



Cátia Maria Dias Oliveira

IDENTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO
DOS MEDICAMENTOS PELOS IDOSOS

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada por
Professora Doutora Ilda Massano Cardoso e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Outubro, 2020



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Cátia Maria Dias Oliveira

Dissertação de Mestrado
**IDENTIFICAÇÃO DAS
DIFICULDADES NO ACESSO E
UTILIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS
PELOS IDOSOS**

Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Orientadora: Professora Doutora Ilda Massano Cardoso

Coimbra, Outubro, 2020

Ao meu avô Mário

A preparação semanal da sua medicação fez-me perceber as dificuldades e as limitações que vão surgindo ao longo do tempo e a teimosia e a não aceitação da necessidade de ajuda, tão comum à maioria dos idosos.

“Todos envelhecemos algum dia, se tivermos esse privilégio.
Portanto, não consideremos as pessoas idosas
como um grupo à parte, mas sim como
nós próprios seremos no futuro.”

Kofi Annan
(ONU, 2002)

Agradecimentos

A realização deste trabalho surgiu num contexto difícil, pela situação pandémica que vivemos. O cancelamento da recolha de dados, levaram ao desânimo e à falta de motivação, chegando a pensar que não seria possível a sua conclusão.

Foram muitos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho, aos quais não posso deixar de agradecer por toda a colaboração prestada:

À Professora Doutora Ilda Massano Cardoso pela orientação com sugestões e ideias fundamentais, pela disponibilidade, apoio e pela sabedoria partilhada no decorrer de todo trabalho.

Aos meus pais, ao meu irmão e à Cristiana por toda a compreensão, apoio e incentivo que me motivou e ajudou a superar as dificuldades.

À Dr^a Elisabete Carvas, ao Sr^o Raul Moura e ao Dr^o Francisco Moura pela autorização da recolha de dados na Farmácia Ferreira e na Farmácia Moderna e por todo o apoio e colaboração.

A todos os colaboradores da Farmácia Ferreira e da Farmácia Moderna pela colaboração e ajuda na recolha de dados.

A todos os utentes pela disponibilidade e simpatia demonstrada na participação deste estudo e pelas conversas e ensinamentos partilhados.

A todos os meus amigos pelo incentivo e apoio dedicado.

O meu MUITO OBRIGADA!

Resumo

Introdução: O ritmo acelerado da transição demográfica mostra que a esperança média de vida em Portugal, em 1970 era 63,7 anos e atualmente é de 81,5 anos. De acordo com o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal integra o grupo de países com maior nível de envelhecimento (Japão, Itália, Alemanha, Portugal). Portugal assiste a um rápido e acentuado envelhecimento demográfico, à semelhança de outros países da Europa, constituindo um desafio para a economia dos países. A saúde da população idosa não deve ser descurada. A maioria dos idosos toma múltiplos medicamentos, que mesmo necessária, não é isenta de riscos.

Vive-se cada vez mais tempo e o consumo de medicamentos pelos idosos torna-se indispensável. Contudo, o avançar da idade, pode ser acompanhado pela perda gradual de capacidade funcional para gerir a medicação. A gestão da terapêutica nos idosos pode ser de facto complexa, mas não pode constituir uma barreira para a definição de estratégias para um melhor acesso e utilização do medicamento. Neste estudo, para além de se identificarem quais as maiores dificuldades que os idosos enfrentam no acesso e utilização de medicamentos, foi avaliada a capacidade funcional dos idosos para gerir a medicação.

Métodos: Foi realizado um estudo de natureza observacional, analítico transversal. Aplicou-se um questionário construído para alcançar os objetivos da presente investigação e foi realizado por entrevista a 105 utentes, com 65 anos ou mais de idade a tomar, pelo menos, um medicamento de forma crónica, que se dirigiram à Farmácia Ferreira e à Farmácia Moderna de Moimenta da Beira, de janeiro de 2020 a meados de março de 2020. Foi ainda administrado o instrumento *Drug Regimen Unassisted Grading Scale* (DRUGS-PT) em utentes que aceitaram colaborar numa nova entrevista cujo objetivo foi avaliar a capacidade funcional dos idosos para gerir a sua medicação.

Resultados: A população idosa apresenta algumas dificuldades na aquisição dos medicamentos, nomeadamente na compra dos medicamentos, por questões financeiras. As mulheres têm mais dificuldade na toma da medicação comparativamente com os homens ($p = 0,012$; OR = 4,72; IC_{95%} = 1,29 a 17,26). A dificuldade na identificação dos medicamentos por parte dos idosos foi a mais relevante na gestão da medicação. A capacidade funcional dos idosos para gerir a sua medicação revelou uma associação

estatisticamente significativa com o número de medicamentos consumidos diariamente ($p = 0,014$).

Discussão/Conclusão: Os idosos enfrentam cada vez mais dificuldades na gestão da sua terapêutica, tornando-se mais vulneráveis a problemas de saúde, decorrentes da ausência ou incorreta administração dos medicamentos. A caracterização da identificação das necessidades e dificuldades no acesso e utilização dos medicamentos, assim como, a avaliação da capacidade para a gestão da medicação por parte da população idosa é um contributo válido para sustentar planos de revisão terapêutica e implementar estratégias para um melhor acesso e uso do medicamento.

Palavras-chave: Adesão à terapêutica; capacidade funcional; gestão da medicação; idoso; polimedicação.

Abstrat

Introduction: The rapid pace of demographic transition shows that average life expectancy in Portugal in 1970 was 63.7 years and is now 81.5 years. According to the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) report, Portugal is among the countries with the highest ageing level (Japan, Italy, Germany, Portugal). Portugal is witnessing a rapid and marked ageing of the population, like in other European countries, and this is a challenge for the countries' economies. The health of the elderly population must not be neglected. Most elderly people take multiple medications which even if necessary, are not risk-free. We are living longer and the use of medications by the elderly is becoming indispensable. However, advancing age can be accompanied by the gradual loss of functional capability to manage medication. The medication therapy management in the elderly may indeed be complex, but it cannot constitute a barrier to the definition of strategies for better access and use of the medication. In this study, in addition to identify the major difficulties older people face in accessing and using medication, the functional capacity of older people to manage medication was assessed.

Methods: An observational cross-sectional analytical study was conducted. A questionnaire constructed to achieve the objectives of this research was applied and was conducted by interview to 105 users, 65 years of age or older, taking at least one medication chronically, who went to *Ferreira* pharmacy and to *Moderna* pharmacy in *Moimenta da Beira*, from January 2020 to mid-March 2020. The Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS-PT) tool was also administered to users who agreed to collaborate in a new interview, with the objective of assessing the functional capacity of the elderly to manage their medication.

Results: The elderly population shows some difficulties in the acquisition of medication, particularly in the purchase of medication, for financial reasons. Women have more difficulty taking medication than men ($p = 0.012$; OR = 4.72; IC_{95%} = 1.29 a 17.26). The difficulty in the identification of medication by the elderly was the most relevant in the management of medication. The functional capacity of the elderly to manage their medication has shown a statistically significant association with the number of medication consumed per day ($p = 0.014$).

Discussion/Conclusion: The elderly face more and more difficulties in managing their therapy, becoming more vulnerable to health problems deriving from the absence or incorrect administration of medication. The characterisation of the identification of needs and difficulties in the access and use of medication, as well as the evaluation of the capacity of the elderly population to manage their medication is a valid contribution to sustain therapeutic review plans and implement strategies for better access and use of the medication.

Key-words: Adherence to therapy; functional capacity; medication management; elderly; polymedication.

Lista de Siglas e Acrónimos

ADE – Eventos Adversos a Medicamentos

CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

DALY – Anos de vida ajustados por incapacidade

DRUGS – Drug Regimen Unassited Grading Scale

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OF – Ordem dos Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

RAM – Reações Adversas Medicamentosas

SNS – Serviço Nacional de Saúde

Índice de Figuras

Figura 1: População Residente em Portugal.....	5
Figura 2: Índice de Envelhecimento em Portugal	6
Figura 3: Índice de Envelhecimento na Europa.....	7
Figura 4: Índice de Longevidade em Portugal.....	7
Figura 5: Índice de Longevidade por Concelhos em Portugal	8
Figura 6: Índice de Sustentabilidade Potencial, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções).....	8
Figura 7: Pirâmide Etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2055 (projeções, por cenários)...	9
Figura 8: Principais Alterações Farmacocinéticas Associadas ao Envelhecimento.....	13
Figura 9: Percentagem de Pessoas por Grupo Etário e Uso de Medicamentos.....	15
Figura 10: Constituição da Amostra, por Local de Recolha de Dados.....	28

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Caracterização da Amostra por Classes Etárias e Sexo	35
Gráfico 2: Caracterização da Amostra por Habilitações Literárias.....	35
Gráfico 3: Caracterização da Amostra, Médico de Família	40
Gráfico 4: Esquecimento da Toma da Medicação Durante a Última Semana	44
Gráfico 5: Consumo Diário de Medicamentos Pelos Principais Grupos Anatômicos (ATC)	53

Índice de Tabelas

Tabela 1: Métodos para Avaliação da Prescrição Inadequada	18
Tabela 2: Caracterização Demográfica da População	26
Tabela 3: Caracterização da Amostra, Local de Recolha de Dados e Subamostra do DRUGS-PT	33
Tabela 4: Caracterização da amostra: Sexo, Local de Recolha de Dados	33
Tabela 5: Caracterização da Amostra por Idade, Sexo e Subamostra DRUGS-PT	34
Tabela 6: Caracterização da Amostra por Classes Etárias (por décadas) e Sexo	34
Tabela 7: Conhecimento da Medicação e Habilidades Literárias	37
Tabela 8: Associação Entre as Variáveis Conhecimento da Medicação e Idade em Classes	37
Tabela 9: Caracterização da Amostra por Autorrelato das Doenças Diagnosticadas Classificadas Segundo CID-10	39
Tabela 10: Comparação das Médias da Idade em Função dos Grupos Com e Sem Dificuldades na Aquisição dos Medicamentos	41
Tabela 11: Associação Entre as Variáveis Dificuldade na Aquisição dos Medicamentos e Sexo	42
Tabela 12: Associação Entre as Variáveis Dificuldade na Aquisição dos Medicamentos e Com Quem Vive	42
Tabela 13: Associação Entre as Variáveis Dificuldade a Tomar a Medicação Diária e Sexo	43
Tabela 14: Associação Entre Dificuldade em Tomar a Medicação Diária e Idade em Classes	43
Tabela 15: Associação Entre as Variáveis Dificuldade em Tomar a Medicação Diária e Com Quem Vive	43
Tabela 16: Comparação das Médias do Número de Vezes de Esquecimento da Toma da Medicação em Função da Utilização ou Não de Estratégias Contra o Esquecimento..	45
Tabela 17: Associação Entre as Variáveis Sexo e Deixar de Tomar ou Tomar de Forma Diferente os Medicamentos	46
Tabela 18: Comparação das Médias da Idade em Função Deixar de Tomar ou Tomar de Forma Diferente os Medicamentos	46

Tabela 19: Associação Entre as Dificuldades no Conhecimento e Identificação da Medicação e Deixar de Tomar ou Tomar de Forma Diferente os Medicamentos.....	46
Tabela 20: Estatística Descritiva das Pontuações do DRUGS-PT pelo Total e por Tarefas	47
Tabela 21: Distribuição da Pontuação Total por Local de Recolha de Dados	48
Tabela 22: Pontuação Total do DRUGS-PT por Sexo	49
Tabela 23: Distribuição da Pontuação Total por Classes Etárias	49
Tabela 24: Distribuição da Pontuação Total por Habilitações Literárias	50
Tabela 25: Distribuição da Pontuação Total pela Composição do Agregado Familiar.....	51
Tabela 26: Consumo Diário de Medicamentos por Sexo	52
Tabela 27: Consumo Diário de Medicamentos por Classes Etárias	52
Tabela 28: Distribuição da Pontuação Total do DRUGS-PT de Acordo Com o Consumo Diário de Medicamentos	54

Índice de Apêndices

Apêndice 1 Questionário	74
Apêndice 2 Consentimento Informado	79

Índice de Anexos

Anexo 1 Autorização para a realização de Trabalho de Investigação	81
Anexo 2 Autorização para utilização do instrumento DRUGS-PT	82
Anexo 3 DRUGS-PT - Apêndice A.....	83
Anexo 4 DRUGS-PT - Apêndice B	84

Índice Geral

Agradecimentos	v
Resumo	vi
Abstrat	viii
Lista de Siglas e Acrónimos	x
Índice de Figuras	xi
Índice de Gráficos.....	xi
Índice de Tabelas	xii
Índice de Apêndices.....	xiv
Índice de Anexos	xiv
Índice Geral	xv
Introdução.....	1
I - O Idoso e o Envelhecimento	3
1.1 -Aspetos epidemiológicos do envelhecimento em Portugal	5
1.2 -Envelhecimento e qualidade de vida.....	10
1.3 - Envelhecimento e terapêutica medicamentosa no idoso.....	11
1.3.1 - Alterações com o envelhecimento	12
1.3.2 - Polimedicação e complexidade do regime terapêutico.....	13
1.3.3 - Medicamentos potencialmente inapropriados	17
1.3.4 - Adesão à terapêutica.....	19
1.3.5 - Dificuldades na gestão da medicação	20
1.3.6- Intervenção e colaboração dos profissionais de saúde	22
II - Conceptualização do estudo e objetivos.....	25
2.1 - Pergunta de investigação.....	25
2.2 - Objetivos	25
III – Materiais e Métodos	26
3.1 - Tipo de estudo.....	26
3.2 – Participantes	26
3.2.1 - Critérios de Seleção	27
3.3 - Amostragem.....	27
3.3.1 – Amostra.....	28

3.4- Contexto.....	28
3.4.1- Calendarização	29
3.4.2 - Recolha de Dados	29
3.5 – Instrumentos	29
3.7- Análise Estatística.....	31
3.8- Considerações Éticas	32
IV – Resultados	33
4.1 - Caracterização Geral da Amostra	33
4.1.1 – Caracterização Sociodemográfica e Socioeconómica	33
4.1.2 – Medicação	36
4.1.3 –Estado de Saúde e Acesso a Cuidados de Saúde	38
4.1.4 – Dificuldades na aquisição, organização e preparação da medicação diária.....	41
4.1.5– Adesão à terapêutica	44
4.2 - Caracterização da Capacidade Funcional dos Idosos na Gestão da Medicação	47
4.2.1 - Pontuação total do DRUGS-PT de acordo com o local de recolha de dados....	48
4.2.2 - Pontuação total do DRUGS-PT de acordo com as características sociodemográficas	48
4.2.3 - Pontuação total do DRUGS-PT de acordo com o perfil terapêutico.....	51
V- Discussão.....	55
VI – Conclusões	60
VII – Limitações.....	62
VIII - Perspetivas futuras.....	63
Referências Bibliográficas.....	64
Apêndices	73
Anexos	80

Introdução

No contexto do espaço europeu, Portugal é um dos países onde se verifica um rápido e acentuado envelhecimento demográfico (Despacho n.º 12427/2016). Todos os países do mundo assistem a um aumento no número e também na proporção de pessoas idosas na sua população, com implicações transversais a todos os sectores da sociedade (ONU, 2019). Face a estes dados a necessidade de ação é urgente. A carga da doença e por consequência a redução do bem-estar afetam os idosos, mas também as suas famílias, os sistemas de saúde e a economia (OMS, 2014).

Os sistemas de saúde devem ser orientados para a necessidade de cuidados a longo prazo a idosos, mesmo que isso acarrete maiores custos. Esses gastos devem ser encarados como investimento, que permitam o bem-estar da pessoa idosa (OMS, 2015; Bloom et al., 2016).

Os medicamentos constituem uma ferramenta terapêutica de grande valia na prevenção, tratamento e na cura da doença e devem ser utilizados de forma otimizada (OF, 2018).

O aumento do risco de problemas relacionados com o uso de medicamentos pelos idosos, tais como, a utilização de múltiplos fármacos, o uso de medicamentos inapropriados à idade, interações entre os vários medicamentos tomados, efeitos adversos ou a não adesão à terapêutica, associados também à probabilidade de maiores alterações na farmacocinética e na farmacodinâmica, em conjunto com problemas cognitivos, a incapacidade física e a difícil situação social, sendo que muitos idosos moram sozinhos, constitui um problema relevante nesta faixa etária, que merece a atenção de todos os profissionais de saúde envolvidos.

A terapêutica nos idosos pode ser de facto complexa, mas não pode constituir uma barreira para a definição de estratégias para um melhor acesso e utilização do medicamento.

O objetivo principal deste trabalho foi averiguar quais os principais problemas e dificuldades que os idosos têm no acesso e utilização dos medicamentos, de forma a identificar oportunidades de melhoria e desenvolver e implementar estratégias para minimizar/superar essas dificuldades.

Desta forma, para responder à questão de investigação “Quais as principais dificuldades no acesso e utilização dos medicamentos pelos idosos?” foram definidos objetivos mais específicos, como forma de orientar a investigação.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes principais. A primeira parte designada de enquadramento teórico, na qual se aborda suporte teórico ao tema em estudo, integra conceitos como o idoso e o envelhecimento, aspectos epidemiológicos do envelhecimento e terapêutica medicamentosa no idoso com diversas questões associadas. A segunda parte, numa contribuição pessoal, aborda os aspectos práticos do estudo, nomeadamente objetivos, metodologia, resultados com a respectiva análise e discussão. Por último, são descritas as conclusões finais do trabalho, evidenciando os pontos-chave e as perspetivas futuras com sugestões de linhas orientadoras e medidas a implementar.

I - O Idoso e o Envelhecimento

As palavras de Margaret Chan, ex. Directora da Organização Mundial de Saúde fazem, sem dúvida, muito sentido no momento em que vivemos uma pandemia, a qual afeta sobretudo os mais velhos. “Numa época de desafios imprevisíveis para a saúde, sejam devidos às mudanças climáticas, às doenças infecciosas emergentes ou a uma próxima bactéria a desenvolver resistência aos medicamentos, uma tendência é certa: o envelhecimento das populações está a evoluir rapidamente em todo o mundo” (Chan 2015; OMS, 2015).

O envelhecimento populacional é um tema muito atual e torna-se numa das transformações sociais mais relevantes do século XXI. Todos os países do mundo assistem a um aumento no número e também na proporção de pessoas idosas na sua população, com implicações transversais a todos os setores da sociedade (ONU, 2019). Esta situação exige uma análise multidimensional, pelos aspetos que envolve, tal como pelas novas dinâmicas que se colocam a uma sociedade cada vez mais constituída por pessoas mais velhas (OMS, 2002).

Sendo um processo dinâmico e progressivo, o envelhecimento é marcado por alterações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, na maioria das vezes com perda progressiva da capacidade de adaptação ao meio ambiente e pela existência de diversas doenças conferindo maior incapacidade (Oliveira, 2018).

Em termos cronológicos, na maioria dos países desenvolvidos, idoso é aquele que tem 65 anos ou mais, mas o mesmo não se pode aplicar nos países em desenvolvimento em que se considera idoso a partir dos 60 anos (OMS, 2002). A Organização das Nações Unidas (ONU) estabelece como linha de corte entre adultos e idosos os 60 anos de idade, referindo-se assim, a partir desta idade à população mais velha (ONU, 2015).

A população idosa é caracterizada por grande diversidade. Margaret Chan (2015) referiu que não existe um idoso típico, as capacidades e necessidades de saúde dos idosos é condicionada por fatores biológicos, sociais, culturais, ambientais e económicos, embora, seja verdade, que com o passar do tempo os idosos comecem a apresentar mais problemas de saúde. A perda de capacidades está vagamente relacionada com a idade cronológica, não podendo afirmar que todos os idosos com 80 anos apresentam os mesmos níveis de capacidade física e mental. É fundamental ter a noção que existem variações no estado de

saúde, nos níveis de dependência e autonomia entre pessoas idosas com a mesma idade (OMS, 2015). O envelhecimento apresenta uma grande variabilidade interindividual e depende muito de fatores genéticos e ambientais.

O envelhecimento demográfico caracteriza-se pelo aumento da importância das pessoas idosas no total da população, mas também pode acontecer numa situação em que diminuam os efetivos idosos, sendo apenas necessário que as outras classes etárias diminuam mais, para que a proporção de idosos no total da população aumente (Carrilho & Gonçalves, 2004).

A composição da população é determinada principalmente por três processos demográficos: fertilidade, mortalidade e migração. Embora o aumento da expectativa de vida e o declínio da fertilidade sejam os principais impulsionadores do envelhecimento da população, também a migração internacional contribui para a mudança da estrutura etária da população (ONU, 2019).

Segundo as estimativas da ONU, em 2050, uma em cada seis pessoas no mundo terá mais de 65 anos, representando 16 % da população mundial, contra os 9% em 2019. Já na Europa estima-se que em 2050, uma em cada quatro pessoas possam ter 65 anos ou mais, atingindo os 25% da população. Juntamente com estes dados foi revelado pelo *World Population Prospects 2019* que em 2018, pela primeira vez na história, o número de crianças com menos de 5 anos de idade foi superado por pessoas com 65 anos ou mais (ONU, 2019).

Face a estes dados a necessidade de ação é urgente, são exigidas políticas e programas orientadores para o processo de envelhecimento, numa perspetiva preventiva e promotora da saúde e da autonomia, da promoção do envelhecimento com qualidade, a importância da criação de redes de apoio, permitindo que todas as pessoas idosas possam desfrutar de uma vida ativa e saudável.

Na opinião de David Bloom (2020), estas políticas deverão ser centradas em questões como o envelhecimento ativo, a independência física, económica e social dos mais velhos, com uma forte aposta na área da saúde em termos de prevenção e diagnóstico precoce (Lusa, 2020).

Neste sentido, têm surgido várias ações em nome do envelhecimento. Em 2002 com a realização da Segunda Assembleia sobre o Envelhecimento em Madrid foi adotado o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento, em 2015 a Organização Mundial

de Saúde (OMS) redigiu o Relatório Mundial sobre o Envelhecimento e Saúde e lançou recomendações no formulário de políticas em saúde para a população mais velha.

Os idosos têm maior necessidade de cuidados de saúde, levando a maiores despesas. Os sistemas de saúde que no passado não foram orientados para a necessidade de cuidados a longo prazo a idosos, nem para os problemas de saúde que surgem com a idade e não privilegiaram suficientemente a prevenção das doenças, podem ter alguma dificuldade a responder à nova realidade demográfica (Bloom, et al., 2016).

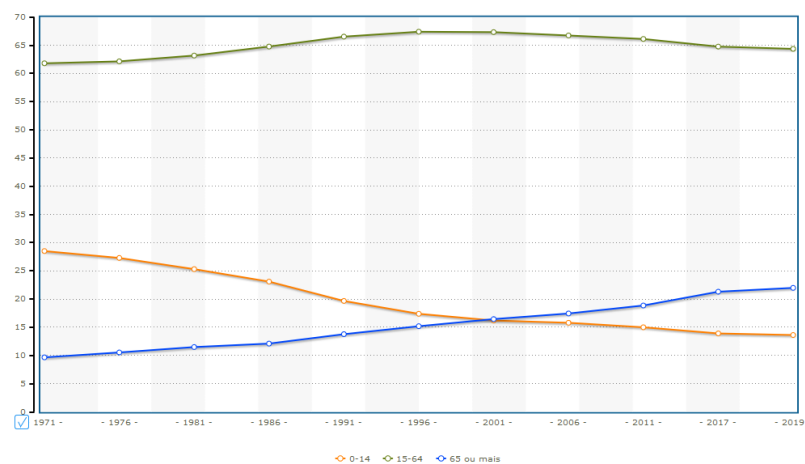
Importa salientar que embora o envelhecimento da população possa aumentar os custos com cuidados de saúde, esses gastos devem ser encarados como investimentos que permitam a manutenção da capacidade intrínseca (físicas e mentais) e da capacidade funcional, e, portanto, o bem-estar da pessoa idosa (OMS, 2015).

1.1 -Aspetos epidemiológicos do envelhecimento em Portugal

Nas últimas décadas, Portugal, tal como outros países da Europa, tem vindo a registar profundas alterações demográficas, determinadas por vários aspetos como o aumento da longevidade e da população idosa (idade igual ou superior a 65 anos) e pela redução da natalidade e da população jovem. As pessoas com 65 ou mais anos, em 2017, representavam 21% de toda a população residente em Portugal (PORDATA, 2018). Os últimos dados revelam que em 2019 representavam 22%, como mostra a figura seguinte:

Figura 1

População Residente em Portugal



Fonte: PORDATA (2020)

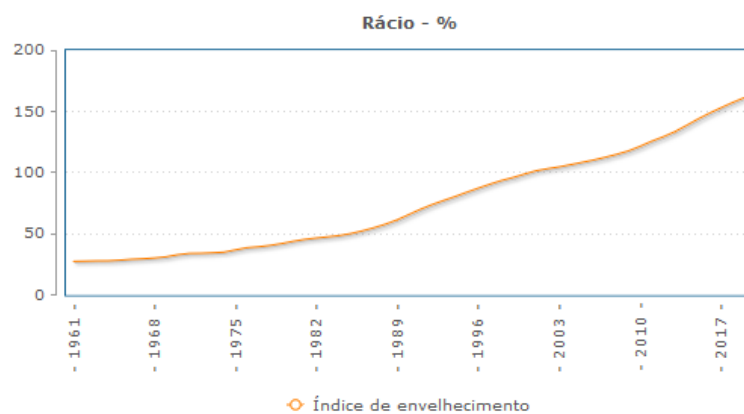
De acordo com Gonçalves e Carrilho (2004) Alfred Sauvy, considerado um importante sociólogo e demógrafo francês, referiu que o século XXI seria o Século do Envelhecimento. Pelas implicações na esfera socio-económica, para além das modificações que se reflectem a nível individual e em novos estilos de vida, o envelhecimento demográfico é o fenómeno mais relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas.

De acordo com as projeções demográficas mais recentes (2015-2080), elaboradas pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), estima-se que o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões e que se manterá o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos e o índice de envelhecimento mais do que duplicará, sendo de 317 idosos, por cada 100 jovens, em 2080 (INE, 2017).

O índice de envelhecimento (número de idosos por cada 100 jovens) em Portugal passou de 27,5% em 1961 para 143,9% em 2015 e em 2019 era de 161% (Figura 2). (PORDATA, 2020)

Figura 2

Índice de Envelhecimento em Portugal



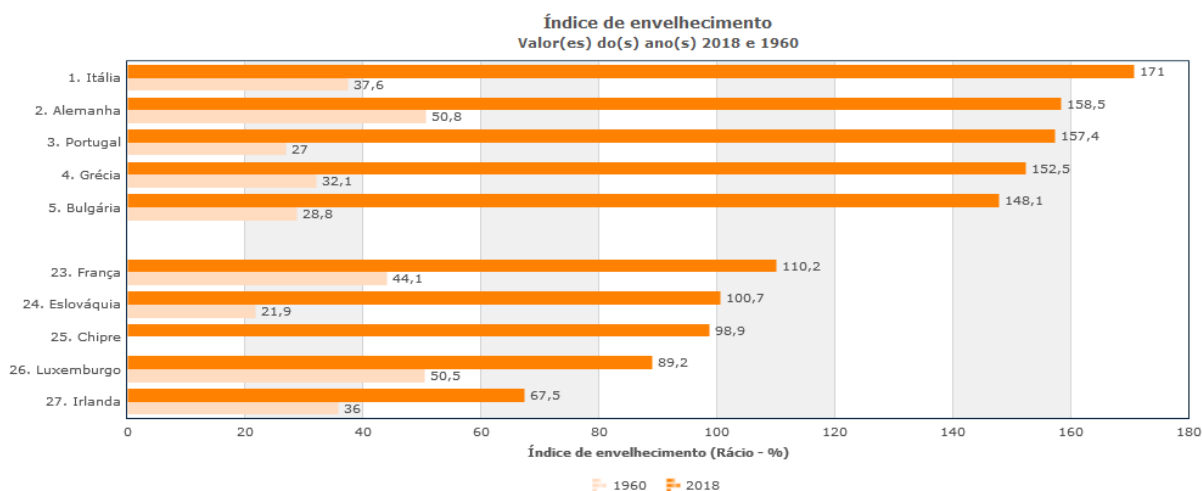
Fonte: INE (2020)

O ritmo acelerado da transição demográfica mostra que a esperança média de vida em Portugal em 1970 era 63,7 anos e atualmente é de 81,5 anos. De acordo com o relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Portugal integra o grupo de países com maior nível de envelhecimento (Japão, Itália, Alemanha, Portugal) (Fernandes, 2020).

Portugal relativamente aos outros países da Europa ocupa o terceiro lugar em termos de valores de índice de envelhecimento, sendo apenas ultrapassado pela Alemanha e Itália (Figura 3).

Figura 3

Índice de Envelhecimento na Europa

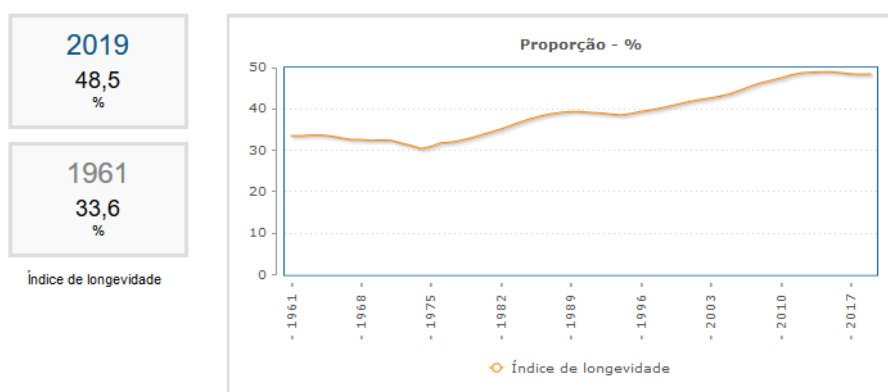


Fonte: Eurostat | NU | Institutos Nacionais de Estatística (2020)

A proporção entre a população com idades compreendidas entre os 75 e mais anos e a população de 65 e mais anos designa-se de índice de longevidade e trata-se de um indicador adicional de medida de envelhecimento de uma população. Este indicador mostra bem como a população portuguesa está a ficar mais envelhecida. Em 2019 existiam 48,5 pessoas com mais de 75 anos, por cada 100 com mais de 65 anos (Figura 4 e Figura 5).

Figura 4

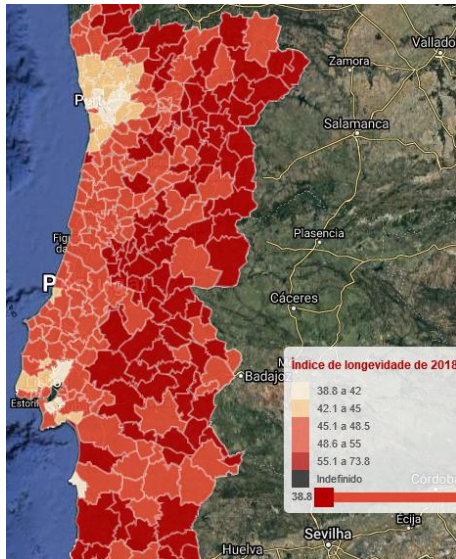
Índice de Longevidade em Portugal



Fonte: INE (2020)

Figura 5

Índice de Longevidade por Concelhos em Portugal

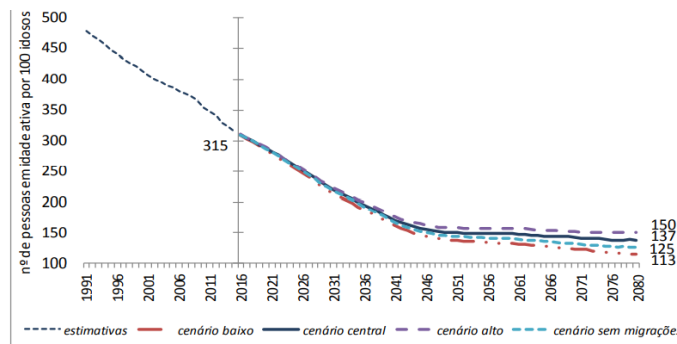


Fonte: Jornal de Negócios (2019)

Outro índice a ter em conta é o índice de sustentabilidade potencial. Este índice mostra a relação entre a população em idade ativa (idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) e a população idosa. Este poderá passar para menos de metade, face ao decréscimo da população em idade ativa, a par do aumento da população idosa (Figura 6).

Figura 6

Índice de Sustentabilidade Potencial, Portugal, 1991-2080 (estimativas e projeções)



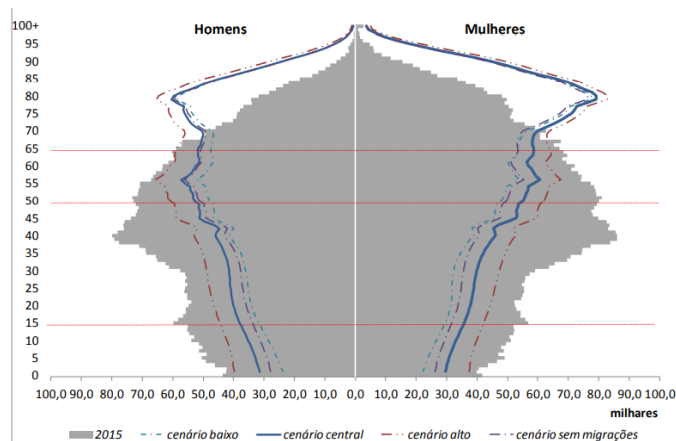
Fonte: INE (2017)

Constata-se, como se pode ver na Figura 7, uma população cada vez mais envelhecida, com a base da pirâmide a estreitar-se, o topo da pirâmide a alargar-se de

forma bastante notória, acentuando-se a redução da população em idade ativa e das mulheres em idade fértil (INE, 2017).

Figura 7

Pirâmide Etária, Portugal, 2015 (estimativas) e 2055 (projeções, por cenários)



Fonte: INE (2017)

David Bloom, numa conferência organizada pela Fundação Francisco Manuel dos Santos, em fevereiro do corrente ano, demonstrou-se muito inseguro quanto ao futuro económico português, apontando o envelhecimento da população como o maior problema com o qual as sociedades vão ter que lidar, principalmente as mais desenvolvidas. Afirmou também que até 2050 Portugal terá mais cidadãos dependentes do que a trabalhar (Lusa, 2020).

De facto, esta é uma situação preocupante, pois naturalmente exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige ações em diversos níveis, por parte dos seus sistemas de suporte (sistema de saúde, segurança social, educação) (Despacho n.º12427/2016).

O envelhecimento da população apresenta alguns desafios macroeconómicos assustadores. A formulação de políticas, tanto na área da saúde, quer para além dela, poderia diminuir os potenciais efeitos negativos do envelhecimento da população na economia dos países. As respostas necessárias ao envelhecimento da população têm o potencial para beneficiar toda a população permitindo o desenvolvimento mais eficiente, equitativo e sustentável (Bloom et al., 2016).

1.2 -Envelhecimento e qualidade de vida

O aumento da longevidade da população portuguesa é de facto apreciável. Aos 65 anos de idade a esperança média de vida é de quase 20 anos. No entanto, a qualidade dos anos de vida ganhos tem de ser melhorada, pois cerca de 16 anos serão vividos sem qualidade de vida, comparativamente com os países europeus com melhores indicadores (SNS, 2017).

A qualidade de vida dos idosos é largamente determinada pela sua capacidade de manter a sua autonomia e independência, influenciada pela saúde física, estado psicológico, relações sociais, convicções pessoais e pela relação com o meio ambiente e é certamente a tónica do envelhecimento ativo (OMS, 2002).

De acordo com a OMS (2002, p. 12) “*o envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem*”. O envelhecimento saudável é definido como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada. A capacidade funcional resulta da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio (OMS, 2015).

De facto, a elevada carga de doença que afeta a população idosa, juntamente com as condições socioeconómicas, a literacia e alguns comportamentos em saúde, tornam baixa a sua qualidade de vida (Despacho n.º.12427/2016).

O envelhecimento ativo e saudável deve ser visto como um potenciador da economia, pelo valor gerado através do impacto positivo na qualidade de vida das pessoas idosas.

Em Portugal foi lançada a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, com o intuito de implementar políticas e estratégias de atuação que assentam na promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas, assim como reconhecer os benefícios e a importância do envelhecimento ativo e saudável (SNS, 2017).

O conceito de qualidade de vida apresenta grande variabilidade e subjectividade, apesar disso torna-se primordial, que para a população idosa, seja incentivada a manutenção da mobilidade, da independência física e social, da participação e do contributo ativo para sociedade (Veloso, 2015).

1.3 - Envelhecimento e terapêutica medicamentosa no idoso

O envelhecimento da população é um grande desafio para a economia dos países e a saúde da população mais velha é sem dúvida uma preocupação (Bloom et al., 2016).

O envelhecimento gradual da população e o aumento da esperança média de vida, levam a maior incidência e prevalência de patologias crónicas, o que implica que sejam os idosos os principais consumidores de cuidados de saúde (Santos & Almeida, 2010). Existe por isso a necessidade de assegurar cuidados de qualidade e custo efetivos.

A utilização de medicação é a intervenção mais comum nos cuidados de saúde e corresponde ao terceiro maior custo das despesas de saúde (Mair et al, 2017).

O uso de múltiplos medicamentos é uma condição frequente entre os idosos que, apesar de necessária, na maioria das vezes, acarreta alguns riscos. Até 11% de todas as admissões hospitalares não planeadas estão relacionadas com danos provocados por medicamentos. (Mair et al, 2017).

Prescrever medicação para o idoso de forma segura e eficaz é difícil, uma vez que há várias alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas associadas à idade, assim como limitações relacionadas com o ambiente social e também a nível económico (Gokula & Holmes, 2012).

A administração de medicamentos a idosos é possivelmente a área mais desafiante da terapêutica para adultos, devido à crescente probabilidade de múltiplas doenças, normalmente com envolvimento multissistémico, com a necessidade de tomarem vários medicamentos e a probabilidade de maiores alterações na farmacocinética e na farmacodinâmica. Todos estes fatores contribuem para um aumento significativo da frequência de interações medicamentosas e respostas adversas a medicamentos na população idosa (Diasio, 2019).

O envelhecimento é tido em conta na tomada de decisão farmacoterapêutica em vários níveis, no entanto, a ausência de uma definição abrangente de "idoso", especificamente a idade, não facilita a prescrição. As recomendações clínicas devem ser baseadas em concretos fatores que possam afetar a eficácia e segurança da medicação, existindo uma abordagem mais centrada no idoso, com uma avaliação de risco-benefício da terapêutica (Singh & Bajorek, 2015). Uma melhor compreensão dos efeitos do envelhecimento na farmacologia clínica melhoraria a qualidade da prescrição (Mangoni & Jackson, 2004).

A complexidade dos esquemas terapêuticos, muitas vezes realizada por diversos especialistas, em conjunto com problemas cognitivos, a incapacidade física e a difícil situação social, sendo que muitos idosos moram sozinhos, contribui para que haja grande quantidade de erros na administração de medicamentos (Marin et al., 2008). Também as alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento levam a modificações nos processos de absorção, distribuição, metabolização e excreção que poderão afetar a quantidade de fármaco livre disponível no local de ação e desta forma, condicionar a intensidade e duração de ação do mesmo (Alves, 2012). De facto, os problemas relacionados com os medicamentos nos idosos merecem grande atenção, pois podem aumentar consideravelmente o risco de morbidade e mortalidade (Simon, 2009).

1.3.1 - Alterações com o envelhecimento

O envelhecimento traz consigo alterações fisiológicas que modificam a farmacocinética e a farmacodinâmica, podendo afetar a resposta farmacológica.

A crescente probabilidade de múltiplas doenças, com a toma de vários medicamentos e todas as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas decorrentes das mudanças fisiológicas do organismo do idoso, podem conduzir a mudanças na intensidade e duração de ações terapêuticas dos fármacos, o que torna os idosos mais susceptíveis a problemas relacionados com os medicamentos, como por exemplo reações adversas e sobredosagem.

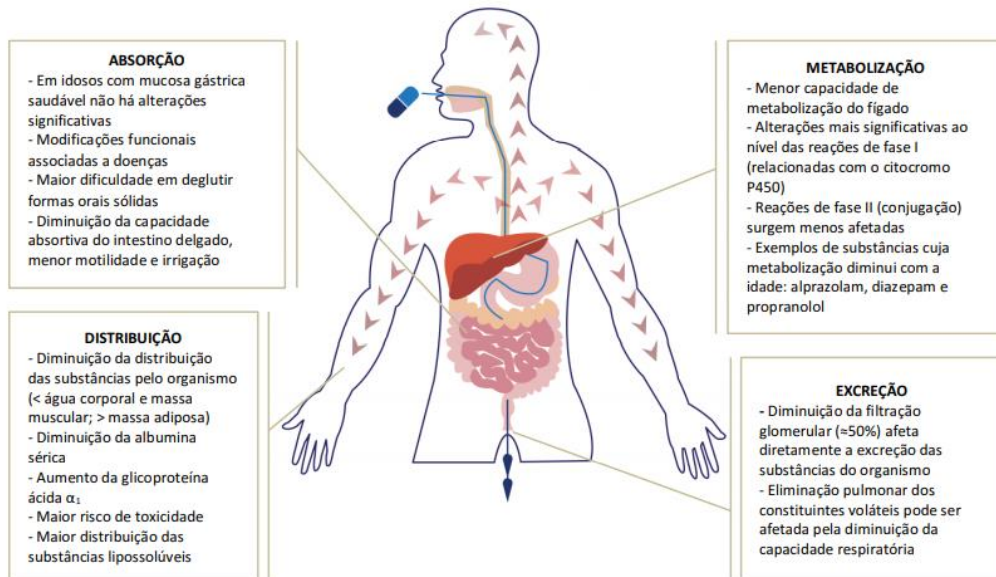
1.3.1.1 - Alterações farmacocinéticas

As alterações farmacocinéticas compreendem mudanças ao nível da absorção, distribuição, metabolização e excreção de substâncias do organismo (Figura 8).

As alterações farmacocinéticas podem ser secundárias aos efeitos fisiológicos gerais do envelhecimento, como alteração na composição corporal ou a alterações específicas em órgãos farmacocineticamente importantes como os rins ou o fígado (Diasio, 2019).

Figura 8

Principais Alterações Farmacocinéticas Associadas ao Envelhecimento



Fonte: Advinha (2017)

1.3.1.2 - Alterações farmacodinâmicas

A resposta farmacodinâmica é caracterizada pela interação entre as substâncias ativas dos medicamentos e os recetores nos órgãos-alvo (Diasio, 2020).

As alterações farmacodinâmicas tendem, em geral, a aumentar a sensibilidade aos medicamentos (Mangoni & Jackson, 2004). À medida que a idade avança, é possível, existir um aumento da intolerância aos medicamentos, pelas alterações fisiológicas ao nível dos órgãos e dos seus receptores. A ação terapêutica dos medicamentos pode sofrer variações significativas, resultando em eventos adversos, caracterizados por excesso ou défice.

1.3.2 - Polimedicação e complexidade do regime terapêutico

A polimedicação é uma realidade da sociedade actual, no entanto é nos idosos que encontra maior relevância, pois são estes os maiores consumidores de fármacos (Souto &, Pimentel, 2018).

O termo de polimedicação pode ser definido de várias formas, nomeadamente no que respeita ao número de medicamentos utilizados e à utilização de mais medicamentos que os necessários. Pode ser classificada em polimedicação minor pelo uso de dois a quatro fármacos, e polimedicação major quando se utilizam cinco ou mais fármacos, sendo a cronicidade definida como aquela que é realizada por um período nunca inferior a três meses (Souto & Pimentel, 2018). Outra forma de definir polimedicação é quantitativamente, usualmente com o consumo de 5 ou mais fármacos simultaneamente (polimedicação major), ou qualitativamente, através do uso de mais medicamentos do que os indicados e necessários (Teixeira, 2014).

A prescrição de vários medicamentos tornou-se rotina na medicina moderna, impulsionada pelo envelhecimento da população, o predomínio de doenças crónicas e a crescente disponibilidade de medicamentos, mas está associada a alguns problemas e é considerada um desafio importante e crescente para a prática clínica (Payne, 2016).

Quando se fala de regime terapêutico no idoso e na sua complexidade, há que ter em conta que os idosos têm características especiais, já anteriormente referidas e que têm que ser consideradas.

Esta realidade merece, assim, especial atenção por parte dos profissionais de saúde, uma vez que coloca em risco os doentes, pois aumenta a frequência de reações adversas e/ou interações medicamentosas (aumentam em função do número de medicamentos) e pode levar também a redundância terapêutica. Como resultado destes problemas podem surgir iatrogenias, internamentos, gastos desnecessários e diminuição da qualidade de vida dos doentes (Grou, 2016).

De facto, a polimedicação é efetivamente necessária para o tratamento e gestão da doença crónica nesta faixa etária, mas importa que seja devidamente supervisionada.

Apesar de ser um grave problema nos idosos, Portugal não tem qualquer política para lidar com a polimedicação e com todos os problemas que daí advém, ou seja, o uso de múltiplos medicamentos, muitas vezes de forma desadequada. O estudo europeu Stimulating Innovation Management of Polypharmacy and Adherence in The Elderly (SIMPATY) concluiu que é preciso criar e implementar um Plano Nacional de Revisão da Polimedicação na população mais velha. Segundo João Malva, neurocientista, coordenador da equipa portuguesa envolvida no projeto, “cerca de 40% das pessoas que toma 5 ou mais medicamentos, não o faz de forma apropriada, e praticamente metade das

hospitalizações que acontecem devido a medicação excessiva seriam evitáveis se existisse um plano de revisão da polifarmácia” (News Farma, 2017).

Num estudo efetuado nos Centros de Saúde de Queluz e do Lumiar constatou-se que o consumo médio de medicamentos era de 3,9 nos utentes com mais de 65 anos. Verificou-se também que 39,6% dos utentes tomavam dois a quatro fármacos e 37,1% utilizavam mais de cinco fármacos simultaneamente (Silva et al., 2004).

Em 2011, num estudo realizado em Olhão, com uma amostra composta por 51 idosos de um centro de dia, 63% tomavam 5 ou mais medicamentos e 6% tomavam mais de 10 medicamentos (Sousa, 2011).

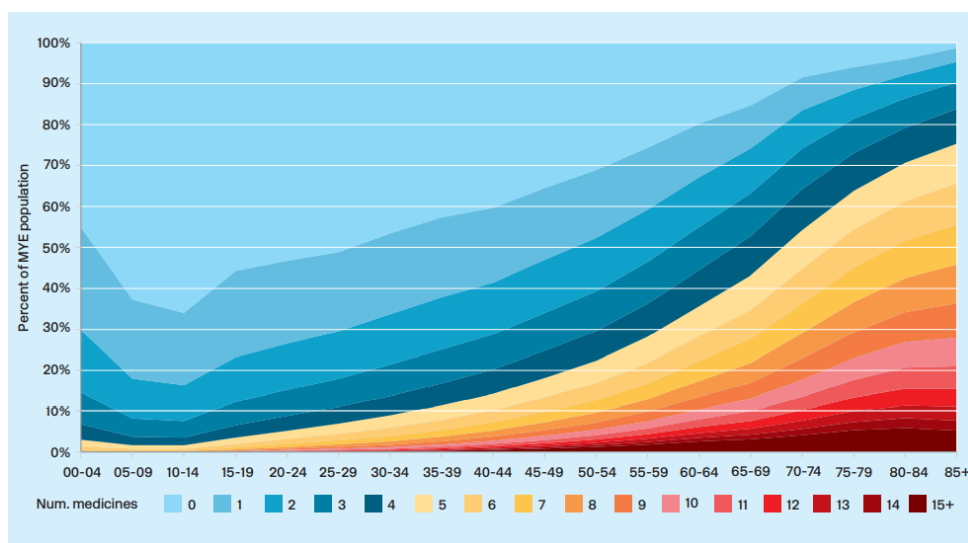
Num outro estudo que pretendia determinar a frequência da polimedicação em utentes de uma Unidade de Saúde Familiar com 75 anos ou mais de idade verificou-se que o consumo médio de fármacos era de 6,2 fármacos por utente, dos quais 23,3% com polimedicação minor e 72, 1% com polimedicação major (Souto & Pimentel, 2018).

Pinto e colaboradores, num estudo intitulado “O consumo de medicamentos e a polimedicação em Portugal” confirmaram a forte tendência do consumo de medicamentos aumentar com a idade e concluíram que a prevalência da polimedicação em indivíduos com mais de 64 anos foi de 18,8% (Pinto et al., 2010).

Como se pode ver na figura 9, à medida que a idade avança, o número de medicamentos utilizados é consideravelmente maior.

Figura 9

Percentagem de Pessoas por Grupo Etário e Uso de Medicamentos



Fonte: Mair et al. (2017)

A polimedicação é especialmente preocupante na população idosa e está, muitas vezes, associada a resultados negativos para a saúde: riscos aumentados de reações adversas a medicamentos (RAM), eventos adversos a medicamentos (ADE), prescrição inadequada, quedas, hospitalização, institucionalização, mortalidade (Gnjidic et al., 2012).

As RAM são uma das principais causas de morbilidade e utilização de cuidados de saúde nos idosos, portanto com consequências clínicas e económicas associadas (O'Connor et al., 2012).

Segundo o “Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge” 8,6 milhões de admissões hospitalares não planeadas, em cada ano, na Europa, são devidas a eventos adversos a medicamentos, 50 % das quais seriam evitáveis e dessas 70% ocorrem em doentes com mais de 65 anos de idade e que tomam cinco ou mais medicamentos (Mair et al., 2017).

Adotar estratégias para melhorar a utilização de vários medicamentos concomitantemente é uma prioridade, pois obtêm-se melhores resultados clínicos. (Patterson et al., 2014).

Garantir bons resultados da medicação usada pelos idosos é um desafio, faltam orientações para o uso de medicamentos em idosos, uma vez que estes raramente são incluídos em ensaios randomizados e controlados e a maioria das orientações clínicas baseadas em evidências são extrapoladas de populações mais jovens (Gnjidic et al., 2012).

O ponto essencial na terapêutica de um idoso não é, necessariamente, limitar o número de medicamentos a tomar, uma vez que as várias comorbilidades existentes podem exigir que o seu número seja elevado. Prescrever os medicamentos corretos na posologia adequada e pelo menor tempo possível, numa abordagem caso a caso, é uma prática mais segura e eficaz e melhorará a qualidade de vida dos idosos (Planton & Edlund, 2010).

A polimedicação inapropriada contribui para 4% dos custos evitáveis em cuidados de saúde e 0,3% do gasto global com saúde, ou 18 bilhões dólares americanos, poderiam ser poupados, em todo o mundo, se a polimedicação fosse administrada corretamente.

1.3.3 - Medicamentos potencialmente inapropriados

É verdade que os medicamentos constituem uma ferramenta terapêutica de grande valia, mas não se pode ignorar o facto de nem todos os medicamentos serem apropriados para a utilização em idosos (Parente, 2011). Conhecer os medicamentos potencialmente inapropriados nos idosos é um passo de extrema importância para implementação de intervenções que de facto ajudem a melhorar o uso dos medicamentos por esta população.

Os medicamentos que são potencialmente inadequados não têm indicação clara baseada em evidências, apresentam um risco substancialmente maior de efeitos adversos e não são custo-efetivos (Clyne et al., 2012).

O uso inadequado de medicamentos contribui para eventos adversos e custos de cuidados de saúde relacionados com medicamentos em idosos (Hayes, 2007) e é um importante problema de saúde pública (Almeida et al., 2019).

Os critérios para avaliar a adequação das prescrições podem servir como uma orientação útil durante a formação profissional e na prática diária, com o objetivo de melhorar regime terapêutico do idoso (Kaufmann et al., 2014).

Kaufmann et al. (2014), realizaram uma revisão sistemática onde identificaram 46 diferentes ferramentas para avaliar a prescrição inadequada, tendo a maioria, trinta e seis, foco na população idosa.

Clyne et al. (2012), optou por dividir os métodos de avaliação de prescrição inadequada em métodos implícitos e explícitos. Os explícitos usualmente consistem em listas de medicamentos a evitar, sendo desenvolvidos com base em opiniões de peritos, revisões da literatura e técnicas de consenso (ex: Critérios de Beers e START/STOPP) e os implícitos que são baseados no julgamento clínico, pois é necessário integrar a informação do doente, de forma a saber se um determinado fármaco é apropriado (ex: MAI) (Clyne et al., 2012).

Na tabela seguinte serão apresentados diferentes métodos:

Tabela 1

Métodos para Avaliação da Prescrição Inadequada

<p>Critérios de Beers</p>	<p>Os Critérios de Beers da American Geriatrics Society são amplamente reconhecidos na literatura e usados em muitos países. Foi o primeiro instrumento de avaliação de medicação potencialmente inapropriada para idosos. Os critérios originais foram elaborados em 1991, tendo sido constantemente revisto e atualizados.</p> <p>A operacionalização dos Critérios de Beers para Portugal ocorreu em 2008 (Soares et al., 2008).</p>
<p>Lista Europeia de Medicação Inapropriada no Idoso (EU(7)-PIM List)</p>	<p>É uma ferramenta publicada em 2015, que contou com especialistas de sete países europeus (Estónia, Finlândia, França, Alemanha, Holanda, Espanha e Suécia) permitindo a identificação e comparação de perfis de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos em toda a comunidade europeia.</p>
<p>START, Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment / STOPP, Screening Tool of Older persons' Potentially inappropriate Prescriptions</p>	<p>Surgiram, em 2008, como resposta europeia aos problemas para identificar a inadequação da prescrição devido às limitações da extrapolação dos Critérios de Beers para o ambiente europeu.</p>
<p>MAI, Medication Appropriateness Index</p>	<p>É constituído por pontos considerados essenciais para uma prescrição apropriada: baixo custo, duração adequada do tratamento, existência/ausência de indicação, eficácia de acordo com as <i>guidelines</i>, indicações práticas e correctas e ausência de duplicação terapêutica e de interações.</p>
<p>Good Palliative-Geriatric Practice Algorithm</p>	<p>Foi desenvolvido em 2004, com base num método de consenso, com o objetivo de reduzir o número de medicamentos em idosos residentes em lar.</p>
<p>CGA, Comprehensive Geriatric Assessment</p>	<p>Permite a abordagem à polimedicação de uma forma que tanto possibilita a deteção de medicação potencialmente inapropriada, como a de subutilização de fármacos necessários.</p>
<p>Lista PRISCUS</p>	<p>Foi um projeto da Iniciativa de Segurança de Medicamentos do Ministério da Saúde da Alemanha para 2008/2009 e que identifica 83 medicamentos como inadequados para idosos.</p>
<p>POM, Prescribing optimization Method,</p>	<p>É essencialmente dirigido ao uso pelos médicos de família. É composto por 6 questões que avaliam a posologia, interações medicamentosas, RAM, adesão à terapêutica e subtratamento e identificam medicamentos passíveis de interrupção.</p>

Fonte: Adaptado de Teixeira (2014) e Luís (2019)

A revisão da medicação tem como objetivo a avaliação e optimização da prescrição através de alterações ao regime farmacológico e é essencial para um tratamento adequado (Teixeira, 2014).

As complicações da polimedicação poderão ser prevenidas através da aplicação dos métodos enunciados, pela monitorização terapêutica e pela revisão cuidadosa e periódica da medicação do idoso (Hayes, Klein-Schwartz & Barrueto, 2007).

A nível económico a prevenção de danos devidos aos medicamentos podem reduzir as exigências no sistema de saúde e reduzir as ameaças à sua sustentabilidade (Mair et al., 2017).

1.3.4 - Adesão à terapêutica

A adesão do doente à terapêutica é de extrema importância, uma vez que o cumprimento do esquema posológico condiciona diretamente a eficácia terapêutica.

A observância das instruções verbais ou escritas de um profissional de saúde em relação ao tratamento farmacológico expressa a adesão à terapêutica (Sousa et al., 2011).

Importa fazer a distinção entre a “não adesão intencional” e a “não adesão não intencional”. Assim, a não adesão intencional define-se pelo facto de o indivíduo decidir não seguir o tratamento medicamentoso, muitas vezes associado a preocupações acerca da eficácia, efeitos secundários ou mesmo relacionados com a posologia. No que respeita à não adesão não intencional, o indivíduo quer seguir o tratamento, mas não consegue devido a determinadas barreiras, as quais podem incluir dificuldades cognitivas, de mobilidade, a toma de muitos medicamentos e problemas com o seu acesso.

A não adesão aos medicamentos prescritos é um dos principais problemas de saúde pública, intrinsecamente relacionado à multimorbilidade e conseqüentemente à polimedicação. O custo da não adesão aos medicamentos na União Europeia foi estimado em 125 bilhões de euros anualmente. (Mair et al., 2017).

Para superar este problema é necessário ver de forma abrangente para chegar a soluções adequadas e individualizadas. Deve ter-se em atenção o doente, os medicamentos, os profissionais de saúde, o sistema de saúde e os factores socioeconómicos (Yap, Thirumoorthy & Kwan, 2016).

Os regimes terapêuticos mais complexos podem ser difíceis para os idosos seguirem corretamente e podem levar a uma menor adesão da terapêutica, pois exigem grande empenho e comprometimento por parte do doente.

A simplificação do esquema de tratamento do plano terapêutico do idoso é essencial para aumentar a sua adesão e desta forma maximizar o benefício clínico dos tratamentos instituídos (Martins, 2013).

Um estudo efectuado em 2016, na Coreia, verificou que a adesão à medicação por parte dos idosos estava associada ao nível de escolaridade, problemas relacionados à saúde, à posologia, à satisfação com o aconselhamento e explicação da medicação (Jin, Kim, & Rhie, 2016).

A complexidade do regime terapêutico, a falta de conhecimento sobre a doença e sobre a medicação, dificuldades cognitivas e toma de vários fármacos foram apontados como fatores associados à não adesão medicamentosa (Roy, Sajith & Bansode, 2017). As dificuldades económicas, o nível educacional/cultural do doente e o esquecimento também têm sido relacionados com a não adesão à terapêutica (Sousa et al., 2011).

Não se pode considerar que após a prescrição de uma receita se tratou um doente. É necessário garantir a adesão aos medicamentos prescritos para que o doente retire o máximo dos benefícios terapêuticos (Yap, Thirumoorthy & Kwan, 2016).

O contributo que as farmácias comunitárias podem dar em intervenções específicas para melhorar a adesão à terapêutica e em outras intervenções nas doenças crónicas como hipertensão, diabetes, hiperlipidemia e asma/DPOC revelou-se num estudo efectuado em 2016 em que se estimou um benefício de 474,5 milhões de euros, 54 % de um valor económico de 879,6 milhões de euros de todas as intervenções farmacêuticas comunitárias. (Félix et al., 2016).

1.3.5 - Dificuldades na gestão da medicação

A toma de medicamentos é entendida pelos idosos como consequência do envelhecimento, sendo um processo dinâmico e complexo que exige por vezes mudanças nas suas rotinas diárias (Henriques, Costa & Cabrita, 2012).

Estima-se que entre 40-45% dos idosos são incapazes de tomar os medicamentos como prescritos (MacLaughlin et al., 2005).

Marcado pela rotina, o consumo de medicamentos pelos idosos constitui um processo metódico, podendo ser afetado por diversos erros sistemáticos associados, como o desconhecimento e iliteracia do doente, mas também à perda gradual de capacidade funcional (física, cognitiva e sensorial) para gerir a medicação (Advinha, 2017).

O processo de gestão da medicação não é uma tarefa fácil para o idoso, no entanto existem estratégias, quer através da introdução de dispositivos de apoio, quer através da intervenção de um profissional de saúde, que poderão ajudar a melhorar o desempenho do idoso (Advinha et al., 2013).

De acordo com Maddigan et al. (2003) a capacidade funcional para gerir a medicação pode definir-se como a capacidade cognitiva e física para autoadministrar/tomar a medicação, de acordo com a prescrição recebida. Inclui avaliação das habilidades funcionais, como a capacidade identificar corretamente medicamentos e descrever como eles devem ser tomados (Kripalani et al., 2006)

A incapacidade funcional na gestão da medicação encontra-se associada a fatores determinantes como a diminuição da capacidade cognitiva e o aumento da idade, pelo que, avaliação da capacidade funcional dos idosos para gerir a sua medicação é muito importante, especialmente por poder representar um indicador da perda de independência e de necessidade de intervenção (Advinha et al., 2013).

Para a qualidade de vida do idoso a gestão da medicação é um aspeto a ter em conta. A gestão ineficaz é uma questão de saúde pública, pelo que se devem desenvolver intervenções capazes de dar resposta a uma população com dificuldades (Neves et al., nd).

A procura de novas ferramentas como pictogramas, para aumentar o grau de compreensão das informações relacionadas aos medicamentos e otimizar a utilização de medicamentos pelos idosos pode ser muito vantajosa, pois facilita a adesão à terapêutica e reduz potenciais riscos ou erros associados ao uso de medicamentos (Merks et al., 2018).

Um estudo realizado em 2014 concluiu que uma proporção considerável de idosos que tomam cinco ou mais medicamentos não têm os conhecimentos e habilidades necessários para gerir a sua medicação (Sino et al., 2014).

Outro estudo revelou que a capacidade de gerir a medicação estava significativamente associada à alfabetização dos idosos, nomeadamente à capacidade para identificação dos medicamentos (Kripalani et al., 2006).

Pela observação enquanto profissional de saúde é possível verificar que os idosos apresentam muitas dificuldades quer no acesso, quer na utilização dos medicamentos. No

meio rural, como é caso, muitos idosos têm dificuldade em dirigir-se à sede do concelho para ir ao médico, pedir receita dos seus medicamentos e ir à farmácia compra-los. Por outro lado, as reformas da maior parte dos idosos são baixas e a toma de elevado número de medicamentos afeta muito o orçamento familiar. Os idosos com múltiplos medicamentos e diferentes posologias, frequentemente têm de tomar os medicamentos a diferentes horas do dia; alguns com alimentos, outros fora das refeições; às vezes, têm de dividir comprimidos; usam diversas formas farmacêuticas e múltiplas vias de administração, muitas vezes resultado de prescrições de vários médicos. No domicílio, verificam-se problemas com a armazenagem em locais inadequados, acumulação de medicamentos em sacos partilhados pelo agregado familiar. Esta situação é ainda agravada, pois muitos idosos moram sozinhos, ou então apenas como seu cônjuge e apresentam dificuldades físicas e cognitivas, levando a que muitas vezes não percebam as indicações para a administração dos medicamentos, não conheçam efetivamente os medicamentos que tomam e acabem por trocar e duplicar tomas, potenciando erros de medicação. Esta observação é confirmada por vários estudos (Advinha, 2017; Marques, 2017; Sorensen et al., 2005 e Santos, 2014).

A gestão da terapêutica nos idosos pode ser de facto complexa, mas não pode constituir uma barreira para a definição de estratégias para um melhor acesso e utilização do medicamento.

1.3.6- Intervenção e colaboração dos profissionais de saúde

Os idosos pertencem a um grupo populacional que necessita de uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde devido à elevada incidência de doenças crónicas e incapacitantes e, conseqüentemente, à prescrição mais extensa nesta subpopulação, aumentando o risco da ocorrência de problemas relacionados com os medicamentos (Parente, 2011).

Os profissionais de saúde devem estar atentos a peculiaridades neste grupo populacional: capacidade funcional, comorbilidades, medicação, organização de cuidados. O isolamento social anda de mãos dadas com o envelhecimento, e é crucial avaliar a rede de apoios familiares e sociais do idoso (Oliveira, 2018). Igualmente essencial são as características individuais dos idosos, como o grau de literacia ou os problemas de saúde

específicos, que devem ser considerados pelos profissionais de saúde, por forma a fornecer informações e explicações suficientes e adequadas sobre medicamentos, garantindo a satisfação do aconselhamento por parte idoso (Jin, Kim & Rhie, 2016). A relação com os profissionais de saúde é referida pelos idosos como essencial na gestão dos seus medicamentos e todas informações dadas são descritas como muito importantes (Henriques, Costa & Cabrita, 2012).

O acompanhamento dos idosos ao longo do tempo, representa um fator de sucesso, sendo também uma forma de evitar o surgimento de problemas mais graves. Deste modo, não se pode ignorar a importância que os profissionais, detêm no aconselhamento e apoio ao idoso (Advinha, 2017).

A interligação entre as várias instituições de prestação de cuidados revela-se também fundamental. O projecto “Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge” refere que é essencial haver maior colaboração entre farmacêuticos, médicos e doentes. (Mair et al., 2017). Nesse sentido, as farmácias comunitárias são colaboradores especialmente importantes para os sistemas de saúde em todo o mundo. Em Portugal, desenvolvem um papel de grande proximidade das populações, estando presente por todo o país, quer nas zonas urbanas, quer nas zonas mais rurais e desertificadas, sendo um contacto privilegiado da população com o sistema de saúde especialmente as localizadas em meios mais pequenos, pelas especificidades da população que servem, são elas que conhecem melhor as condições em que vivem as pessoas, conhecem-nas pelo nome e conhecem também as suas dificuldades (Pacheco, 2019).

Apesar de poucos, a maioria dos estudos com o intuito de fazer uma avaliação económica das intervenções em Saúde Pública das farmácias comunitárias em Portugal, são específicos para doenças ou intervenções. Estima-se que as intervenções efetuadas em farmácia comunitária proporcionem um ganho de qualidade de vida de 8,3% e um valor económico de 879,6 milhões de euros, das quais se incluem 342,1 milhões de euros em intervenções farmacêuticas não remuneradas e 448,1 milhões de euros em intervenções em que o consumo de recursos de saúde são evitados. Para além disso, podem levar ainda a um aumento adicional de 6,9 % na qualidade de vida e traduzidas num valor económico de 144,8 milhões de euros (Félix et al., 2016).

Como já foi referido as intervenções das farmácias comunitárias proporcionam benefícios consideráveis na qualidade de vida e no valor económico. Uma maior

integração nos cuidados primários e secundários, com mais intervenções em saúde, pode adicionar mais valor social e económico para toda a sociedade (Félix et al., 2016).

Os profissionais de saúde devem estar atentos e avaliar os múltiplos fatores que podem afetar a utilização segura dos medicamentos: doenças, comorbilidades, complexidade terapêutica, comprometimento físico e/ou cognitivo e baixa literacia, entre outros, e intervir de acordo com as necessidades específicas de cada indivíduo.

Neste estudo, para além de se verificarem quais as maiores dificuldades que os idosos enfrentam no acesso e utilização de medicamentos, será avaliada a capacidade funcional dos idosos para gerir a medicação com recurso ao instrumento adaptado e validado para a população portuguesa – *Drug Regimen Unassisted Grading Scale* (DRUGS-PT), por forma a desenvolver estratégias e intervenções, nesta tarefa primária da vida diária para os idosos.

II - Conceptualização do estudo e objetivos

A terapêutica nos idosos pode ser de facto complexa, mas não pode constituir uma barreira para a definição de estratégias para um melhor acesso e utilização do medicamento. É por isso fundamental fazer o levantamento destas dificuldades, permitindo criar estratégias que minimizem este problema e para que seja possível intervir de acordo com as reais necessidades.

2.1 - Pergunta de investigação

Quais as principais dificuldades no acesso e utilização dos medicamentos pelos idosos?

2.2 - Objetivos

Averiguar quais os principais problemas e dificuldades que os idosos têm no acesso e utilização dos medicamentos, de forma a identificar oportunidades de melhoria e desenvolver e implementar estratégias para minimizar/superar essas dificuldades.

Para alcançar o objetivo referido e como forma de orientar a investigação foram também definidos objetivos mais específicos:

- Caracterizar a população idosa;
- Caracterizar a utilização de medicamentos na população idosa;
- Avaliar a adesão à terapêutica da população idosa;
- Avaliar a acessibilidade dos idosos aos cuidados de saúde, especificamente aos medicamentos;
- Avaliar o conhecimento que os idosos têm sobre a sua medicação;
- Averiguar as dificuldades sentidas pelos idosos na utilização dos medicamentos;
- Avaliar a capacidade funcional para a gestão da medicação;
- Avaliar a necessidade de apoio na gestão da medicação.

III – Materiais e Métodos

3.1 - Tipo de estudo

O presente estudo é de natureza observacional, analítico transversal.

3.2 – Participantes

A população conceptual do estudo foi constituída pelos idosos portugueses, residentes na comunidade, em Portugal continental.

A população-alvo (ou operacional) foram os idosos (pessoas com 65 ou mais anos), portugueses residentes na comunidade, nomeadamente no concelho de Moimenta da Beira, sem sinais de comprometimento cognitivo, a tomar pelo menos um medicamento de forma crónica, que se dirigiram às farmácias de Moimenta da Beira e se mostraram disponíveis para a participação no estudo.

Na Tabela 2 encontra-se uma caracterização geral da população-alvo, de acordo com dados do INE (2020), referentes ao ano de 2019.

Tabela 2

Caracterização Demográfica da População

NUTS	População Residente						Índice de envelhecimento	Índice de longevidade	Índice de dependência de
	Total			65 e mais anos					
	Homens/ Mulheres	Homens	Mulheres	Homens/ Mulheres	Homens	Mulheres			
Portugal	10295909	4859977	5435932	2280424	953343	1327081	163,2	48,6	34,5
Continente	9798859	4623424	5175435	2200970	922316	1278654	165,9	48,8	35,1
Norte	3575338	1687717	1887621	748785	315380	433405	165,8	46,5	31,5
Moimenta da Beira	9736	4641	5095	2438	1025	1413	228,7	55,3	39,1

Fonte: Adaptado de INE (2020)

3.2.1 - Critérios de Seleção

Desta forma, a seleção da amostra efetuou-se de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos:

1 - Critérios de inclusão

- a. Indivíduos com 65 ou mais anos de idade;
- b. Residentes em Portugal continental, no concelho de Moimenta da Beira;
- c. Sem sinais de comprometimento cognitivo;
- d. A tomar pelo menos um medicamento de forma crónica.

2 - Critérios de exclusão

- a. Idosos que se dirijam às farmácias, mas que não sejam residentes no concelho de Moimenta da Beira;
- b. Idosos que embora residentes na comunidade e se desloquem às farmácias, se encontrem em regime de internamento em lares ou regime de assistência em centro de dia, com apoio na preparação da medicação;
- c. Idosos cuja gestão da sua medicação seja completamente efetuada por terceiros;
- d. Idosos que embora tendo preenchido os critérios de inclusão, não demonstrem qualquer disponibilidade para participarem no estudo.

3.3 - Amostragem

Efetuuou-se uma amostragem não probabilística por conveniência (ou por disponibilidade).

O cálculo da amostra foi baseado no número de idosos residentes do concelho de Moimenta da Beira (2438 idosos), com um intervalo de confiança de 95% e margem de erro 8%, correspondendo a 142 utentes.

3.3.1 – Amostra

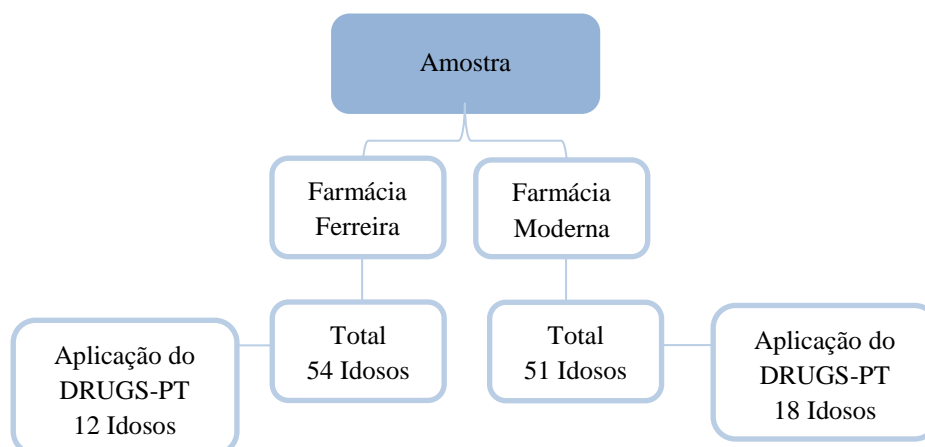
Do plano de amostragem acima descrito obteve-se uma amostra final de:

- 1 - 105 Idosos nas duas farmácias comunitárias (Farmácia Ferreira e Farmácia Moderna)
- 2 - Desses 105 Idosos, 30 seguiram para a aplicação do DRUGS-PT.

A Figura 10, ilustra a constituição da amostra, bem como a sua distribuição por local de recolha de dados e instrumento de avaliação.

Figura 10

Constituição da Amostra, por Local de Recolha de Dados



3.4- Contexto

O estudo foi desenvolvido em dois locais de recolha de dados diferentes, ambos em contexto comunitário, as farmácias comunitárias localizadas em Moimenta da Beira. Foi obtida autorização prévia para a realização do estudo nos locais escolhidos (Anexo 1).

Os convites para participar no estudo foram colocados aos idosos presencialmente, quando estes se encontravam nas farmácias.

3.4.1- Calendarização

A recolha de dados estava prevista durante 4 meses, de janeiro a abril de 2020. No entanto, a recolha de dados decorreu apenas de janeiro a meados de março de 2020.

3.4.2 - Recolha de Dados

A recolha de dados efetuou-se mediante uma entrevista estruturada, com base num questionário construído para o presente estudo e também pela utilização do formulário DRUGS-PT.

O recrutamento dos participantes foi efectuado, nos locais que aceitaram participar no estudo, pela investigadora e também com o apoio dos colaboradores de cada um desses locais.

O processo de recolha de dados foi constituído primeiramente pela aplicação do questionário por entrevista. As entrevistas foram realizadas em gabinete de atendimento privado, sempre que possível, ou em locais mais resguardados, destinados para o efeito, em cada um dos locais disponíveis.

Após a resposta ao questionário os utentes eram convidados a voltar à farmácia, acompanhados dos seus medicamentos, para a participação na fase seguinte do estudo, a aplicação do DRUGS-PT.

Os utentes consentiram de forma livre e esclarecida a participação no presente estudo e a recolha de dados apenas foi feita após o utente ter assinado o termo de Consentimento Informado.

3.5 – Instrumentos

Neste estudo foram utilizados dois instrumentos de recolha de dados:

1 - Questionário de perguntas abertas e fechadas (Apêndice 1), elaborado para o presente estudo, após se constatar a inexistência de formulário que contemplasse todos os objetivos propostos. Foi efetuado um estudo piloto, a fim de testar e averiguar a eficácia do método e aplicabilidade do questionário. O questionário foi aplicado por entrevista.

O questionário é composto por cinco secções:

- I - Caracterização sociodemográfica;
- II - Medicação habitual e conhecimento sobre os medicamentos tomados;
- III – Acesso e Aquisição dos medicamentos;
- IV – Organização e preparação da medicação diária;
- V – Adesão à terapêutica.

2 - *Drug Regimen Unassisted Grading Scale* (DRUGS) (Edelberg et al., 1999), Instrumento adaptado e validado para a população portuguesa (Advinha et al., 2016)

O DRUGS – PT foi desenvolvido para avaliar a capacidade funcional dos idosos para gerir a medicação.

A autorização para utilização do DRUGS-PT foi concedida pela responsável pela sua adaptação e validação para a população portuguesa (Doutora Ana Margarida Advinha) (Anexo 2).

O DRUGS-PT baseia-se no desenvolvimento de quatro tarefas por cada um dos medicamentos presentes no regime terapêutico do idoso:

- 1) Identificação do medicamento;
- 2) Acesso (manuseamento da embalagem para acesso ao medicamento);
- 3) Dose;
- 4) Período do dia (em que deve efetuar a toma do medicamento).

O participante deve ir executando as tarefas mediante solicitação do entrevistador, o qual vai preenchendo o formulário do instrumento de avaliação.

É constituído por dois apêndices:

1 – No Apêndice A (Anexo 3), encontra-se um calendário padrão (ajuda visual), onde o idoso deve indicar as horas das suas refeições e relacioná-las com as horas de toma dos medicamentos.

2 - No apêndice B (Anexo 4), encontra-se a grelha de resposta e pontuação das quatro tarefas acima referidas.

Existem duas opções de classificação: capaz (1 ponto) e incapaz (0 pontos).

A pontuação final pode variar entre 0 – 100%.

A pontuação máxima possível é calculada através do número total de medicamentos multiplicada por quatro (número de tarefas) e a pontuação final será o somatório das pontuações obtidas a dividir pela pontuação máxima possível:

$$\text{Pontuação máxima possível} = \text{Número de medicamentos} \times 4$$

$$\text{Pontuação Final} = \frac{\sum(\text{Capaz}; \text{Incapaz})}{\text{Pontuação máxima possível}} \times 100$$

3.7- Análise Estatística

Na realização do presente estudo recorreremos ao programa informático de análise de dados, o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 25.0. Utilizámos a estatística descritiva, inferencial e correlacional, nomeadamente o cálculo das estatísticas descritivas para a caracterização da amostra e análise dos itens dos instrumentos utilizados (questionário e formulário DRUGS-PT), tendo como objetivo sintetizar e representar de forma compreensível a informação. Uma vez que o tamanho da amostra foi de 105 indivíduos, considerámos aceitável o recurso aos testes paramétricos. Sempre que o pressuposto da normalidade ou tamanho da amostra não permitiram o recurso aos testes paramétricos recorreremos aos seus equivalentes não paramétricos. A testagem das medidas de associação foi efetuada com recurso ao teste do qui-quadrado e ao *odds ratio* (OR). A razão de probabilidades que nos foi dada pelo cálculo do OR foi sempre interpretada tendo em atenção o respetivo intervalo de confiança a 95% (IC95%). Consideramos os resultados estatisticamente significativos ao nível de 5% ($p \leq 0,05$).

3.8- Considerações Éticas

Para a realização deste estudo foi obtido parecer favorável da Direção Técnica da Farmácia Moderna e da Direção Técnica da Farmácia Ferreira de Moimenta da Beira.

Obteve-se o consentimento informado por escrito de todos os participantes (Apêndice 2), aos quais foram explicados o estudo, os seus objetivos e os seus direitos enquanto intervenientes. O consentimento informado foi elaborado em papel autocopiativo, que se destacava após a assinatura do participante e entrevistador, de modo a que ambas as partes pudessem ter em sua posse o documento e as informações nele constantes. Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, sendo usados apenas no presente estudo. A confidencialidade dos dados recolhidos foi garantida através de um sistema de codificação com letras e números, mediante o qual, a cada participante foi atribuído a letra F (Farmácia Ferreira) ou M (Farmácia Moderna) e um número, com base no local de recolha de dados.

IV – Resultados

4.1 - Caracterização Geral da Amostra

A amostra total (N) do estudo foi de 105 idosos. A amostra foi dividida em função dos idosos que recorrem a duas farmácias comunitárias de Moimenta da Beira, a Farmácia Ferreira ($n = 54$) e Farmácia Moderna ($n = 51$). A subamostra do DRUGS-PT, para a avaliação da capacidade funcional de gestão da medicação, foi constituída por 30 idosos (Tabela 3). Todos os idosos residem no concelho de Moimenta da Beira.

Tabela 3

Caracterização da Amostra, Local de Recolha de Dados e Subamostra do DRUGS-PT

Amostra	Total ($N = 105$)		Subamostra DRUGS-PT ($n = 30$)	
	Farmácia Ferreira	Farmácia Moderna	Farmácia Ferreira	Farmácia Moderna
Local de recolha de dados	54	51	12	18
Total	(51,4%)	(48,6%)	(40%)	(60%)

4.1.1 – Caracterização Sociodemográfica e Socioeconómica

O sexo mais prevalente da amostra total do presente estudo é o feminino (61,9%) e a mesma situação se verifica para cada um dos locais de recolha de dados e na subamostra (Tabela 4).

Tabela 4

Caracterização da amostra: Sexo, Local de Recolha de Dados

Sexo	Total		Farmácia Ferreira		Farmácia Moderna		Subamostra DRUGS-PT	
	N	%	n	%	n	%	N	%
Feminino	65	61,9	36	34,3	29	27,6	17	56,7
Masculino	40	38,1	18	17,1	22	21%	13	43,3
Total	105	100,0	54	51,4	51	48,6	30	100

As idades variaram entre os 65 e os 93 anos, com uma média de 74,83 anos ($DP = 6,12$). As mulheres apresentaram uma média de idades de 74,22 ($DP = 6,30$) anos, face aos homens com 75,83 ($DP = 5,73$) anos (Tabela 5).

Tabela 5

Caracterização da Amostra por Idade, Sexo e Subamostra DRUGS-PT

Idade	Amostra Total			Subamostra DRUGS-PT		
	Feminino <i>n</i> = 65	Masculino <i>n</i> = 40	Total <i>N</i> = 105	Feminino <i>n</i> = 17	Masculino <i>n</i> = 13	Total <i>n</i> = 30
Média	74,22	75,83	74,83	73,41	76	74,53
± <i>DP</i>	<i>DP</i> = 6,30	<i>DP</i> = 5,73	<i>DP</i> = 6,12	<i>DP</i> = 6	<i>DP</i> = 5,715	<i>DP</i> = 5,92
Mediana	74	76	75	71	75	74,50
Mínimo	65	65	65	66	67	66
Máximo	93	86	93	86	86	86
Amplitude	28	21	28	20	19	20

Quando efetuada a análise dos entrevistados por classes etárias (por décadas) e sexo, na amostra total (Tabela 6), verificou-se que a maioria das mulheres e dos homens se encontrava entre os 71 e os 80 anos de idade (30 = 28,6% vs. 21 = 20,0%).

Tabela 6

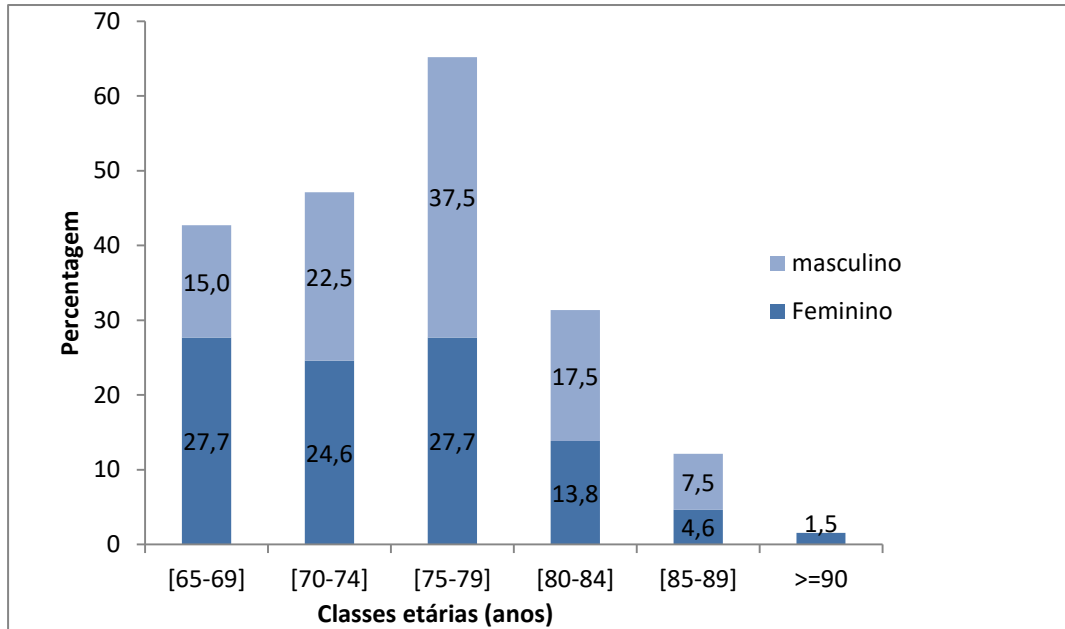
Caracterização da Amostra por Classes Etárias (por décadas) e Sexo

Sexo	Idade por Classes Etárias			Total
	≤70	71 – 80	≥81	
Feminino	23 (21,9%)	30 (28,6%)	12 (11,4%)	65 (61,9%)
Masculino	9 (8,6%)	21 (20,0%)	10 (9,5%)	40 (38,1%)
Total	32 (30,5%)	51 (48,6%)	22 (21,0%)	105 (100,0%)

Quando efetuada a análise da idade por classes etárias, na amostra total (Gráfico 1), verificou-se que 27,7% das mulheres se encontrava entre os 65 e os 69 anos de idade e entre os 75 e os 79 anos de idade. Relativamente aos homens, 37,7% situaram-se entre os 75 e os 79 anos de idade. Apenas no sexo feminino se ultrapassou a idade de 90 anos.

Gráfico 1

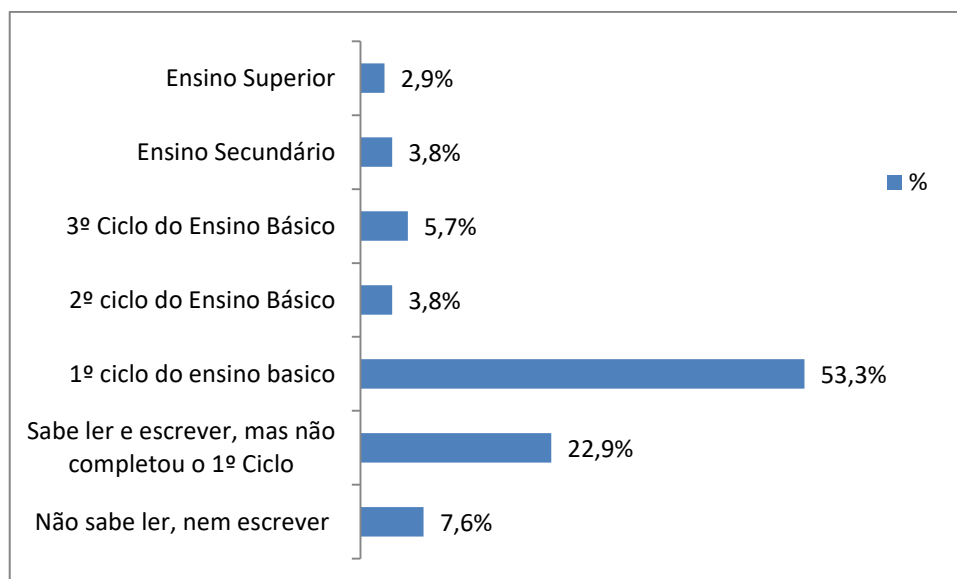
Caracterização da Amostra por Classes Etárias e Sexo



Quanto às habilitações literárias destaca-se que mais de 50% da amostra completou o 1º ciclo do ensino básico ($n = 56$), 22,9% sabe ler e escrever, mas não completou o 1º ciclo de estudos ($n = 24$) e 7,6% não sabe ler nem escrever ($n = 8$) (Gráfico 2).

Gráfico 2

Caracterização da Amostra por HABILITAÇÕES Literárias



Na subamostra DRUGS-PT a maioria dos idosos completou o 1º ciclo de estudos (53,3%), seguindo-se os que sabem ler e escrever, mas não têm o 1º ciclo de estudos (30%). Um dos idosos revelou que não sabia ler nem escrever (3,3%).

Quando questionados acerca do seu agregado familiar, ou seja, à pergunta “Com quem vive?” 62,9% ($n = 66$) dos idosos responderam que moravam apenas com o seu cônjuge, 3,8 % ($n = 2$) disseram que moravam com o seu cônjuge e filhos e 3,8% ($n = 2$) moravam com um filho(a). 31,4% ($n = 33$) dos idosos responderam que moravam sozinhos.

Na subamostra DRUGS-PT a maioria dos idosos continua a morar com o seu cônjuge (60%) e 10 idosos referem que moram sozinhos (33,3%).

No que diz respeito ao rendimento mensal auferido pelos idosos, 30,5% ($n = 32$) refere que recebe entre 300€ e 600€, 23,8% ($n = 25$) dos idosos recebem menos de 300€ e a mesma percentagem refere que o seu rendimento mensal ultrapassa os 600€. Não responderam 23 idosos (21,9%).

Quanto à questão relativa ao gasto mensal com os medicamentos, 22,9% não respondeu ou referiu não saber. Em média, o valor gasto nos medicamentos foi de 43,36 €. O valor de 30 € foi referido 17 vezes e 65,4% da amostra admite gastar menos que a média calculada.

4.1.2 – Medicação

À pergunta “toma medicamentos diariamente?” todos os idosos responderam que sim, sendo que 91,4% ($n = 96$) disseram que todos tinham sido prescritos pelo médico. Ainda assim, 7,6% respondeu que apenas alguns foram prescritos pelo médico e um idoso referiu tomar medicamentos sem terem sido prescritos.

Relativamente ao conhecimento da medicação 39% dos idosos ($n = 41$) consegue identificar a razão da toma da medicação. Adicionalmente, 34,3% ($n = 36$) conhece a razão da toma da medicação prescrita e sabem evocar correctamente o nome dos medicamentos. No entanto, 21% dos participantes ($n = 22$) apenas sabe qual a função de alguns medicamentos e 6 idosos não têm qualquer noção da indicação dos medicamentos que tomam. Quando analisado o conhecimento da medicação por parte dos idosos de acordo

com as habilitações literárias (Tabela 7) e com a idade em classes (Tabela 8) verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($r = 0,358$; $p < 0,001$; $\chi^2 = 15,29$; $gl = 6$; $p = 0,02$).

Tabela 7

Conhecimento da Medicação e Habilidades Literárias

Conhecimento da medicação	Habilidades Literárias						Total	
	Não Sabe ler, nem Escrever	Sabe Ler e Escrever, mas não completou o 1.º Ciclo de Estudos	1.º Ciclo do Ensino Básico	2.º Ciclo do Ensino Básico	3.º Ciclo do Ensino Básico	Ensino Secundário		Ensino Superior
Não sabe	2	2	2	0	0	0	0	6
Apenas sabe para que toma alguns medicamentos	1	5	14	2	0	0	0	22
Sabe para que toma todos os medicamentos	5	14	18	2	1	1	0	41
Sabe para que toma os medicamentos e conhece-os pelos nomes	0	3	22	0	5	3	3	36
Total	8	24	56	4	6	4	3	105

Tabela 8

Associação Entre as Variáveis Conhecimento da Medicação e Idade em Classes

Conhecimento da medicação	Idade em classes			Total
	≤ 70	71 - 80	≥ 81	
Não sabe	0	4	2	6
Apenas sabe para que toma alguns medicamentos	4	10	8	22
Sabe para que toma todos os medicamentos	12	18	11	41
Sabe para que toma e conhece os medicamentos pelos nomes	16	19	1	36
Total	32	51	22	105

$\chi^2 = 15,29$; $gl = 6$; $p = 0,02$

A aquisição dos medicamentos é feita quase sempre pelo próprio idoso na farmácia (95,2%). Apenas 5 idosos referem que por vezes pedem apoio a terceiros para a compra dos medicamentos.

A prescrição dos medicamentos é feita maioritariamente aquando da consulta com um médico, sendo que 53,3% refere que é apenas feita na consulta com o médico de família. No entanto, 19% dos idosos refere que obtém as suas receitas na consulta com o médico, mas por vezes deixam parte das caixas dos medicamentos na secretaria do Centro de Saúde, voltando dias depois para recolher a respectiva receita. Para 7,6% dos idosos a receita dos seus medicamentos resulta apenas do facto de deixarem parte das caixas dos medicamentos na secretaria do Centro de Saúde não sendo consultados.

À questão “Quando precisa de receita para os seus medicamentos considera que fazê-lo é:” 4,8% dos respondentes consideram que é muito fácil, 75,2 % fácil, 5,7% nem fácil, nem difícil e 12,4% considerou difícil. Apenas um idoso referiu que era muito difícil.

No que respeita à satisfação, informação e esclarecimentos dos idosos relativamente ao serviço prestado pelas farmácias verificou-se, na generalidade, bons resultados, o que denota que estes se sentem satisfeitos com a prestação dos serviços.

4.1.3 – Estado de Saúde e Acesso a Cuidados de Saúde

A informação que segue na tabela abaixo diz respeito à classificação das doenças organizadas de acordo com a classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados com a saúde (CID-10), com base no autorrelato dos idosos sobre as suas patologias. Dadas a multiplicidade de informações sobre os diagnósticos autorrelatados, considerámos mais rigoroso agrupar estes dados de acordo com a referida classificação, não obstante de poder não corresponder ao diagnóstico real. Contudo, sendo um dos objetivos desta investigação averiguar o conhecimento por parte dos idosos na utilização dos medicamentos considerámos relevante solicitar um autorrelato da sua condição clínica.

De acordo com o autorrelato dos idosos, relativamente ao número de doenças diagnosticadas pelo seu médico, classificadas de acordo a CID-10, este variou entre uma a três doenças ($M = 1,48$; $DP = 0,77$). Dos idosos inquiridos 44,8% ($n = 47$) referiram ter uma doença diagnosticada pelo médico, 37,1% ($n = 39$) disseram que tinham duas doenças e 9,5% ($n = 10$) afirmaram que lhes tinham sido diagnosticadas três doenças. Apenas 9 idosos reportaram não ter qualquer doença diagnosticada.

A Tabela 9 mostra a distribuição das doenças diagnosticadas, de acordo com a classificação CID-10. Entre as que mais se destacaram na amostra estudada encontram-se

em primeiro lugar, as doenças do aparelho circulatório (50,5%), em segundo lugar as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (45,7%), seguida das doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo (17,2%) e empatadas em quarto lugar, as doenças do sistema nervoso, as doenças do aparelho respiratório e do geniturinário, cada uma com 8,6%.

Tabela 9

Caracterização da Amostra por Autorrelato das Doenças Diagnosticadas Classificadas Segundo CID-10

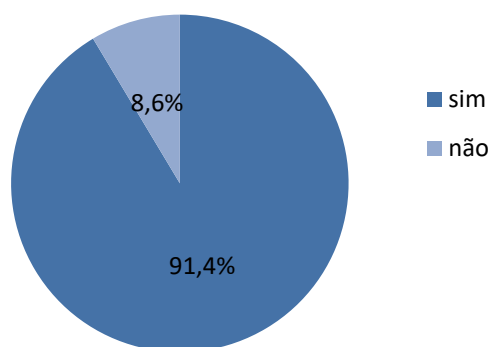
Classificação das doenças diagnosticadas	1 doença diagnosticada		2 doenças diagnosticadas		3 doenças diagnosticadas		Total	
	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	%
	Neoplasias (C00-D48)	1	1,0	1	1,0	0	0	2
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos e algumas alterações do sistema imunitário (D50-D89)	1	1,0	0	0	0	0	1	1
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (E00-E90)	35	33,3	11	10,5	2	1,9	48	45,7
Doenças do sistema nervoso (G00-G99)	3	2,9	4	3,8	2	1,9	9	8,6
Doenças do olho e anexos (H00-H59)	0	0	1	1,0	0	0	1	1
Doenças do ouvido e da apófise mastóidea (H60-H95)	1	1,0	4	3,8	0	0	5	4,8
Doenças do aparelho circulatório (I00-I99)	34	32,4	17	16,2	2	1,9	53	50,5
Doenças do aparelho respiratório (J00-J99)	7	6,7	2	1,9	0	0	9	8,6
Doenças do aparelho digestivo (K00-K93)	0	0	1	1	0	0	1	1
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo (L00-L99)	1	1,0	0	0	0	0	1	1
Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo (M00-M99)	9	8,6	5	4,8	4	3,8	18	17,2
Doenças do aparelho geniturinário (N00-N99)	4	3,8	5	4,8	0	0	0	8,6
Total	96	91,4	51	48,6	10	9,5		
Não reportada	9	8,6	54	51,4	95	90,5		
Total	105	100	105	100	105	100		

Aquando da aplicação do questionário aos idosos, procurou-se saber dados relativos à saúde dos participantes no último ano e como eram seguidos atualmente. Foram feitas questões com objetivo de abordar a facilidades e/ou dificuldades dos doentes, relacionadas com o acesso aos cuidados de saúde.

Dos 105 idosos participantes no estudo 91,4% ($n = 96$) referiram ter médico de família (Gráfico 3). No entanto, 9 idosos ainda reportaram não ter médico de família e sempre que necessário recorriam às consultas de reforço no Centro de Saúde.

Gráfico 3

Caracterização da Amostra, Médico de Família



Relativamente às consultas médicas, a maioria dos idosos 57,1% ($n = 60$) referiu localizarem-se no Centro de Saúde, 18,1% no Centro de Saúde e Hospital e 14,3% no Centro de Saúde e Consultório Privado.

Na abordagem aos episódios recentes de saúde, foram colocadas questões aos idosos sobre idas a consultas com médico de família, médicos especialistas, idas às urgências, internamento hospitalar e alterações na medicação habitual, ocorridos no último ano.

De acordo com o referenciado pelos idosos, no último ano, 90,5% tiveram consulta com o médico de família, em que 77% referiram ter tido duas ou mais consultas. O número médio de consultas foi de 2,3 ($DP = 1,41$).

Quando questionados sobre a ida a consulta com médico especialista, 60% ($n = 63$) afirmaram ter recorrido a consulta com um médico especialista, sendo Cardiologia e Oftalmologia as especialidades com maior recorrência, ambas com 13,3% das respostas, seguidas por Otorrinolaringologia e Urologia, ambas com 4,8%.

A ida à urgência básica ou hospitalar foi referida afirmativamente por 41% dos idosos ($n = 43$) e o motivo mais relevante mencionado foi “gripe” (23,3%). Apenas 13 idosos estiveram internados no ano anterior (12,4%).

No último ano, 25,7% dos idosos referiram ter alterações na sua medicação habitual e apenas dois idosos não deram conhecimento dessa alteração ao médico de família.

4.1.4 – Dificuldades na aquisição, organização e preparação da medicação diária

No que se refere às dificuldades sentidas pelos idosos relativamente à aquisição dos seus fármacos, 32,4% ($n = 34$) assumem algumas dificuldades. Entre as principais dificuldades destaca-se a falta de dinheiro para a compra de medicamentos ($n = 25$), seguida da dificuldade das deslocações até à farmácia, referida por 4 idosos. A referência a medicamentos esgotados, não estando disponíveis na farmácia, foi referida por 3 idosos. Quando analisada a eventual associação entre as variáveis do estudo, nomeadamente a dificuldade na aquisição dos medicamentos de acordo com a idade (Tabela 10), o sexo (Tabela 11) e viver sozinho ou acompanhado (Tabela 12) não foram observadas diferenças estatisticamente significativas

Tabela 10

Comparação das Médias da Idade em Função dos Grupos Com e Sem Dificuldades na Aquisição dos Medicamentos

Dificuldade na aquisição dos medicamentos		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
Idade	Sim	34	75,41	7,31	1,25
	Não	71	74,55	5,48	0,65

$t = 0,675$; $gl = 103$; $p = 0,501$

Tabela 11

Associação Entre as Variáveis Dificuldade na Aquisição dos Medicamentos e Sexo

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Dificuldade na aquisição dos medicamentos	Sim	24	10	34
	Não	41	30	71
Total		65	40	105

$\chi^2 = 1,60; \text{gl} = 1; p = 0,205$

Tabela 12

Associação Entre as Variáveis Dificuldade na Aquisição dos Medicamentos e Com Quem Vive

		Com quem vive		Total
		Sozinho	Acompanhado	
Dificuldade na aquisição dos medicamentos	Sim	13	21	34
	Não	20	51	71
Total		33	72	105

$\chi^2 = 1,08; \text{gl} = 1; p = 0,298$

Já no que diz respeito às dificuldades sentidas na toma da medicação diária, 21 idosos (20%) admitem dificuldades e problemas na toma da sua medicação. De salientar a dificuldade de identificar os medicamentos (9,5%), a par com o saber o horário da toma (9,5%), seguido da dificuldade de utilização de alguns fármacos, como o caso de inaladores e insulinas. Procedeu-se então a uma análise mais detalhada, analisando a potencial influência que o sexo (Tabela 13), a idade (Tabela 14) e viver sozinho ou acompanhado (Tabela 15) representam nas dificuldades da toma da medicação diária. Apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo ($p = 0,012$), o que indica que a dificuldade na toma diária dos medicamentos está associada ao sexo, sendo superior no sexo feminino (OR = 4,72; IC_{95%} = 1,29 a 17,26).

Tabela 13

Associação Entre as Variáveis Dificuldade a Tomar a Medicação Diária e Sexo

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Sente dificuldade a tomar a sua medicação diária	Sim	18	3	21
	Não	47	37	84
Total		65	40	105

$\chi^2 = 6,31; gl = 1; p = 0,012$

Tabela 14

Associação Entre Dificuldade em Tomar a Medicação Diária e Idade em Classes

		Idade em classes						Total
		[65-69]	[70-74]	[75-79]	[80-84]	[85-89]	>=90	
Sente dificuldade a tomar a sua medicação diária	Sim	3	4	8	5	1	0	21
	Não	21	21	25	11	5	1	84
Total		24	25	33	16	6	1	105

$\chi^2 = 3,02; gl = 5; p = 0,697$

Tabela 15

Associação Entre as Variáveis Dificuldade em Tomar a Medicação Diária e Com Quem Vive

		Com quem vive		Total
		Sozinho	Acompanhado	
Sente dificuldade a tomar a sua medicação diária	Sim	10	11	21
	Não	23	61	84
Total		33	72	105

$\chi^2 = 3,19; gl = 1; p = 0,07$

A maioria dos idosos toma os seus medicamentos de forma autónoma (94,3%) e são apenas 6, aqueles que assumem necessitar de ajuda, sendo prestada maioritariamente pelo cônjuge.

A preparação da medicação antecipadamente, quer em caixa diária, quer em caixa semanal, é feita por 16 idosos (15,2%), em que apenas 5 desses idosos fazem esta tarefa sozinhos.

Quando questionados sobre como reconhecem os seus medicamentos, a maioria (74,3%) referiu conhece-los pela caixa. Ainda assim, 42,9% assume conhecer os seus medicamentos pelo nome. A identificação dos fármacos pela cor e forma dos comprimidos é mencionada por 8 e 5 idosos, respetivamente.

Os idosos foram questionados também sobre o local da casa onde guardam os seus medicamentos. Os medicamentos são guardados em diversas divisões da casa, como sejam a cozinha (59%), a sala (16,2%), o quarto (13,3%), a casa-de-banho (2,9%), a despensa (2,9%) e o escritório (2,9%). Apenas 3 idosos referiram guardar em vários locais, consoante o horário da toma, como o quarto, sala e cozinha.

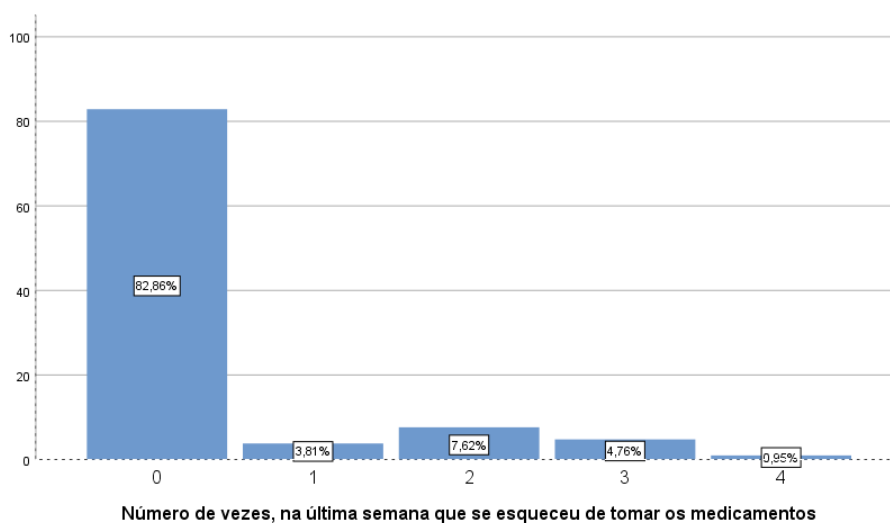
Sobre a necessidade de ter alguém para ajudar na preparação e toma diária 87,6% dos idosos garantem que ainda se sentem capazes e 12,4% admitem que seria bom ter algum tipo de ajuda.

4.1.5– Adesão à terapêutica

Por uma questão de facilidade de resposta a nível temporal, foi perguntado aos idosos se na última semana se tinham esquecido de tomar a sua medicação e quantas vezes. A resposta foi na sua grande maioria não. Dos 105 idosos inquiridos, 89 responderam que não se tinham esquecido de nenhuma toma (82,9%) (Gráfico 4).

Gráfico 4

Esquecimento da Toma da Medicação Durante a Última Semana



Na sua larga maioria (81%), os idosos referem que não existe nenhuma associação entre o período do dia e o esquecimento da toma da medicação. No entanto, 8,6% mencionam que se esquecem mais de tomar os seus medicamentos ao almoço, 5,7% ao pequeno-almoço, 1,9% ao jantar e 1% em jejum, lanche e deitar. De referir que apenas 20% dos idosos admite utilizar estratégias contra o esquecimento, sendo elas a utilização de caixas de medicação e ter sempre os medicamentos bem visíveis. No entanto, não foram observadas diferenças significativas entre a utilização de estratégias contra o esquecimento e o número de vezes que os idosos se esqueceram de tomar medicação na última semana ($p = 0,476$) (Tabela 16).

Tabela 16

Comparação das Médias do Número de Vezes de Esquecimento da Toma da Medicação em Função da Utilização ou Não de Estratégias Contra o Esquecimento

	Utiliza alguma estratégia contra o esquecimento		N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
	Sim	Não				
Número de vezes que se esqueceu de tomar os medicamentos na última semana	20	85	20	0,50	0,95	0,21
			85	0,34	0,88	0,09

$t = 0,716$; gl = 103; $p = 0,476$

De acordo com a análise efectuada, 55,2% da amostra em estudo assume ter deixado de tomar os seus medicamentos ou tomar de forma diferente da inicialmente prescrita pelo médico, indicando os seguintes motivos: efeitos adversos sentidos (21%), interfere com a rotina (9,5%), sentiu-se melhor e deixou de tomar o medicamento (9,5%), deixou acabar os medicamentos (9,5%), toma muitos medicamentos (7,6%), sente que o medicamento não provoca melhoras (4,8%), preço elevado dos medicamentos (2,9%). Foi ainda referida a dificuldade em engolir, o sabor desagradável dos medicamentos, esquecimento e as caixas dos diversos medicamentos terem quantidades diferentes. Deixar de tomar a medicação ou tomar de forma diferente ao prescrito não está associada de forma significativa com o sexo ($\chi^2 = 1,56$; gl = 1; $p = 0,21$), (Tabela 17), à idade ($t = -0,610$; gl = 103; $p = 0,543$), (Tabela 18), nem à existência de dificuldades no conhecimento e identificação dos seus medicamentos ($\chi^2 = 0,10$; gl = 1; $p = 0,750$), (Tabela 19).

Tabela 17

Associação Entre as Variáveis Sexo e Deixar de Tomar ou Tomar de Forma Diferente os Medicamentos

		Aconteceu deixar de tomar ou tomar de forma diferente os medicamentos		
		Sim	Não	Total
Sexo	Feminino	39	26	65
	Masculino	19	21	84
Total		58	47	105

$\chi^2 = 1,56$; gl = 1; $p = 0,21$

Tabela 18

Comparação das Médias da Idade em Função Deixar de Tomar ou Tomar de Forma Diferente os Medicamentos

Idade	Deixar de tomar ou tomar de forma diferente os medicamentos	N	Média	Desvio padrão	Erro padrão da média
	Não	47	75,23	6,90	1,00

$t = -0,610$; gl = 103; $p = 0,543$

Tabela 19

Associação Entre as Dificuldades no Conhecimento e Identificação da Medicação e Deixar de Tomar ou Tomar de Forma Diferente os Medicamentos

		Aconteceu deixar de tomar ou tomar de forma diferente os medicamentos		
		Sim	Não	Total
Dificuldades em conhecer e identificar os medicamentos	Sim	6	4	10
	Não	52	43	95
Total		58	47	105

$\chi^2 = 0,10$; gl = 1; $p = 0,750$

4.2 - Caracterização da Capacidade Funcional dos Idosos na Gestão da Medicação

O DRUGS-PT foi aplicado a uma amostra de 30 indivíduos, em duas farmácias do concelho de Moimenta da Beira. A avaliação baseou-se no desenvolvimento de quatro tarefas por cada um dos medicamentos presentes no regime real do idoso:

- 1) Identificação do medicamento;
- 2) Acesso (manuseamento da embalagem para acesso ao medicamento);
- 3) Dose;
- 4) Período do dia (em que deve efetuar a toma do medicamento).

A pontuação média do DRUGS-PT obtida foi de 93,90 ($DP = 9,71$), pontuação mínima de 62,50 e a máxima de 100.

Ao serem analisadas as pontuações em cada uma das tarefas verifica-se que as pontuações mais baixas correspondem à identificação dos medicamentos (Tabela 20). De salientar, que os idosos sabem para que tomam, pelo menos, alguns medicamentos, pois todos pontuaram nesta tarefa, isto é, não houve nenhum idoso que não soubesse identificar pelo menos um medicamento. Em relação às restantes tarefas observa-se valores mais elevados comparativamente à pontuação da identificação.

Tabela 20

Estatística Descritiva das Pontuações do DRUGS-PT pelo Total e por Tarefas

	Pontuação Total em %	Pontuação da Identificação	Pontuação do Acesso	Pontuação da Dose	Pontuação do Período do dia
N	30	30	30	30	30
Média	93,90	4,93	6,27	6,20	6,13
Mediana	100	4	6	6	6
Desvio padrão	9,71	2,52	2,98	2,99	2,95
Variância	94,34	6,34	8,89	8,92	8,67
Z - Score assimetria	- 4,04	1,27	1,20	1,34	1,47
Z - Score curtose	3,23	- 0,50	0,23	0,28	0,51
Amplitude	37,50	10	13	13	13
Mínimo	62,50	1	1	1	1
Máximo	100	11	14	14	14
Percentis	25	87,50	3	4	4
	50	100	4	6	6
	75	100	7	8	8

4.2.1 - Pontuação total do DRUGS-PT de acordo com o local de recolha de dados

Na Tabela 21 encontra-se a descrição da pontuação total do DRUGS-PT de acordo com o local de recolha de dados. Em média, as pontuações obtidas na Farmácia Moderna são mais elevadas comparativamente com as da Farmácia Ferreira, no entanto, essas diferenças não foram estatisticamente significativas ($U = 70,5; p = 0,073$).

Tabela 21

Distribuição da Pontuação Total por Local de Recolha de Dados

		Amostra Total	Farmácia Ferreira	Farmácia Moderna
		Pontuação Total em %	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %
N		30	12	18
Média		93,90	89,48	96,85
Mediana		100	95,43	100
Desvio padrão		9,71	12,88	5,52
Amplitude		37,50	37,50	14,29
Mínimo		62,50	62,50	85,71
Máximo		100	100	100
Percentis	25	87,50	77,77	93,13
	50	100	95,43	100
	75	100	100	100
$U = 70,5; p = 0,073$				

4.2.2 - Pontuação total do DRUGS-PT de acordo com as características sociodemográficas

A tabela seguinte (Tabela 22) apresenta a pontuação total do DRUGS-PT por sexo. No que se refere à pontuação do DRUGS-PT de acordo com o sexo verificou-se que embora o sexo masculino apresentasse pontuações mais altas, não foram encontradas diferenças significativas na distribuição da pontuação total ($U = 89,5; p = 0,321$).

Tabela 22

Pontuação Total do DRUGS-PT por Sexo

	Amostra Total	Feminino	Masculino
	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %
N	30	12	18
Média	93,90	92,25	96,04
Mediana	100	95,43	100
Desvio padrão	9,71	11,28	7,03
Amplitude	37,50	37,50	21,43
Mínimo	62,50	62,50	78,57
Máximo	100	100	100
Percentis	25	87,50	86,60
	50	100	100
	75	100	100

$U = 89,5; p = 0,321$

Relativamente à distribuição do DRUGS-PT de acordo com a idade (Tabela 23), observou-se que a pontuação média é inferior nas classes etárias mais altas, exceção para a classe dos 85 aos 89 anos. Observou-se também que as pontuações mais altas se verificaram em idades mais baixas. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na distribuição da pontuação total do DRUGS-PT entre as classes etárias ($H = 4,83; gl = 4; p = 0,30$).

Tabela 23

Distribuição da Pontuação Total por Classes Etárias

	Amostra	Idade				
		[65-69]	[70-74]	[75-79]	[80-84]	[85-89]
	Total n = 30	n = 7	n = 8	n = 9	n = 4	n = 2
	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %
Média	93,90	98,21	96,65	90,37	88,39	94,64
Mediana	100	100	100	95	89,29	-
Desvio padrão	9,71	4,72	6,22	12,77	13,48	7,58
Amplitude	37,50	12,50	14,29	37,5	25	10,71
Mínimo	62,50	87,50	85,71	62,5	75	89,29
Máximo	100	100	100	100	100	100

Identificação das Dificuldades no Acesso e Utilização dos Medicamentos pelos Idosos

Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra

Percentis	25	87,50	100	90,62	82,50	75,89	89,29
	50	100	100	100	95	89,29	-
	75	100	100	100	100	100	-
$H = 4,83; gl = 4; p = 0,30$							

No que respeita à análise de acordo com as habilitações literárias (tabela 24) não se observou qualquer relação com a pontuação total, o que indicou que as habilitações literárias não têm qualquer influência na capacidade para gerir os medicamentos. Numa primeira análise pode observar-se alguma variação nas pontuações médias do DRUGS-PT à medida que as habilitações literárias aumentaram. Essa variação não aconteceu de forma gradual, uma vez que, por exemplo, do primeiro para o segundo grupo pareceu existir uma diminuição da capacidade de gestão da medicação, assim como do terceiro para o quarto, possivelmente explicada pelo baixo número de idosos nesses grupos. Verificou-se um aumento ligeiro da pontuação total entre o grupo saber ler e escrever e ter completado o 1º ciclo do ensino básico. Ao analisar a distribuição da pontuação total do DRUGS-PT com as habilitações literárias verificou-se que não existiam diferenças estatisticamente significativas ($H = 4,652; gl = 4; p = 0,33$).

Tabela 24

Distribuição da Pontuação Total por Habilitações Literárias

Amostra	Habilitações Literárias					
	Não Sabe Ler e Escrever	Sabe Ler e Escrever	1º Ciclo do Ensino Básico	2º Ciclo do Ensino Básico	3º Ciclo do Ensino Básico	
	n = 1	n = 9	n = 16	n = 2	n = 2	
Total	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Pontuação	Pontuação	
Total em %	Total em %	Total em %	Total em %	Total em %	Total em %	
Média	93,90	100	93,63	93,71	87,50	100
Mediana	100	100	96,43	100	87,50	100
Desvio padrão	9,71	-	8,47	11,45	-	-
Amplitude	37,50	12,50	14,29	37,5	25	10,71
Mínimo	62,50	87,50	85,71	62,5	75	89,29
Máximo	100	100	100	100	100	100
Percentis	25	87,50	100	88,39	88,04	87,50
	50	100	100	96,43	100	87,50
	75	100	100	100	100	87,50
$H = 4,652; gl = 4; p = 0,33$						

Relativamente à distribuição do DRUGS-PT de acordo com a composição do agregado familiar (Tabela 25), observou-se que a pontuação média é mais alta nos idosos que moram acompanhados, seja pelo seu cônjuge, seja pelos filhos, do que os idosos que moram sozinhos. No entanto e apesar das diferenças, essas não são estatisticamente significativas ($U = 93$; $p = 0,73$).

Tabela 25

Distribuição da Pontuação Total pela Composição do Agregado Familiar

	Amostra Total	Vive sozinho	Vive acompanhado
	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %	Pontuação Total em %
N	30	10	20
Média	93,90	91,43	95,13
Mediana	100	100	100
Desvio padrão	9,71	13,20	7,53
Amplitude	37,50	37,50	22,50
Mínimo	62,50	62,50	77,50
Máximo	100	100	100
Percentis	25	87,50	84,38
	50	100	100
	75	100	100

$U = 93$; $p = 0,73$

4.2.3 - Pontuação total do DRUGS-PT de acordo com o perfil terapêutico

Apenas na subamostra DRUGS-PT foi possível saber todos os fármacos que os idosos tomavam. Desta forma, fez-se a caracterização do perfil farmacoterapêutico nesta amostra.

4.2.3.1 – Caracterização do Perfil Farmacoterapêutico

No total de idosos incluídos na subamostra do DRUGS-PT ($n = 30$), todos tomavam pelo menos um medicamento. Observou-se um consumo médio de 6,37 ($DP = 3,01$) medicamentos por dia. O número máximo de medicamentos tomados pelos idosos foi de 14.

Nas tabelas seguintes (Tabela 26 e Tabela 27) encontram-se a distribuição do consumo diário de medicamentos de acordo com o sexo e com a idade. Apesar de, em média, as mulheres tomarem mais medicamentos em comparação com os homens, essa diferença não se revelou estatisticamente significativa ($U = 83$; $p = 0,247$). O mesmo se verificou para as classes etárias ($H = 5,73$; $gl = 4$; $p = 0,22$).

Tabela 26

Consumo Diário de Medicamentos por Sexo

	Sexo		
	Amostra total	Feminino	Masculino
N	30	17	13
Média	6,37	6,94	5,62
Mediana	6	7	5
Desvio padrão	3,01	3,01	2,96
Amplitude	13	12	11
Mínimo	1	2	1
Máximo	14	14	12
Percentis	25	4	5,5
	50	6	7
	75	8	8,5
$U = 83$; $p = 0,247$			

Tabela 27

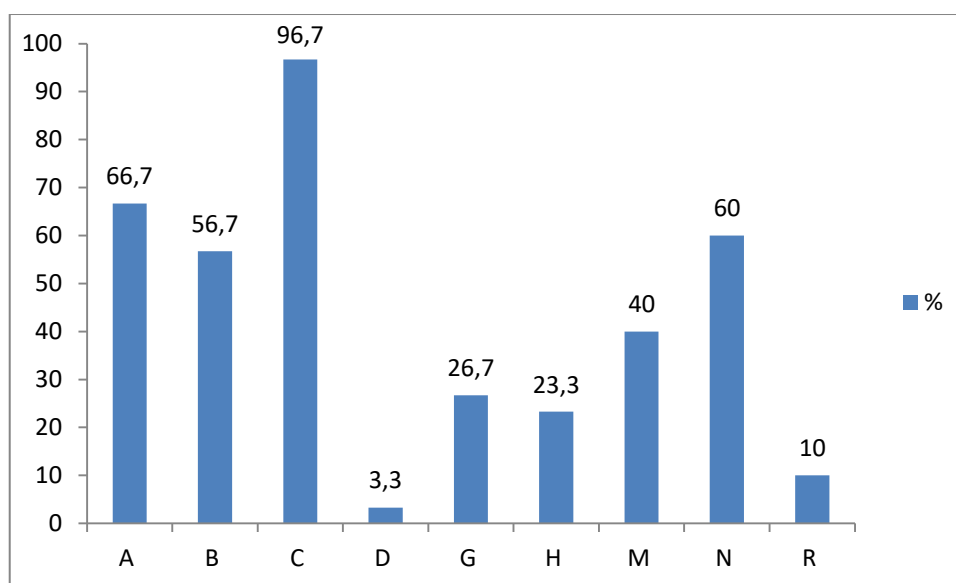
Consumo Diário de Medicamentos por Classes Etárias

	Amostra Total $n= 30$	Idade				
		[65-69] n = 7	[70-74] n = 8	[75-79] n = 9	[80-84] n = 4	[85-89] n = 2
Média	6,37	7,86	4,25	7,22	6	6,5
Mediana	6	8	3,5	7	6,5	-
Desvio padrão	3,01	3,72	2,49	2,99	1,41	0,71
Amplitude	13	11		9	3	1
Mínimo	1	3	1	3	4	6
Máximo	14	14	8	12	7	7
Percentis	25	4	5	2,25	4,5	6
	50	6	8	3,50	7	6,5
	75	8	11	6,75	9,5	7
$H = 5,73$; $gl = 4$; $p = 0,22$						

Através da análise descritiva da farmacoterapia foi possível ainda verificar quais os principais grupos anatómicos dos medicamentos consumidos pelos idosos. Assim, 96,6% dos idosos tomam medicamentos para o sistema cardiovascular, 66,7 % para o tracto gastrointestinal e metabolismo, 60 % para o sistema nervoso, 56,7% para o sangue e órgãos hematopoiéticos e 40% para o sistema musculo-esquelético (Gráfico 5).

Gráfico 5

Consumo Diário de Medicamentos Pelos Principais Grupos Anatómicos (ATC)



Legenda: A - Tracto gastrintestinal e metabolismo; B - Sangue e órgãos hematopoiéticos; C - Sistema cardiovascular; D - Fármacos usados em dermatologia; G - Sistema genito-urinário e hormonas sexuais; H - Fármacos hormonais sistémicos, com exclusão das hormonas sexuais e insulinas; M - Sistema musculo-esquelético; N - Sistema nervoso; R - Aparelho respiratório.

Relativamente ao conhecimento revelado pelos idosos sobre indicação terapêutica dos seus medicamentos, verificou-se que 56,7% dos idosos sabem para que tomam os medicamentos, sendo que 26,7% dos idosos identificou os seus medicamentos pelo nome. 43,3% apenas soube identificar qual a indicação terapêutica de alguns dos seus medicamentos.

A Tabela 28 apresenta a distribuição da pontuação total do DRUGS-PT de acordo com o consumo diário de medicamentos. Observou-se que a pontuação média decresceu gradualmente, à medida que o consumo de medicamentos diários aumentou. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,014$) na pontuação total do DRUGS-PT

entre o consumo de medicamentos diários, o que indicou a associação entre o número de medicamentos consumidos diariamente e a capacidade para gerir os medicamentos.

Tabela 28

Distribuição da Pontuação Total do DRUGS-PT de Acordo Com o Consumo Diário de Medicamentos

	Amostra Total	Consumo Diário de Medicamentos		
	Pontuação Total n = 30	[1-4] n = 9	[5-9] n = 17	[10-14] n = 4
Média	93,90	100	92,03	88,13
Mediana	100	100	96,43	87,5
Desvio padrão	9,71	0	11,05	9,21
Amplitude	37,50	37,50	14,29	
Mínimo	62,50	100	62,5	77,5
Máximo	100	100	100	100
Percentis	25	87,50	100	86,61
	50	100	100	96,43
	75	100	100	100
$H = 70,5; gl = 2; p = 0,014$				

V- Discussão

A caracterização da amostra por sexo manifestou-se maioritariamente feminina (61,9%) o que vai ao encontro da população residente no concelho de Moimenta da Beira, isto é, mais mulheres do que homens (INE, 2020). Em termos etários, o sexo masculino apresenta uma média superior ($M = 75,83$; $DP = 5,73$) quando comparado com o sexo feminino ($M = 74,22$; $DP = 6,30$), no entanto foram as mulheres cujo valor máximo da idade foi de 93 anos e nos homens o valor máximo da idade foi de 86. O padrão de alto índice longevidade neste concelho está representado na amostra que constituiu este estudo (INE, 2020).

Quanto às habilitações literárias destaca-se que a maioria da amostra completou, no máximo, o 1º ciclo do ensino básico, como observado nos dados divulgados pelo INE (2020).

Segundo informação da GNR, em 2015, Viseu foi o distrito com mais idosos a viverem sozinhos e/ou isolados, sendo que, na distribuição por concelhos, Moimenta da Beira contabiliza o maior número de idosos referenciados a viverem sozinhos, num total de 417. Na amostra 31,4% ($n = 33$) dos idosos moravam sozinhos (Sol, 2015).

Relativamente à caracterização socioeconómica da amostra, verificou-se que 54,3% dos idosos auferem de um rendimento mensal inferior a 600 €. De acordo com estes resultados podemos corroborar a informação da notícia recente que refere que mais de 1,4 milhões de pensionistas (cerca de 70%) receberam em 2019 um valor abaixo do salário mínimo nacional (Executive Digest, 2020).

Quando analisado o conhecimento da medicação por parte dos idosos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas de acordo com as habilitações literárias. Kripalini et al. (2006) concluíram que idosos com habilitações literárias baixas têm menos capacidade de identificar os seus medicamentos. A associação entre o conhecimento da medicação e a idade em classes também foi estatisticamente significativa como era esperado, devido às debilidades próprias do avançar da idade, as capacidades cognitivas podem ficar mais comprometidas. Um outro estudo revelou que idosos que tomam cinco ou mais medicamentos demonstram pouco conhecimento sobre as indicações dos seus medicamentos, apenas 15% dos idosos conheciam corretamente a indicação de todos os medicamentos prescritos. O pouco conhecimento estava associado, especialmente aqueles

que tomam elevado número de medicamentos, idosos com 80 anos ou mais, que viviam sozinhos e sexo masculino (Bosch-Lenders et al., 2016).

No que se refere ao reconhecimento dos seus medicamentos, a maioria dos idosos (74,3%) referiu conhece-los pela respectiva caixa. Com esta realidade, torna-se essencial considerar a importância de não estar sempre a mudar de laboratório, para que os idosos não fiquem confusos e com dúvidas, e ir sempre à mesma farmácia, o que facilitará o atendimento, pois têm um conhecimento privilegiado da medicação habitual que fica registada no sistema informático. No estudo de Sorensen et al. (2005) foram identificados como factores de risco para baixos resultados em saúde a confusão entre nomes genéricos e marca, a duplicação terapêutica e a existência de vários prescritores. Ir sempre à mesma farmácia pode tornar-se vantajoso, pelo facto de se criar uma relação próxima, uma vez que a farmácia conhece muito bem os seus utentes, trato-os pelo nome e muitas vezes é na farmácia que se conseguem detetar problemas relacionados com os medicamentos. Não se pode ignorar a importância que os profissionais das farmácias detêm no aconselhamento e apoio ao idoso.

No que se refere às doenças diagnosticadas na amostra e classificadas de acordo com a CID-10, observou-se que as mais prevalentes eram as doenças do aparelho circulatório (50,5%), as doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (45,7%), as doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo (17,2%) e as doenças do sistema nervoso, do aparelho respiratório e do geniturinário (8,6%). Segundo os resultados publicados pelo IHME (2019), a partir dos 70 anos, as doenças do aparelho cardiovascular, a diabetes, as doenças ósseas e musculares, assim como a depressão, a ansiedade e a demência são as principais responsáveis pelos anos de vida ajustados por incapacidade (DALY).

Em Portugal existem 953 mil utentes sem médico de família atribuído (Guedes, 2020). Neste estudo 9 idosos reportaram não ter médico de família, o que para um meio pequeno e com uma população envelhecida merece alguma atenção.

Quando analisadas as dificuldades sentidas pelos idosos na aquisição dos medicamentos, a mais referida foi ter dinheiro para comprar os medicamentos. Também nos estudos de Marques (2017) e Fernandes (2017) foi mencionada essa dificuldade, no entanto, não foram identificadas diferenças significativas. No que diz respeito às dificuldades sentidas na toma da medicação diária verificou-se que 20% da amostra admite dificuldades na toma da sua medicação, nomeadamente na identificação, no horário da

toma e na utilização de alguns medicamentos e estas estão associadas ao sexo, indicando que as mulheres referem sentir mais dificuldades na toma da medicação diária.

Sabe-se que existem algumas regras essenciais para o acondicionamento dos medicamentos, nomeadamente, abrigados da luz, da humidade e de temperaturas elevadas. Locais como a cozinha e a casa de banho devem ser evitados (INFARMED, 2009). No entanto, este estudo revelou que a grande maioria dos idosos guarda os seus medicamentos na cozinha, tal como demonstram os estudos de Marques (2017) e Fernandes (2017). Admite-se que esta situação possa estar relacionada com o tempo que as pessoas passam nessa divisão da casa e onde fazem as suas refeições, associadas por norma aos períodos da toma dos medicamentos. Adicionalmente, esta questão pode ter uma leitura positiva, uma vez que a hora da toma da medicação está muitas vezes associada às refeições e nesse sentido poderá funcionar como estratégia para assegurar a adesão à terapêutica. O estudo de Sorensen et al. (2005) sugere que o armazenamento dos medicamentos em vários locais é um factor de risco para a saúde do idoso.

Os resultados da adesão à terapêutica demonstraram que, tal como no estudo de Sousa et al. (2017), que a grande maioria dos idosos (82,9%) aderiram completamente à medicação no período questionado, sendo o esquecimento um factor referido que pode afetar os níveis de adesão, o que denota a necessidade de equacionar estratégias alternativas que concedam um maior apoio a estes idosos. A utilização de estratégias contra o esquecimento pode revelar-se muito útil. A utilização da caixa diária/semanal de organização de medicamentos e ter sempre os medicamentos bem visíveis foram neste estudo as estratégias apontadas. No estudo realizado por Santos (2014) a associação foi a estratégia mais utilizada, consistindo na correlação mental de uma atividade/evento com a toma do medicamento (ex: relacionar a toma do medicamento com as refeições), seguida pelo uso da caixa diária/semanal de organização de medicamentos e pela localização dos medicamentos sempre no mesmo local, referida pelos idosos como uma ajuda preciosa para se lembrarem da toma.

Para além do esquecimento foram relatadas situações de não adesão intencional, em que 55,2% da amostra assumiu ter deixado de tomar os seus medicamentos, indicando para isso os seguintes motivos: efeitos adversos sentidos (21%), interfere com a rotina (9,5%), sentiu-se melhor e deixou de tomar o medicamento (9,5%), deixou acabar os medicamentos (9,5%), toma muitos medicamentos (7,6%), sente que o medicamento não provoca melhoras (4,8%). O relato desta situação é reflexo, em parte, da falta de

conhecimento sobre a medicação e da sua importância. Vários estudos associam a não adesão à terapêutica à falta de conhecimento sobre a doença e sobre a medicação, à complexidade do regime terapêutico, ao nível de escolaridade, às dificuldades cognitivas, à satisfação com o aconselhamento e explicação e às dificuldades económicas (Jin, Kim & Rhie, 2016; Roy, Sajith & Bansode, 2017; Sousa et al., 2011).

A capacidade funcional dos idosos para gerir a sua medicação pode ser avaliada pelo uso de algumas ferramentas. Neste estudo a avaliação foi efetuada com o DRUGS-PT.

Na avaliação com o DRUGS-PT obteve-se uma pontuação média de 93,90 ($DP = 9,71$), observando-se pontuações mais baixas na identificação dos medicamentos. Para a maior parte dos idosos é difícil verbalizar o nome dos medicamentos. Desta forma, e tal como no estudo de Advinha (2017) a identificação pode ser demonstrada pelo nome ou pela embalagem. A pontuação média obtida neste estudo foi ligeiramente superior à obtida no estudo de Advinha (2017), observando-se também maiores dificuldades na identificação dos medicamentos. Já no estudo de Kripalani et al. (2006) os resultados obtidos no que diz respeito à pontuação máxima, média e mínima são idênticos.

A capacidade de gestão da medicação, quando avaliada com recurso ao DRUGS-PT, não foi influenciada pelo sexo, pela idade, nem pela composição do agregado familiar. Estes resultados vão ao encontro aos obtidos por Advinha (2017). No entanto, quer o estudo de Kripalani et al. (2006) e Advinha (2017) indicaram associação entre as habilitações literárias e a capacidade para gerir os medicamentos.

A caracterização do perfil farmacoterapêutico apenas foi efetuada na subamostra DRUGS-PT. Observou-se um consumo médio de 6,37 ($DP = 3,01$) medicamentos, com um mínimo de 1 e um máximo de 14 medicamentos, sendo superior no sexo feminino. O consumo médio está próximo dos valores obtidos em outros estudos com idosos, como por exemplo o de Fernandes (2017) que refere em média 6,9 medicamentos e o de Advinha et al. (2016) 6,74 medicamentos.

A par das principais doenças diagnosticadas, os medicamentos mais consumidos foram os do sistema cardiovascular, tomados por 96,6% dos idosos, seguido dos medicamentos para o trato gastrointestinal e metabolismo e para sistema nervoso. Segundo o relatório “Monitorização do consumo de medicamentos” do INFARMED (2019) as classes terapêuticas com maior utilização foram em 1º lugar os modificadores do eixo renina angiotensina e os antilipídicos (sistema cardiovascular), seguidos pelos antidiabéticos (trato gastrointestinal e metabolismo) e pelos ansiolíticos, sedativos e

hipnóticos e antidepressores (sistema nervoso). Em 2019 o SNS (Serviço Nacional de Saúde) teve 1327,20 milhões de euros em despesa com medicamentos em ambulatório, mais 5,8% que o ano anterior e os utentes suportaram 699,2 milhões de euros, mais 21,6 milhões de euros que em 2018, sendo os antidiabéticos e os anticoagulantes as classes terapêuticas com mais encargos.

Tal como era previsível a pontuação média obtida pelo DRUGS-PT decresceu gradualmente à medida que o consumo de medicamentos diários aumentou, indicando a associação entre o número de medicamentos consumidos diariamente e a capacidade para gerir os medicamentos. Na verdade, pessoas com regimes terapêuticos mais complexos podem apresentar maiores dificuldades na gestão da sua terapêutica. O que foi verificado *in loco* é que, de facto, pessoas que tomam grande número de medicamentos se mostram mais confusas e com dúvidas, especialmente na identificação dos seus medicamentos.

VI – Conclusões

O acompanhamento da população idosa por forma a avaliar as suas dificuldades e necessidades no que se refere à gestão da sua terapêutica é um passo significativo para evitar que surjam problemas mais graves.

Os resultados obtidos mostraram que a população idosa apresenta algumas dificuldades na aquisição dos medicamentos, tendo sido identificada como dificuldade mais comum as questões financeiras para a compra dos medicamentos. As dificuldades com a toma dos medicamentos prendem-se com a sua identificação e com horário da toma, estando associada ao sexo, sendo as mulheres aquelas que têm mais dificuldade. Verificou-se também que conhecimento da medicação por parte dos idosos, ou seja, a identificação da razão da toma está significativamente associado às habilitações literárias e à idade.

Na avaliação da capacidade funcional para a gestão da medicação, com o DRUGS-PT, obtiveram-se pontuações médias elevadas, observando-se pontuações mais baixas, essencialmente, na identificação dos medicamentos. Os idosos continuam a ser um grupo muito ligado à polimedicação e, de facto, a pontuação média obtida decresceu gradualmente, à medida que o consumo de medicamentos diários aumentou, indicando associação entre o número de medicamentos consumidos diariamente e a capacidade para gerir os medicamentos.

Consegue-se perceber que os idosos enfrentam cada vez mais dificuldades na gestão da sua terapêutica e estão mais vulneráveis a erros de medicação. É essencial a avaliação e otimização da terapêutica do idoso, a promoção da adesão e a implementação de intervenções pedagógicas.

A colaboração entre os diversos profissionais de saúde, desempenhando a Farmácia Comunitária um papel essencial, e o idoso é crucial para a deteção precoce de problemas. O acompanhamento mais próximo do idoso, com o foco na prevenção deverá ser a abordagem a seguir.

A caracterização da identificação das necessidades e dificuldades no acesso e utilização dos medicamentos, assim como, a avaliação da capacidade para a gestão da medicação por parte da população idosa é um contributo válido para sustentar planos de revisão terapêutica e implementar estratégias para um melhor acesso e uso do

medicamento. As respostas às necessidades identificadas devem ser definidas com base em cada caso individual.

VII – Limitações

Uma das limitações da presente investigação recai sobre o tamanho da amostra. De acordo com o já referido no capítulo Materiais e Métodos a previsão da amostra de 142 indivíduos foi baseado no número de idosos do concelho de Moimenta da Beira, com intervalo de confiança 95% e margem de erro de 8%, de forma a que esta fosse significativa. Contudo, a amostra total conseguida, pelo facto da redução do período de recolha de dados, foi de 105 idosos, que consideramos não comprometer o rigor e qualidade científica da investigação, no entanto, ficou aquém do inicialmente previsto, resultante da situação pandémica decretada em março de 2020.

A assinatura do consentimento informado também se revelou uma dificuldade, uma vez que os participantes do estudo eram idosos, não aceitavam muito bem e olhavam com certa desconfiança a assinatura do termo de consentimento informado. Mesmo após serem prestados todos os esclarecimentos, alguns idosos não aceitavam participar no estudo, tinham receio de assinar. Esta situação poderá estar associada à desconfiança, às habilitações literárias e baixa literacia nesta população.

O tempo necessário para cada entrevista era de facto muito longo. Os participantes não se limitavam a responder às questões, gostavam de conversar e contar alguns pormenores da sua vida, no fundo, só queriam um bocadinho de atenção. No entanto, não havendo muito tempo para a recolha de dados, esta situação levava a que fossem feitas diariamente menos entrevistas. Quando convidados para voltar novamente à farmácia com os seus medicamentos, para a participação na fase seguinte do estudo, foram poucos os idosos que prontamente responderam à solicitação, pois tornava-se difícil deslocarem-se especificamente só com esse intuito.

A recolha de dados relativa aos medicamentos tomados diariamente pode apresentar algumas imprecisões, uma vez que foi baseada nos sacos de medicamentos trazidos de casa pelos idosos aquando da entrevista.

Outro facto a salientar, caracteriza-se pela tendência dos idosos não quererem dar a entender que têm dificuldades, “não dando parte de fracos” e por isso davam respostas socialmente desejáveis, em vez de respostas reais, uma vez que os dados foram recolhidos diretamente pela investigadora.

VIII - Perspetivas futuras

Todas as investigações têm o intuito de contribuir para o conhecimento na área de estudo, podendo e devendo ser continuadas. Tendo em conta os resultados obtidos e consciência das limitações que acompanharam a realização deste trabalho muito mais há a fazer.

Com este trabalho foi conseguida uma imagem aproximada da realidade da população idosa que vive na comunidade, permitindo identificar dificuldades e problemas dos idosos associados ao acesso e utilização dos medicamentos. Desta forma, será mais fácil planear intervenções adequadas e criar estratégias que minimizem este problema e para que seja possível intervir de acordo com as reais necessidades.

A identificação, prevenção e resolução de problemas com os medicamentos, promovendo o seu uso correto e estimular a promoção e educação em saúde, são o suporte básico para o uso com segurança dos medicamentos.

Intervenções com simples medidas como a revisão cuidadosa da medicação, com segurança e eficácia terapêutica, simplificação do regime terapêutico e acções de sensibilização para a educação no âmbito do medicamento podem funcionar como estratégias facilitadoras.

Os planos devem privilegiar a comunicação e colaboração entre as diversas entidades de saúde e os seus profissionais e fundamentalmente com o utente ou seu cuidador, para que seja garantido o uso com qualidade e segurança dos medicamentos no idoso.

A gestão da medicação nos idosos poderá ser melhorada com a utilização de apoio humano ou introdução de dispositivos de apoio. A avaliação das necessidades deverá ser feita individualmente por forma à obtenção de resultados positivos para a saúde do idoso, para que, de forma autónoma e saudável, o idoso possa estar na sua própria casa pelo maior tempo possível.

Dadas as dificuldades económicas apontadas por muitos idosos, intervenções de apoio por parte organismos públicos, como a Câmara Municipal, poderão ajudar a minorar esse obstáculo.

Será importante a realização de estudos noutros locais de forma a permitir a confirmação dos dados obtidos, mas também pela importância que terá na criação de estratégias a implementar a um nível mais abrangente.

Referências Bibliográficas

- Advinha, A. M.; Lopes, M. J. & Oliveira -Martins, S. (2013). A (In)Capacidade dos Idosos para Gerir a Sua Medicação. *Journal of Aging and Innovation*, 2(4). <https://journalofagingandinnovation.org/pt/tag/incapacidade-funcional/>
- Advinha, A. M., Henriques, A., Guerreiro, M. P., Nunes, C., Lopes, M. J. & de Oliveira-Martins, S. (2016). Cross-cultural validation of the Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) to assess community-dwelling elderly's ability to manage medication. *European Geriatric Medicine*, 7(5), 424–429. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2016.04.002>
- Advinha, A. M. (2017). *Avaliação da Capacidade Funcional da População Idosa na Gestão da Sua Medicação*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa. Obtido de <http://hdl.handle.net/10451/30145>
- Almeida, T. A., Reis, E. A., Pinto, I. V. L., Ceccato, M. das G. B., Silveira, M. R., Lima, M. G., & Reis, A. M. M. (2019). Factors associated with the use of potentially inappropriate medications by older adults in primary health care: An analysis comparing AGS Beers, EU(7)-PIM List, and Brazilian Consensus PIM criteria. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(4), 370–377. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.06.002>
- Alves A. (2012). *Acompanhamento Farmacoterapêutico no Doente Idoso*. Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade Lusófona. Obtido em <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/3074>
- Bloom, D. E., Chatterji S., Kowal P., Lloyd-Sherlock P., McKee M., Rechel B., Rosenberg L., & Smith J. P. (2016). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *Lancet* 385(9968), 125–129. <https://doi.org/10.18356/78478102-en>
- Bosch-Lenders, D., Maessen1 D., Stoffers H., Knottnerus J., Winkens B., & Akker M. (2016). Factors associated with appropriate knowledge of the indications for prescribed drugs among community-dwelling older patients with polypharmacy. *Age and Ageing* (45), 402–408. <https://doi: 10.1093/ageing/afw045>

- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2004). Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 91 e 2001. *Revista de Estudos Demográficos*, 36(1), 175–191.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.009>
- Despacho n.º12427/2016. *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial. Direção Geral da Saúde, 2017. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Diasio R. (2019). Principles of Drug Therapy. In Goldman L. (Ed.), *Goldman's Cecil Medicine*, 26^a Edição, 120-128. Philadelphia: Elsevier
- Edelberg H. K, Shallenberger E., & Wei J. Y. (1999) Medication management capacity in highly functioning community-living older adults: Detection of early deficits. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(5), 592–996. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1999.tb02574.x>
- Executive Digest (2020, julho 4). *Mais de 70% das reformas em Portugal são abaixo do salário mínimo*. Obtido em outubro 15, 2020, de <https://executivedigest.sapo.pt/mais-de-70-das-reformas-em-portugal-sao-abaixo-do-salario-minimo/>
- Eurostat/INE (2020, março 3). *Índice de envelhecimento*. Obtido em agosto 22, 2020, de <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+de+envelhecimento-1609>
- Félix, J., Ferreira, D., Afonso-Silva, M., Gomes, M., Ferreira, C., Vandewalle, B., Marques, S., Mota, M., Costa, S., Cary, M., Teixeira, I., Paulino, E., Macedo, B., & Barbosa, M. (2016). Social And Economic Value of Portuguese Community Pharmacies In Public Health. *Value in Health*, 19(7), 627. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.09.1614>
- Fernandes A. C. (2020). Uma Perspectiva sobre o Relatório da OCDE “Health at a Glance 2019”. *Acta Médica Portuguesa*, 33(1), 4-6. <https://doi.org/10.20344/amp.13251>

- Fernandes J. I. (2017) *Caracterização da utilização de medicamentos em doentes idosos medicados*. Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/36140>
- 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. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.011>
- Grou A. (2016). *Seguimento Farmacoterapêutico em Idosos*. Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra. Obtido em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/14490>
- Guedes N. (2020, setembro 18). *Trezentos mil portugueses ficaram sem médico de família num ano*. Obtido em outubro 15, 2020, de <https://www.tsf.pt/portugal/sociedade/mais-300-mil-ficaram-sem-medico-de-familia-num-ano-covid-19-deu-uma-ajuda-12735737.html>
- Hayes B. D., Klein-Schwartz W., & Barrueto F. (2007). Polypharmacy and the Geriatric Patient. *Clinics Geriatric Medicine* (23), 371–390. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.01.002>
- Henriques, M. A., Costa, M. A., & Cabrita, J. (2012). Adherence and medication management by the elderly. *Journal of Clinical Nursing*, 21(21–22), 3096–3105. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04144.x>
- IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation (2019). *Disability-Adjusted Life Year (DALY) - Global Burden Disease 2019*. Obtido em outubro 2, 2020, de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- INE (2017, março 29). *Projeções de População Residente 2015-2080*. Obtido em abril 20, 2019, de <https://www.ine.pt>
- INE (2020, junho 15). Base de dados. Obtido em agosto, 22, 2020, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0008272&contexto=bd&selTab=tab2

- INE (2020, junho 15). *Indicadores de Envelhecimento*. Obtido em agosto, 22, 2020, de <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- INFARMED (2009, maio 9). *Saiba mais sobre medicamentos em casa*. Obtido em março 5, 2019, de https://www.infarmed.pt/documents/15786/1228470/11_Medicamentos_em_Casa.pdf/
- INFARMED (2019). *Meio Ambulatório - Monitorização do Consumo de Medicamentos*. Obtido em outubro 10, 2020, de <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/relatorios/ambulatorio>
- Jin, H. K., Kim, Y. H., & Rhie, S. J. (2016). Factors affecting medication adherence in elderly people. *Patient Preference and Adherence*, *10*, 2117–2125. <https://doi.org/10.2147/PPA.S118121>
- Jornal de negócios (2019, junho 15). *Índice de Longevidade em Portugal*. Obtido em setembro 13, 2020, de <https://www.jornaldenegocios.pt/multimedia/mapas/detalhe/taxa-de-longevidade-de-2018-em-portugal>
- Kaufmann, C. P., Tremp, R., Hersberger, K. E., & Lampert, M. L. (2014). Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools. *European Journal of Clinical Pharmacology*, *70*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1007/s00228-013-1575-8>
- Kripalani, S., Henderson, L. E., Chiu, E. Y., Robertson, R., Kolm, P., & Jacobson, T. A. (2006). Predictors of medication self-management skill in a low-literacy population. *Journal of General Internal Medicine*, *21*(8), 852–856. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00536.x>
- Luís A. I. C. (2019). *Lista Europeia de Medicação Inapropriada no Idoso (EU(7)-PIM List) - Um estudo sobre a sua aplicabilidade a idosos institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/86670>

- Lusa (2020, fevereiro 12). *Envelhecimento em Portugal é seguro, futuro económico do país nem tanto*. *Observador*. Obtido em Agosto 27, 2020, de <https://observador.pt/2020/02/12/envelhecimento-em-portugal-e-seguro-futuro-economico-do-pais-nem-tanto/>
- MacLaughlin, E. J., Raehl, C. L., Treadway, A. K., Sterling, T. L., Zoller, D. P., & Bond, C. A. (2005). Assessing medication adherence in the elderly: Which tools to use in clinical practice? *Drugs and Aging*, 22(3), 231–255. <https://doi.org/10.2165/00002512-200522030-00005>
- Mangoni A. A. & Jackson S. H. D. (2004) Age-related changes in pharmacokinetics and pharmacodynamics: basic principles and practical applications. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 57 (1), 6–14. <https://10.1046/j.1365-2125.2003.02007.x>
- Mair A., Fernandez-Llimos F., Alonso A., Harrison C., Hurding S., Kempen T., Kinnear M., Michael N., McIntosh J. & Wilson M. (2017). *Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge*. (2ª edição) Coimbra: The SIMPATHY consortium. https://ec.europa.eu/chafea/health/newsroom/news/documents/polypharmacy-handbook-second-edition_en.pdf
- Marin M., Cecílio L., Perez A., Santella F., Silva C., Filho J., & Roceti L. (2008). Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 24 (7), 1545-1555. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000700009>.
- Marques A. C. (2017) *Caracterização da utilização de medicamentos em doentes idosos - Dificuldades na gestão da medicação*. Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/36101>
- Martins, I. D. S. (2013). Deprescribing no idoso. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 29(1), 66–69. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v29i1.11048>
- Merks, P., Świczkowski, D., Balcerzak, M., Drelich, E., Białoszewska, K., Cwalina, N., Kryszynski, J., Jaguszewski, M., Pouliot, A., & Vaillancourt, R. (2018). The evaluation of pharmaceutical pictograms among elderly patients in community pharmacy settings - a multicenter pilot study. *Patient Preference and Adherence*, 12, 257–266. <https://doi.org/10.2147/PPA.S150113>

- Neves H., Duarte S., Almeida M. L., & Apóstolo J. (nd). *Gestão medicamentosa nos idosos*. Obtido em junho 13, 2020, de <https://www.esenfc.pt>
- News Farma (2017, junho 7). *Estudo europeu alerta para a importância de criar um plano de revisão da polimedicação no idoso*. Obtido em maio 14, 2019, de <https://www.newsfarma.pt/noticias/5397>
- O'Connor, M. N., Gallagher, P., Byrne, S., & O'Mahony, D. (2012). Adverse drug reactions in older patients during hospitalisation: Are they predictable? *Age and Ageing*, 41(6), 771–776. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs046>
- OF (2018, maio 10). Boas Práticas de Farmácia Comunitária - Norma específica sobre o uso responsável do medicamento. Obtida em setembro 18, 2019, de https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/of.c_n009_00_normas_especificas_sobre_o_uso_responsavel_do_medicamento_20306560945afd9cdbf10f3.pdf
- Oliveira, R. (2018). A fragilidade do envelhecimento. *Jornal Médico*. <https://www.jornalmedico.pt/opiniao/36547-a-fragilidade-do-envelhecimento.html>
- OMS (2002). *Active Ageing: A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization. https://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/
- OMS (2014, novembro 6). “Ageing well” must be a global priority. Obtido em junho 22, 2020, de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/en/>
- OMS (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra: Organização Mundial de Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/who_fwc_?jsessionid=D9B6C62286EE816B40C7D9B2996C17BF?sequence=6
- ONU (2015). *World Population Prospects: The 2015 Revision, Key Findings and Advance Tables*. New York: United Nations. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/Key_Findings_WPP_2015.pdf
- ONU (2019) *Envelhecimento*. Obtido em Setembro 25, 2020, de <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

- Pacheco, M. (2019). *A importância das farmácias comunitárias para a população*. Obtido em setembro 27, 2020, de <https://lisbonph.pt/blog/a-importancia-dos-cuidados-com-a-terapeutica-medicamentosa-no-idoso-2/>
- Parente J. (2011). *Avaliação do uso de medicamentos inapropriados em idosos: aplicação dos Critérios de Beers*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã
- Patterson S., Cadogan C., Kerse N., Cardwell C., Bradley M., Ryan C., & Hughes C. (2014). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008165.pub3>
- Payne R. A. (2016) The epidemiology of polypharmacy. *Clinical Medicine*, 16(5), 465-469. <https://doi:10.7861/clinmedicine.16-5-465>
- Planton, J., & Edlund, B. J. (2010). Strategies for Reducing Polypharmacy in Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(1), 8–12. <https://doi.org/10.3928/00989134-20091204-03>
- Pinto A., Lobo V., Bação F., & Bacelar-Nicolau H. (2010). *O Consumo de Medicamentos e a Polimedicação em Portugal*. Obtido em setembro 13, 2020, de https://www.novaims.unl.pt/docentes/vlobo/Publicacoes/3_29_SPE2010_polimidicao.pdf
- PORDATA (2018). *Retrato de Portugal Edição 2018*. 1ª Edição. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/ebooks/PT2018v20180713/mobile/index.html>
- PORDATA (2020). *Retrato de Portugal Edição 2020*. 1ª Edição. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.pordata.pt/Retratos/2020/Retrato+de+Portugal-85>
- Roy, N. T., Sajith, M., & Bansode, M. P. (2017). Assessment of factors associated with low adherence to pharmacotherapy in elderly patients. *Journal of Young Pharmacists*, 9(2), 272–276. <https://doi.org/10.5530/jyp.2017.9.53>

- Santos J. M. (2014) *Contributo para a elaboração de um Guia de Boas Práticas na visita domiciliária a idosos isolados polimedicados - Gestão da Medicação*. Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/79710>
- Santos M., & Almeida A. (2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº2, 149-162. Obtido em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn2/serIIIIn2a16.pdf>
- Silva P., Luís S., & Biscaia A. (2004). Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Revista Portuguesa Clinica Geral*, (20), 323-36. <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10041>
- Simón A. (2009, julho/agosto). *Utilização de medicamentos no idoso*. Boletim do Centro de Informação do medicamento, Ordem dos Farmacêuticos. Obtido de <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/>
- Singh S., & Bajorek B. (2015). Pharmacotherapy in the ageing patient: the impact of age per se (A review). *Ageing Research Reviews* (24), 99-110. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2015.07.006>
- Sino, C. G. M., Sietzema, M., Egberts, T. C. G., & Schuurmans, M. J. (2014). Medication management capacity in relation to cognition and self-management skills in older people on polypharmacy. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 18(1), 44-49. <https://doi.org/10.1007/s12603-013-0359-2>
- SNS (2017, julho 10). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)*. Obtido em junho 23, 2020, de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Soares M. A., Fernandez-Llimós F., Lança C., Cabrita J., & Morais J. A. (2008). Operacionalização para Portugal - Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos Doentes Idosos. *Acta Médica Portuguesa* (21), 441-452. <http://hdl.handle.net/10451/3776>
- Sol (2015, abril 8). *Este é o distrito com mais idosos a viverem sozinhos e/ou isolados*. Obtido em maio 19, 2019, de <https://sol.sapo.pt/artigo/134168/este-e-o-distrito-com-mais-idosos-a-viverem-sozinhos-e-ou-isolados>



- Sorensen L., Stokes J. A., Purdie D. M., Woodward M. Roberts M. (2005) Medication management at home: medication-related risk factors associated with poor health outcomes. *Age and Ageing*: 34(6), 626–632. <https://doi:10.1093/ageing/afi202>
- 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(2), 176–182. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i2.10838>
- Souto, M. M., & Pimentel, A. F. (2018). Terapêutica crónica em idosos numa Unidade de Saúde Familiar: análise da polimedicação e medicação potencialmente inapropriada. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 34(2), 78–88. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i2.12399>
- Teixeira, J. T. P. (2014). *Polimedicação no idoso - Artigo de Revisão*. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra. Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29154/1/tese.pdf>
- Veloso, A. S. T. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra. Obtido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/29711>
- Yap, A. F., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. H. (2016). Medication adherence in the elderly. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 7(2), 64–67. <https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.001>

Imagem da capa:

Farmácias Portuguesas (nd). *Idosos e Medicamentos*. Obtido em junho 29, 2020, de <https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/bem-estar/idosos-e-medicamentos.html>

Apêndices

Apêndice 1| Questionário

	FEUC FACULDADE DE ECONOMIA UNIVERSIDADE DE COIMBRA		MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE
Nº referência: _____			
Questionário (A aplicar por entrevista)			
<p>No âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde pretendemos realizar um estudo com o objetivo de caracterizar a utilização de medicamentos na população idosa (idade igual ou superior a 65 anos), no concelho de Moimenta da Beira. Nesse sentido iremos averiguar quais os principais problemas e dificuldades que os idosos têm no acesso e utilização dos medicamentos, de forma a identificar oportunidades de melhoria e desenvolver e implementar estratégias para minimizar/superar essas dificuldades.</p> <p>Para a realização deste estudo foi considerado o procedimento de autorização adequado, nomeadamente à Direcção Técnica da Farmácia Ferreira e da Farmácia Moderna de Moimenta da Beira. Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais, sendo utilizados unicamente para os fins descritos.</p> <p>A participação neste estudo é simples, bastando, para isso, responder de forma clara e sincera a um conjunto de questões que lhe serão colocadas, pelo que agradecemos, desde já, a sua colaboração.</p>			
A Investigadora Responsável: Cátia Oliveira			
I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA			
1 - Idade: _____			
2 - Género: 1 <input type="checkbox"/> Feminino 2 <input type="checkbox"/> Masculino			
3 – Habilitações literárias:			
1 <input type="checkbox"/> Não sabe ler, nem escrever			
2 <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever, mas não completou o 1º ciclo do ensino básico			
3 <input type="checkbox"/> 1º ciclo do ensino básico (4ª classe)			
4 <input type="checkbox"/> 2º ciclo do ensino básico (6º ano de escolaridade)			
5 <input type="checkbox"/> 3º ciclo do ensino básico (9º ano de escolaridade)			
6 <input type="checkbox"/> Ensino Secundário (12º ano de escolaridade)			
7 <input type="checkbox"/> Ensino Superior			
4 – Com quem vive?			
1 <input type="checkbox"/> Sozinho 2 <input type="checkbox"/> Marido/Mulher 3 <input type="checkbox"/> Filho/a 4 <input type="checkbox"/> Outro _____			
Identificação das dificuldades no acesso e utilização dos medicamentos pelos idosos			
1			

II – MEDICAÇÃO HABITUAL E CONHECIMENTO SOBRE OS MEDICAMENTOS TOMADOS

1 – Toma medicamentos diariamente? 1 Sim 2 Não

2 – Os medicamentos que toma foram prescritos pelo médico?

1 Sim 2 Não 3 Alguns

3 – Tem alguma doença diagnosticada pelo médico?

1 Não 2 Sim Qual(is): _____

4 – Que medicamentos toma atualmente, como e para quê:

Nome dos medicamentos	Posologia (Como)	Associação entre o medicamento e a doença/situação clínica (Para quê)

III – ACESSO E AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS

1 – Como adquire os seus medicamentos?

1 Vai à Farmácia 2 Pede a alguém para lhos comprar
3 Outra _____

2 – Quando vai à Farmácia, vê as suas dúvidas esclarecidas?

1 Sim 2 Não

3 – Percebe sempre as indicações dadas na Farmácia?

1 Sim 2 Não

4 – Sente dificuldade em adquirir os seus medicamentos?

1 Sim 2 Não

4.1 - Se respondeu sim, diga o porquê _____

5 – Tem médico de família?

1 Sim 2 Não

6 – Em relação às consultas médicas, onde é habitualmente seguido?

1 Centro de Saúde 2 Hospital 3 Consultório Privado

7 – No último ano:

7.1 – Quantas consultas teve com o seu médico de família? _____

7.2 - Teve alguma consulta com o médico especialista?

1 Sim. Quantas? _____ 2 Não

7.3 – Recorreu alguma vez à urgência (urgência básica ou hospitalar)?

1 Sim 2 Não

7.3.1 – Se respondeu sim, qual o motivo? _____

7.4 – Teve algum internamento hospitalar?

1 Sim 2 Não

7.5 – Houve alguma alteração na sua medicação habitual?

1 Sim 2 Não

7.5.1 – Se respondeu sim, o médico de família teve conhecimento da alteração de medicação?

1 Sim 2 Não

8 – Como obtém as receitas para os seus medicamentos? _____

9 - Quando precisa de receita para os seus medicamentos considera que fazê-lo é:

1 Muito difícil 2 Difícil 3 Nem fácil, Nem difícil 4 Fácil 5 Muito fácil

10 – Quanto costuma gastar mensalmente nos seus medicamentos? _____

11 – O seu rendimento mensal é:

1 Inferior a 300 € 2 De 300 € a 600 €
3 Mais de 600 € 4 Não sabe / Não responde

IV – ORGANIZAÇÃO E PREPARAÇÃO DA MEDICAÇÃO DIÁRIA

1 – Toma os seus medicamentos sem ajuda (de forma autónoma, sem que ninguém lhos dê)?

1 Sim 2 Não. Quem o ajuda? _____

2 – Prepara antecipadamente a sua medicação (costuma, por exemplo, organizar a medicação em caixas para o dia ou semana)?

1 Sim 2 Não

2.1 – Se respondeu sim, alguém o ajuda?

1 Sim 2 Não. Quem? _____

3 – Como reconhece os seus medicamentos?

1 Pelo nome 2 Pela cor dos comprimidos
3 Pela forma dos comprimidos 4 Pela caixa 5 Não sabe

4 – Sente dificuldade a tomar a sua medicação diária (por exemplo, confunde os medicamentos, tem dúvidas acerca de quais tomar)?

1 Sim 2 Não

5 – No seu dia a dia sente dificuldades em:

5.1-Abrir os frascos dos medicamentos/retirá-los do invólucro (blister)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
5.2-Utilizar alguns medicamentos (ex. inaladores)	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
5.3-Saber o horário da toma dos medicamentos	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
5.4-Conhecer e identificar os medicamentos	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
5.5-Tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
5.6-A farmácia ter os seus medicamentos	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
5.7-Ter dinheiro para comprar os medicamentos	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
5.8-Perceber as receitas electrónicas	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não
5.9-Outras dificuldades _____		

6 – Onde guarda os seus medicamentos?

V – ADESÃO À TERAPÉUTICA

1– Na **última semana** tem ideia de quantas vezes se esqueceu de tomar os seus medicamentos?

2 – Quais os medicamentos que é mais frequente esquecer-se de tomar?

- 1 Os que toma em jejum 2 Os que toma ao pequeno almoço
3 Os que toma ao almoço 4 Os que toma ao lanche
5 Os que toma ao jantar 6 Os que toma ao deitar
7 Indiferente

3 – Utiliza alguma estratégia para evitar esquecer-se de tomar a medicação?

- 1 Não 2 Sim. Qual? _____

4 – Já lhe aconteceu **deixar de tomar** a sua medicação diária ou **tomar de forma diferente** de como foi prescrita pelo médico?

- 1 Sim 2 Não

4.1 – Se respondeu sim, qual o motivo?


- 1 Toma muitos medicamentos;
2 Interfere com a rotina diária (por exemplo, ir à casa de banho com frequência, sonolência);
3 Não se lembra das instruções de toma;
4 Os medicamentos têm um sabor desagradável;
5 Tem dificuldades em engolir;
6 Sente que os medicamentos não provocam melhoras/não fazem nada
7 Sentiu-se melhor e resolveu parar de tomar o medicamento;
8 Efeitos adversos sentidos;
9 Preço elevado dos medicamentos;
10 Deixou acabar os medicamentos;
11 Outro motivo: _____

5 – Sente necessidade de ter alguém para o ajudar na preparação e toma da medicação diária?

- 1 Não 2 Sim. De que forma? _____

Obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

Apêndice 2| Consentimento Informado



**CONSENTIMENTO INFORMADO,
LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

1 - A investigação na área da saúde assume um papel fundamental na melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida das populações, sendo determinante para isso a cooperação entre academia, unidades de saúde e a comunidade. Vimos, desta forma, convidá-lo a participar no estudo intitulado "IDENTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PELOS IDOSOS";

2 - Este estudo tem como objetivo caracterizar a utilização de medicamentos na população com 65 ou mais anos, no concelho de Moimenta da Beira, de forma a averiguar quais os principais problemas e dificuldades que os idosos têm no acesso e utilização dos medicamentos, no sentido de identificar oportunidades de melhoria, desenvolver e implementar estratégias para minimizar/superar essas dificuldades;

3 - A participação neste estudo é simples, bastando, para isso, responder de forma clara e sincera a um conjunto de questões que lhe serão colocadas tendo por base um questionário e instrumento de avaliação específico. Este estudo realiza-se na Farmácia Ferreira e na Farmácia Moderna de Moimenta da Beira;

4 - Estão garantidas todas as informações e esclarecimentos que considerar necessários em qualquer momento da sua participação neste estudo;

5 - A participação neste estudo é totalmente voluntária pelo que pode interromper a sua participação a qualquer momento;

6 - O anonimato e confidencialidade dos dados encontram-se assegurados pela equipa de investigação, sendo utilizados unicamente para os fins descritos.

A Investigadora Responsável:
Cátia Oliveira

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Eu, _____, declaro que aceito participar de livre e espontânea vontade no estudo "IDENTIFICAÇÃO DAS DIFICULDADES NO ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS PELOS IDOSOS". Declaro ainda que me foram explicados os objetivos do estudo e que me foram também garantidos o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Foi-me dada a informação de que, em qualquer momento, posso recusar ou interromper a minha participação neste estudo.

Participante
Assinatura: Data: ____ / ____ / ____

Entrevistador
Assinatura: Data: ____ / ____ / ____

Este documento é feito em duplicado: uma via para a Investigadora, outra para o participante.

Anexos

Anexo 1 | Autorização para a realização de Trabalho de Investigação


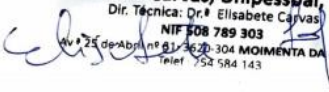
Farmácia Ferreira
av.25 de abril nº 31
3620-304 Moimenta da Beira

Para os devidos efeitos, declaro aceitar a realização do trabalho de investigação nesta farmácia, intitulado " Identificação das dificuldades no acesso e utilização dos medicamentos pelos idosos" da responsabilidade de Dr^a Cátia Maria Dias Oliveira no âmbito do mestrado em Gestão e economia da saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Moimenta da Beira, 29 de outubro de 2019

Dir.Téc. Elisabete Lopes Carvas

FARMÁCIA FERREIRA
Farmácia Carvas, Unipessoal, Lda.
Dir. Técnica: Dr.^a Elisabete Carvas
NIF 508 789 303
av. 25 de Abril nº 31 / 3620-304 MOIMENTA DA BEIRA
Telf: 754 584 143



FARMÁCIA MODERNA

FARMAMOURA, Lda.
Farmácia Moderna
Largo General Humberto Delgado, 35
3620-322 Moimenta da Beira

Moimenta da Beira, 29 de outubro de 2019

Para os devidos efeitos, declaro aceitar nesta farmácia a realização do trabalho de investigação intitulado " Identificação das dificuldades no acesso e utilização dos medicamentos pelos idosos" da responsabilidade de Cátia Maria Dias Oliveira no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

A gerência:



(Francisco José Cardoso Moura)
Farmamoura, Lda.
Dir. Tec: Dr. António Manuel C. Moura
Largo General Humberto Delgado, 35 - Ap. 20
3620-322 Moimenta da Beira
Tel: 254582154 - NIF: 504830686

Anexo 2 | Autorização para utilização do instrumento DRUGS-PT

Pedido de autorização para utilizar o instrumento DRUGS-PT

Cátia Oliveira...
14/01/2020 17:36
Para: ana.advinha...

Exma. Sr^a Professora Doutora Ana Advinha,

No âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, orientado pela Professora Doutora Ilda Massano e coorientado pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira, pretendemos realizar um estudo cujo objetivo será caracterizar a utilização de medicamentos na população idosa (idade igual ou superior a 65 anos), no concelho de Moimenta da Beira. Para tal, iremos estudar os principais problemas e dificuldades que os idosos têm no acesso e utilização dos medicamentos, de forma a identificar oportunidades de melhoria e desenvolver e implementar estratégias para minimizar/superar essas dificuldades.

Tendo conhecimento, através do artigo intitulado “Cross-cultural validation of the Drug Regimen Unassisted Grading Scale (DRUGS) to assess community-dwelling elderly ’ s ability to manage medication”, que é uma das autoras responsáveis do estudo, solicito autorização para utilizar o instrumento DRUGS-PT.

Grata pela atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Cátia Maria Dias Oliveira

Re: Pedido de autorização para utilizar o instrumento DRUGS-PT



Ana Margarida Molhinho Advinha

14/01/2020 17:43

Para: Cátia Oliveira Cc: Ilda Massano

Cara Cátia,

Em primeiro lugar agradeço o seu contacto e o interesse pelo nosso trabalho.

O tema que se propõe a desenvolver é da máxima importância para a população idosa Portuguesa. Sendo também importante a sua abordagem em termos socioeconómicos.

Pode utilizar o DRUGS-PT no seu estudo. Se necessitar de informações adicionais, não hesite em contactar-me.

Ficamos a aguardar, com expectativa, os resultados alcançados!

Boa sorte para o trabalho,


Atenciosamente,

Ana Margarida Advinha (PhD)

Investigadora Auxiliar Convitada
Unidade Regional de Farmacovigilância do Centro e Norte Alentejano



Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus
Largo Sr. da Pobreza
7000-811 Évora
PORTUGAL

Anexo 3| DRUGS-PT - Apêndice A

		
DRUGS-PT (Apêndice A)		
Tempo	Refeições	Medicamentos
7:00		
8:00		
9:00		
10:00		
11:00		
12:00		
13:00		
14:00		
15:00		
16:00		
17:00		
18:00		
19:00		
20:00		
21:00		
22:00		
23:00		

Identificação das dificuldades no acesso e utilização dos medicamentos pelos idosos

Anexo 4| DRUGS-PT - Apêndice B

 FEUC FACULDADE DE ECONOMIA UNIVERSIDADE DE COIMBRA		 MESTRADO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE							
DRUGS-PT (Apêndice B)				Nº referência: _____					
Lista da Medicação (Lista/Sacode Medicação)	Lista da Medicação (Autorrelato)	Identificação		Acesso		Dose		Período do dia	
		Capaz	Incapaz	Capaz	Incapaz	Capaz	Incapaz	Capaz	Incapaz
Pontuação Máxima:		Pontuação Total:		Resumo da Pontuação:		%			
Total de Medicamentos:			Total de Doses:						
Tempo:									