas

7. Dependência:

- Independente
- Dependente leve (1-2 actividades)
- Dependente moderado (2-5 actividades)

- Dependente severo (+5 actividades da vida diária)

B. Tipo de Assistência Médica:

8. Costuma ser visto com que frequência pelo Médico de Família?

- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez de 3 em 3 meses
- Pelo menos 1 vez de 6 em 6 meses
- Pelo menos 1 vez por ano
- Menos de 1 vez por ano

9. É seguido em simultâneo por médicos de várias especialidades? Sim Não

10. Com que frequência recorre ao Serviço de Urgência do Hospital?

- Mais que uma vez por semana
- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez de 3 em 3 meses
- Pelo menos 1 vez de 6 em 6 meses
- Pelo menos 1 vez por ano
- Menos de 1 vez por ano

C. Caracterização Patológica:

11. Tem alguma doença crónica?

- Doenças do aparelho circulatório
- Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo
- Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
- Doenças do olho e anexos
- Doenças do aparelho digestivo

- Doenças do aparelho geniturinário
- Doenças do aparelho respiratório
- Doenças do sistema nervoso
- Transtornos mentais e comportamento
- Doenças da pele e tecidos subcutâneos
- Neoplasias
- Outros

D. Prescrição da Medicação:

12. Fez medicação não prescrita pelo médico (incluindo vitaminas e minerais, produtos de ervanária, chás) nos últimos dois meses? Sim Não

Qual? _____

13. Fez medicação prescrita pelo médico (incluindo pomadas, cremes, cremes, injeccções e vacinas) nos dois meses anteriores? Sim Não
 Se a sua resposta for "Não" às duas perguntas anteriores pode dar este questionário por concluído. Obrigada pela sua participação. Se respondeu "Sim" a pelo menos uma das duas, continue para a pergunta seguinte.

14. Os medicamentos que toma foram:
- Todos prescritos pelo seu Médico de Família.
 - Prescritos por vários médicos diferentes, com conhecimento do seu Médico de Família.
 - Prescritos por vários médicos diferentes, sem conhecimento do seu Médico de Família.
 - Recomendados por um(a) amigo(a)/vizinho(a)/familiar/conhecido(a).
 - Recomendados pelo seu farmacêutico.
 - Comprados por sua iniciativa própria.

E. Caracterização de hábitos

medicamentosos:

15. Quantos **medicamentos** toma por dia? _____
 Especifique os nomes. Se não souber, assinale com x a opção correspondente.

 Não sei o nome dos medicamentos que tomo.

16. Quantos **comprimidos** toma por dia? _____
 16.1. Por quantas tomas diárias os distribui (quantas vezes ao dia toma medicação)? _____

17. Toma mais do que um comprimido da mesma cor? Sim Não

18. Tem mais do que um comprimido com a mesma forma? Sim Não

19. Já alguma vez confundiu medicamentos por os achar demasiado parecidos? Sim Não

F. Aquisição da Medicação:

20. Adquire os medicamentos:
- Sempre na mesma farmácia
 - Em várias farmácias diferentes

G. Informação sobre medicação

21. Costuma ler o Folheto Informativo dos Medicamentos que toma? Sim Não

22. Conhece as indicações dos medicamentos que toma? Sim Não

23. Conhece os efeitos secundários possíveis dos medicamentos que toma? Sim Não

24. Costuma verificar o prazo de validade dos Medicamentos antes de os tomar? Sim Não

25. Quanto à toma dos medicamentos propriamente dita:

- O médico que os prescreve tem o cuidado de explicar por escrito como deve proceder
- O médico que os prescreve diz-lhe como deve tomar
- O farmacêutico explica-lhe/escreve na embalagem de que forma os deve tomar
- toma de acordo com a posologia constante no folheto informativo

26. Relativamente à toma dos seus medicamentos:

- É uma pessoa independente, sabendo bem quais e quando tomar os seus medicamentos
- Não sabe bem qual o horário das tomas dos seus medicamentos, mas tem alguém (familiar, auxiliar, enfermeiro,...) que se assegura de que os toma correctamente.
- Não sabe bem quais os medicamentos nem como/quando os tomar.

H. Falhas de Medicação:

27. Com que frequência falha a toma dos medicamentos?

- Nunca
- Raramente
- De vez em quando
- Frequentemente
- Sempre

28. As falhas das tomas dos seus medicamentos devem-se a:

- esquecimento da sua parte.
- esquecimento de pessoa responsável pela sua medicação.
- dificuldades económicas que não permitem a compra regular dos seus medicamentos.
- doença que dificulte a ingestão dos medicamentos.
- confusão entre medicamentos semelhantes
- alteração frequente de medicação
- horários pouco cómodos
- toma de acordo com sintomatologia (se não tiver sintomas, não toma)
- tentativa de evitar efeitos secundários que associa à toma dos mesmos.

I. Efeitos Secundários

29. Já teve algum episódio que motivasse a ida a um serviço de urgência que associe a efeitos secundários da sua medicação? Sim
Não

30. Já teve algum internamento que associe a efeitos adversos da medicação que toma? Sim
Não

31. Costuma sentir alguns sintomas que associe à toma de medicação? Especifique-os.

J. Vigilância médica

32. Com que frequência faz análises “de rotina”?

- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez de 3 em 3 meses
- Pelo menos 1 vez de 6 em 6 meses
- Pelo menos 1 vez por ano
- Menos de 1 vez por ano

33. Com que frequência faz exames oftalmológicos?

- Pelo menos uma vez por mês
- Pelo menos uma vez de 3 em 3 meses
- Pelo menos 1 vez de 6 em 6 meses
- Pelo menos 1 vez por ano
- Menos de 1 vez por ano

34. Quando consulta um médico:

- costuma ser portador das embalagens dos medicamentos que está a tomar
- costuma fazer-se acompanhar da lista da sua medicação
- costuma dizer-lhe, de cor, a medicação que toma
- não costuma fazer referência à medicação que toma

35. Informa o(s) médico(s) da medicação que adquire por prescrição de outro médico? Sim
Não

36. Informa o(s) médico(s) da medicação que adquire sem receita médica? Sim Não

37. O seu médico de família:

- costuma perguntar-lhe frequentemente sobre os efeitos da medicação que toma
- só pergunta sobre a medicação que toma quando confrontado com queixas da sua parte
- não pergunta habitualmente como se sente com a medicação que prescreveu

K. Autopercepção do estado de saúde

38. Em geral diria que a sua saúde é:

- Óptima
- Muito Boa
- Boa
- Razoável
- Fraca

Declaro que autorizo que estes dados sejam utilizados para estudos científicos.

Obrigada pela colaboração.