

**Universidade de Évora**



**Redução do Índice de Complexidade da Medicação  
em Lar de Idosos**

**Sara Cristina Cupido Carmo Grou Sim Sim Pajote**

**Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de**

**Mestre em Acompanhamento Farmacoterapêutico**

**Orientador:**

**Professor Doutor Fernando Fernandez-Llimós**

**Co- Orientador:**

**Dr. Jorge Humberto Guia da Silva**

**Março 2009**

**«Esta Dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Jurí»**

dupl. 12.03.02

# Universidade de Évora



## Redução do Índice de Complexidade da Medicação em Lar de Idosos

Sara Cristina Cupido Carmo Grou Sim Sim Pajote

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Acompanhamento Farmacoterapêutico

Orientador:

Professor Doutor Fernando Fernandez- Llimós

Co-Orientador:

Drº Jorge Humberto Guia da Silva



171 343

Março 2009

«Esta Dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri»

*«À medida que conquistamos a maturidade  
tornamo-nos mais jovens»*

**(Herman Hesse)**

## Resumo

**Objectivo:** este estudo centrava-se na avaliação da eficácia da intervenção de um farmacêutico na Redução do Grau de Complexidade da Medicação num Lar de Idosos.

**Métodos:** tratou-se de um estudo randomizado controlado. A instituição que serviu para a recolha de dados foi o Lar da Santa Casa da Misericórdia das Alcáçovas, localidade que pertence ao concelho de Viana do Alentejo, Distrito de Évora. Foram usados como amostra, os utentes institucionalizados (n=86), que por randomização foram divididos em grupo de intervenção e de controlo respectivamente. Em Março 2007, o Índice Complexidade da Medicação (MRCI), foi usado para estabelecer a linha de partida (baseline). Ocorreu uma sessão informativa com o médico acerca da importância e dos efeitos provocados pelo MRCI obtido. A fase de Intervenção teve início em Maio de 2007, e consistiu em reportar ao médico o MRCI para cada utente, o valor médio do MRCI para o Lar e algumas recomendações para o poder reduzir. Noventa dias após a intervenção, o MRCI voltou a ser avaliado para todos os utentes.

**Resultados:** a média de idades para os 86 utentes era de 83,9 anos, com 66,3% de mulheres. Na linha de partida, os utentes usavam 7,8 medicamentos e apresentavam um MRCI de 22,9 (95% CI 20,1 : 25,7). Durante a fase de intervenção, 2 utentes do grupo de intervenção e 5 utentes do grupo de controlo faleceram. Após a intervenção, o número de medicamentos reduziu no grupo de intervenção ( $p = 0,035$ ), mas não no grupo de controlo ( $p = 0,079$ ). O MRCI do grupo de intervenção reduziu de 22,2 para 16,8 ( $p = 0,015$ ); enquanto o MRCI do grupo de controlo reduziu apenas de 23,6 para 20,0 ( $p = 0,091$ ). As três secções do MRCI reduziram significativamente no grupo de intervenção, mas nenhum deles reduziu no grupo de controlo.

**Conclusão:** a intervenção de um farmacêutico pode contribuir para reduzir a complexidade da medicação nos idosos, com uma ligeira redução no número de medicamentos a tomar pelos utentes e sem focalizar a intervenção num aspecto específico do regime terapêutico.

**Palavras – Chave:** Complexidade da Medicação; Idosos; Ensaio controlado randomizado; Polimedicação.

## **Abstract**

### **Reduction Medication Regimen Complexity Index in Elderly House**

**Methods:** Randomized controlled study. Patients (n= 86) institutionalized in nursing home to Santa Casa da Misericórdia das Alcáçovas, Viana do Alentejo, Évora.

The patients were randomly assigned to intervention and control groups. In Mars 2007, Medication Regimen Complexity Index (MRCI) was used to establish a baseline.

An informative session with the physician about the importance and effects of regime complexity occurred. Intervention started in May 2007, and consisted in reporting to the physician the complexity of each patient medication regime, with references to the average complexity and some recommendations to reduce it. Ninety days after the intervention, MRCI were evaluated in all the patients.

**Results:** average age of the 86 patients was 83,9 years, with 66,3% of females. At the baseline, patients were using 7, 8 medicines, and presented a MRCI = 22,9 (95%CI 20,1 : 25,7). During the intervention phase, 2 intervention patients and 5 control patients dead. After the intervention, the number of medicines reduced in intervention group (p=0,035), but not in the control group (p = 0,079). Intervention MRCI reduced from 22,2 to 16,8 (p =0,015), while control MRCI reduced only from 23,6 to 20,0 (p =0,091). The three section of the MRCI significantly reduced in the intervention, but none of them in the control group.

**Conclusions:** clinical pharmacist interventions can contribute to reducing the medication regime complexity in elderly, with a slight reduction of the number of medicines taken by the patient, and without focusing the intervention in one specific aspect of the medication regime.

**Keywords:** Medication complexity; Elderly; Randomized controlled trial; Polypharmacy

## **Agradecimentos**

Para começar, quero agradecer às duas pessoas que vivem comigo, a minha filha e o meu marido. O tempo que passou até que conseguisse completar este meu trabalho não foi fácil. Foram muitas horas que «roubei» ao vosso convívio, muitos projectos de vida adiados, tantas coisas que poderíamos ter feito e ficaram para depois.

Mas o que conta é a vontade de as fazer, mesmo que mais tarde. Espero que tenhamos muita saúde e alegria para concretizarmos os nossos desejos.

Obrigado por terem sido tão compreensivos, mesmo nos meus momentos de desespero e da força que me deram para que não desistisse.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Fernando Fernandez – Llimós; a quem posso agradecer toda a motivação ao longo deste trabalho. Para além de todos os ensinamentos, mostrou ser também um grande amigo. Só com o seu forte poder de persuasão, conseguiu motivar-me em momentos de grande quebra emocional. Muito obrigado por me mostrar que nós conseguimos tudo aquilo que desejamos, basta para isso concentrarmos no fim a atingir.

Ao meu Co-orientador, Drº Jorge Silva, que embora sempre com o seu tempo contado ao minuto, se prestou a colaborar comigo para a realização desta tese.

Ao meu pai, que nesta fase de conclusão da tese, tem feito na Farmácia o trabalho por nós os dois. Para ti o meu muito obrigado.

À Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia das Alcáçovas, por terem permitido que a recolha de dados para a realização deste trabalho de investigação fosse feita naquela Instituição, que eu tanto preso.

À D. Maria Irene, encarregada geral do Lar, que facilitou a minha entrada e consulta do material necessário às horas que me eram mais propícias.

A Deus e a Nossa Senhora de Fátima, por toda a minha força para lutar contra as maiores adversidades.

Não quero correr o risco de esquecer alguém, mais uma vez o meu agradecimento a todos aqueles que de forma directa ou indirecta me ajudaram a concretizar este meu sonho. **Obrigado a todos.**

## **Dedicatória**

À Catarina, minha linda filha por todos os momentos em que te faltei, para concretizar este trabalho. Sabes que a mamã te adora, apesar da falta de paciência e do tempo que não brinquei contigo.

Vamos compensar tudo, pois para ti terei todo o tempo do Mundo.

Ao meu marido, que me incentivou a fazer este Mestrado pois sabia ser um sonho meu. Obrigado.

# Índice Geral

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

DEDICATÓRIA

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

ÍNDICE DE QUADROS

ABREVIATURAS

<b>1- INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1- PROBLEMÁTICA DO ENVELHECIMENTO EM PORTUGAL .....</b>	<b>19</b>
<b>2.2- A INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS EM PORTUGAL.....</b>	<b>31</b>
<b>2.3- OS IDOSOS E OS MEDICAMENTOS.....</b>	<b>42</b>
<b>2.4- POLIMEDICAÇÃO E COMPLEXIDADE DA MEDICAÇÃO.....</b>	<b>48</b>
<b>2.5- OS IDOSOS E AS REACÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS.....</b>	<b>55</b>
<b>3- OBJECTIVOS.....</b>	<b>62</b>
<b>3.1- OBJECTVO GERAL.....</b>	<b>62</b>



<b>4- MÉTODOS.....</b>	<b>63</b>
<b>4.1- DESENHO DO ESTUDO.....</b>	<b>63</b>
4.1.1 – INFORMAÇÃO AO MÉDICO.....	63
4.1.2 – MEDIÇÃO DO MRCI.....	64
<b>4.2 – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>4.3 – CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....</b>	<b>64</b>
<b>4.4 – LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>65</b>
<b>4.5 – POPULAÇÃO DO ESTUDO.....</b>	<b>66</b>
<b>4.6 - MÉTODOS DE ANÁLISE UTILIZADOS.....</b>	<b>68</b>
<b>5 – RESULTADOS.....</b>	<b>69</b>
<b>6- DISCUSSÃO.....</b>	<b>82</b>
<b>7 – CONCLUSÕES.....</b>	<b>100</b>
<b>8- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>102</b>
<b>9- BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO I – Folha de Registo da Recolha de Dados.....</b>	<b>112</b>
<b>ANEXO II – Folha de Intervenção.....</b>	<b>120</b>
<b>ANEXO III – Elementos que contribuem para o aumento MRCI (antes e após intervenção).....</b>	<b>122</b>
<b>ANEXO IV – Research Randomizer Results.....</b>	<b>126</b>
<b>ANEXO V – Comissão Ética na Área da Saúde e do Bem Estar. Formulário de Avaliação Projecto.....</b>	<b>127</b>

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1-</b> População Residente em Portugal por Distritos, Grandes grupos etários e Sexo. Estimativas 2007 .....	29-30
<b>Tabela 2-</b> Número de equipamentos sociais em Portugal Continental (2007).....	40
<b>Tabela 3-</b> Patologias crónicas mais frequentes nos idosos .....	43
<b>Tabela 4-</b> Alguns medicamentos de largo uso e que causam efeitos laterais graves ou frequentes no doente idosos .....	47
<b>Tabela 5-</b> Exemplos de alterações fisiológicas associadas ao Envelhecimento .....	57
<b>Tabela 6-</b> Reacções adversas comuns nos Idosos .....	59
<b>Tabela 7-</b> Lista das 10 Interações mais graves no Idoso .....	60
<b>Tabela 8-</b> Distribuição os utentes da amostra por nível etário e sexo .....	70
<b>Tabela 9 -</b> Distribuição inicial dos utentes nos grupos de intervenção e controlo .....	71
<b>Tabela 10-</b> Análise dos resultados na fase pós – intervenção .....	74
<b>Tabela 11-</b> Análise detalhada da intervenção nos elementos constituintes do MRCI no grupo de intervenção .....	75-76
<b>Tabela 12-</b> Número de medicamentos consumidos por utente/dia (fase pós – intervenção) .....	78
<b>Tabela 13-</b> Número de medicamentos / sexo / dia (Baseline) .....	78
<b>Tabela 14-</b> Número de medicamentos / sexo / dia (pós – intervenção) .....	79
<b>Tabela 15-</b> Número de medicamentos utilizados em relação ao Sistema Orgânico onde actuam .....	80
<b>Tabela 16-</b> Número de medicamentos utilizados em função Classe Terapêutica a que pertencem .....	81

<b>Tabela 17-</b> Subgrupos farmacoterapêuticos com maior encargo financeiro para o SNS, Continente, 2006 .....	87
<b>Tabela 18-</b> Número de receitas, de embalagens, de embalagens por receita e receitas <i>per capita</i> , Continente, 1995-2006 .....	88
<b>Tabela 19-</b> Mortalidade acima dos 64 anos em Portugal entre 1996-1999 .....	89
<b>Tabela 20-</b> Características comuns aos idosos com Problemas Relacionados com Medicamentos .....	91
<b>Tabela 21-</b> Factores associados com Problemas Relacionados com Medicamentos .	92
<b>Tabela 22-</b> Factores que interferem com o sucesso da Terapêutica .....	92
<b>Tabela 23-</b> Factores de Risco Modificáveis e Não Modificáveis para Reacções Adversas a Medicamentos em Instituições para Idosos .....	93-94
<b>Tabela 24-</b> Factores de Risco Independentes para sofrer uma Reacção Adversa a Medicamentos .....	95

## Índice de Figuras

**Figura 1-** Pirâmide de Idades, Portugal 1960-2000 .....20

**Figura 2-** Determinantes do Envelhecimento Activo .....28

**Figura 3-** Desenho da distribuição dos utentes ao longo do período de duração do estudo .....72

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1- Gráfico da Evolução da população residente no concelho de Viana do Alentejo, Alcáçovas e Aguiar entre 1864-2001 .....</b>	<b>66</b>
---	-----------

## **Índice de Quadros**

<b>Quadro 1- Racionalização da Prescrição .....</b>	<b>90</b>
---	-----------

## **Abreviaturas e Siglas**

**AAS-** Ácido acetilsalicílico

**AF-** Acompanhamento Farmacoterapêutico

**AINE-** Anti-inflamatório não esteróide

**AMCI-** Antiretroviral Medication Complexity Index

**ANF-** Associação Nacional das Farmácias

**ARS-** Administração Regional de Saúde

**CSI-** Complemento Solidário para Idosos

**DCI-** Denominação Comum Internacional

**DGS-** Direcção geral de Saúde

**DPOC-** Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

**EMTCI-** Epilepsy Medication and Treatment Complexity Index

**EUA-** Estados Unidos da América

**FFUL-** Faculdade Farmácia da Universidade de Lisboa

**FI-** Folha de Intervenção

**FR-** Folha de Registo

**GC-** Grupo de Controlo

**GI-** Grupo de Intervenção

**ICFT-** Índice Complexidade da Farmacoterapia

**INE-** Instituto Nacional Estatística

**INFARMED-** Instituto da Farmácia e do Medicamento

**IPSS-** Instituição Pública de Solidariedade Social

**MCI-** Medication Complexity Index

**MNSRM-** Medicamento não sujeito a receita médica

**MRCI-** Medication Regime Complexity Index

**NUTS-** Numenclatura das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PRM-** Problema Relacionado com Medicamentos

**PRN-** Prescription Recognize Necessary

**RAM-** Reacção Adversa a Medicamentos

**SNC-** Sistema Nervoso Central

**SNS-** Serviço Nacional de Saúde



# 1 - Introdução

No âmbito do trabalho a realizar, é importante observar cada vértice do triângulo *Idosos, Complexidade da Medicação e Institucionalização*.

O envelhecimento, surge associado quase sempre a uma perda progressiva de funcionalidades com a idade, o que se traduz no aumento de susceptibilidade e incidência de doenças, mas é importante salientar que ser velho não é sinónimo de ser doente. Deve-se promover o conceito de envelhecimento activo, de acordo com as necessidades individuais, como prática de actividade física regular, uma boa nutrição, formas de estimulação das funções cognitivas, bem como outros comportamentos saudáveis que conduzam à autonomia e independência.<sup>1</sup>

Se recuarmos no tempo, uma das grandes ambições do Homem era encontrar o «elixir da juventude», algo que prolongasse no tempo o período de vida em condições de franca vitalidade. Embora não seja nos mesmos moldes, enquanto os investigadores procuram novas substâncias para diferentes maleitas, estão de certa forma a dar continuidade à História.

As melhorias nas condições de vida, a extensão dos cuidados de saúde e a medicina preventiva contribuíram para o aumento da esperança média de vida das populações (The Merck Manual of Health & Aging)<sup>2; 3; 4</sup>

Mas o envelhecimento populacional e as mudanças no estilo de vida, acarretam um aumento de doenças crónicas e degenerativas<sup>32,33,36</sup>. Cada vez mais, é vulgar encontrar idosos polimedicados<sup>36,42</sup>. Associada a esta realidade aparece então a complexidade da medicação. São fármacos e mais fármacos, cada um administrado a sua hora, sob diferentes formas farmacêuticas o que complica a vida dos idosos e conduz à diminuição da adesão à terapêutica e subsequente abandono da mesma.

Dentro dos factores que afectam o cumprimento de um regime medicamentoso temos:

- Complexidade da medicação, o custo e a duração do tratamento
- O número de prescrições presentes no regime medicamentoso
- Os efeitos secundários que possam surgir

Segundo alguma literatura, a complexidade da medicação é medida em função do número de medicamentos tomados por dia e associasse à adesão à terapêutica, sendo que, enquanto a primeira aumenta a segunda diminui.

Não podemos esquecer de referir, a importância que têm as reacções adversas aos fármacos na medicação de um idoso. Alterações fisiológicas, bem como o número por vezes elevado de patologias concomitantes e conseqüente número de medicamentos a tomar; são motivos a ter em conta, pois quando não devidamente detectadas levam a um aumento das prescrições para combater eventuais novos problemas de saúde<sup>56,58</sup>.

Por fim, devem ser referidas as conseqüências que a institucionalização pode ter na vida dos idosos. São vários os estudos realizados que têm como base idosos institucionalizados. Uma das situações detectadas é a falta de revisão da terapêutica pelos médicos das instituições<sup>53,62</sup>. Como conseqüência, vão-se em muitos casos acumulando o número de medicamentos a tomar, bem como o número de tomas diárias, o que leva a um aumento da complexidade da medicação<sup>39,40,44,61</sup>.

Os idosos institucionalizados, consomem em média, mais medicamentos que os idosos em domicílio, o que poderá ter diferentes explicações e/ou interpretações<sup>24,25</sup>.

Uma delas será com certeza, o facto de haver uma desocupação o que leva a pensar mais em doenças e medicamentos. O estarem mais isolados do meio social onde se integravam, leva a depressões e situações de ansiedade. Além disso, o facto de haver um médico na instituição também predispõe ao aparecimento de mais «queixas», uma vez que há disponibilidade e fácil acessibilidade.

Com base em toda esta problemática, este trabalho se desenvolveu de forma a procurar respostas e encontrar soluções, que de alguma forma possam aligeirar estas situações.

## 2 – Enquadramento Teórico

### 2.1 - *Problemática do Envelhecimento em Portugal*

Assiste-se hoje no Mundo e Portugal não é excepção a um acentuado envelhecimento da população. A velhice e o envelhecimento humano, têm um estatuto de fenómeno social e para tal, necessita de respostas adequadas, serviços especializados especialmente orientados para as pessoas mais idosas, as quais apresentam problemas concretos. Houve necessidade de se criar uma nova ciência a *Gerontologia*, a qual estuda as pessoas mais velhas, a sua situação social e o fenómeno do envelhecimento <sup>4</sup>. Segundo dados do INE (1998), o aumento da esperança de vida e a baixa natalidade conduzem a um duplo envelhecimento da população portuguesa. Existem assim cada vez menos jovens enquanto o número de idosos, continua a aumentar. Os dados relativos às Estatísticas Demográficas de 2007<sup>5</sup>, indicam que a 31 Dezembro de 2007 a população residente em Portugal foi estimada em 10 617 575 indivíduos, sendo composta por 15,3% de jovens (com menos de 15 anos de idade), 17,4% de idosos (65 e mais anos de idade) e 67,2% de população activa (dos 15 aos 64 anos de idade).

Registaram-se 102 492 nados vivos de mães residentes no nosso País e um total de 103 512 óbitos, o que levou a que pela primeira vez na história demográfica recente de Portugal o saldo natural fosse negativo (-0,01%) <sup>5</sup>.

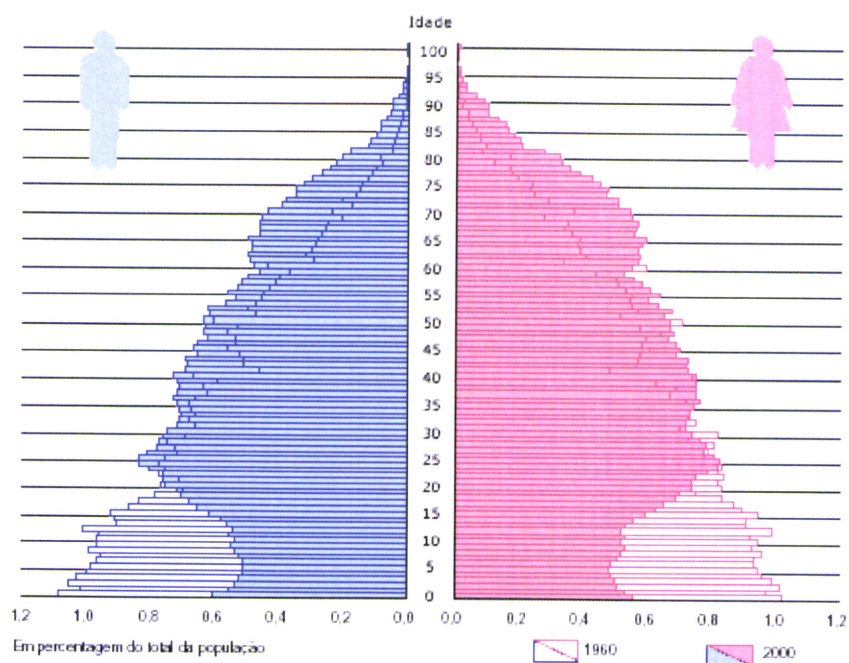
Assim, constata-se que o número de idosos já ultrapassou o número de jovens, pois o índice de envelhecimento foi de 114 idosos por cada 100 jovens, enquanto em 2006 o valor situava-se nos 112 idosos por cada 100 jovens.

Segundo Moniz<sup>6</sup>, «O século XXI será o século das novas tecnologias, mas também será o século das pessoas idosas» (2003).

Referindo estatísticas das últimas décadas, observa-se que a longevidade da população portuguesa aumentou:

-em 1960 os homens viviam até aos 60,9 anos e as mulheres até aos 66,4 anos

-em 2006 a esperança média de vida nos homens aumentou para os 75,2 anos e nas mulheres para os 81,8 anos<sup>7</sup>.



Fonte: INE/DECP, Estimativas e Recenseamentos Gerais da População

**Figura 1-** Pirâmide de idades, Portugal 1960-2000

Para demonstrar o crescimento da população idosa em Portugal nos últimos anos é importante consultar e analisar os dados publicados pelo INE (2002)<sup>8</sup>:

- em 2007 as pessoas com 65 ou mais anos de idade representavam 17,4% da população, em 2001 representavam 16,4% enquanto em 1991 não ultrapassavam os 13,6%

- relativamente à população com menos de 15 anos idade, em 1991 representava 19,7% da população enquanto em 2001 passou para 16% e em 2007 era 15,3%.

Outro dado importante a reter, é o aumento do número dos chamados «grandes idosos», aquelas pessoas com uma idade igual ou superior a 80 anos. Em 1990 este grupo, que também é denominado de 4<sup>a</sup> idade representava 2,6% da população total; em 2006 já representava 4,1%. Assim a população com 80 ou mais anos aumentou 35% entre 1990 e 2006<sup>7</sup>.

Este é então um bom indicador do aumento de longevidade da população portuguesa.

Nesta altura, Portugal é o 10º País do Mundo com maior percentagem de idosos e o 14º quando se avalia por índice de envelhecimento.

Para além do indicador esperança média de vida à nascença, deve-se ainda referir a esperança de vida aos 65 anos. Para o período entre 1990 e 2006, este passou de 15,7 anos (14,0 anos para os homens e 17,1 anos para as mulheres) para 18,2 anos (16,3 anos para os homens e 19,8 anos para as mulheres) <sup>7</sup>.

Outro dado a reter é o facto de a maioria dos idosos serem mulheres. Dos idosos estimados em Portugal (ano de 2007) <sup>11</sup>, 1 849 831 repartiam-se da seguinte forma:

- 772 405 homens, o que representa 41,8% do total

- 1 077 426 mulheres, o que representa 58,2% do total.

Segundo dados do INE, entre 1981-2007, o Índice de Envelhecimento, ou seja o valor que traduz a razão entre a população idosa e a população jovem aumentou de 45 para 114 idosos por cada 100 jovens. Para este rácio contribuiu em especial a população do sexo feminino, uma vez que existiam 134 idosas por cada 100 mulheres jovens, enquanto no sexo masculino existiam 93 idosos por cada 100 homens jovens.

A continuar este ritmo, prevê-se que nos próximos 25 anos o número de idosos venha a ultrapassar no dobro o número de jovens. As projecções apontam para um aumento da esperança média de vida para valores próximos dos 79 anos em relação aos homens e dos 85 anos para as mulheres, poderá ocorrer um decréscimo populacional a partir de 2010 e até 2050, a par do envelhecimento populacional continuado, haverá um aumento do índice de dependência de idosos para valores que rondarão os 58 idosos por cada 100 pessoas em idade activa, o que será o dobro dos actuais 26. O aumento do índice de envelhecimento irá atingir os 242 idosos por cada 100 jovens, o que também representa o dobro do valor actual<sup>7</sup>.

Segundo dados de 2002, relativos à mortalidade<sup>9</sup> e ao facto de esta ocorrer, em média, cada vez mais tarde, era possível ver à altura que por cada 100 casamentos dissolvidos por morte, sobreviveram 71 viúvas contra 29 viúvos.

Por seu lado foi possível verificar quando se analisou a diferença de população com 65 ou mais anos a viver sós, por sexo, são sobretudo as mulheres que o fazem. Em 2006, 28,8% das mulheres com mais de 65 anos viviam sós, comparativamente aos

9,4% de homens<sup>7</sup>, o que resulta fundamentalmente do factor referido no parágrafo anterior.

Existem outros dados que são também curiosos para o enquadramento teórico deste trabalho tais como:

- as mulheres idosas consideram que têm um estado de saúde mais débil e precário que os homens, mas para os dois sexos as categorias mais votadas para descrever o seu estado de saúde variam entre o mau e o razoável. Refira-se contudo que 14,5% dos homens até consideravam ter um bom estado de saúde contra apenas 6,5% das mulheres.

- a especialidade médica mais procurada é a medicina geral e familiar, tanto nos homens como nas mulheres. Seguem-se a cardiologia e urologia para os homens e a ortopedia e oncologia entre as mulheres.

Outro dos aspectos que não foi ainda debatido, é o das condições de vida dos idosos. Segundo dados do INE, os agregados familiares com idosos apresentam piores resultados quando comparados com o total da população. Em consequência do referido, os idosos são também um dos grupos mais desfavorecidos economicamente, onde se pode falar de pobreza sem exagero do termo.

Tal facto deve-se aos baixos rendimentos que os idosos auferem, cuja fonte principal são as parcas pensões. Os agregados constituídos por idosos sós registam as mais elevadas taxas de pobreza.

As pensões que vigoram no nosso País podem ser do regime contributivo ou não contributivo, consoante o idoso tenha feito ou não descontos à Segurança Social. Os idosos que pertençam ao regime contributivo podem ter direito à pensão de velhice, obtida com o limite de idade, ou seja, mais de 65 anos; ou ainda pensão por invalidez a qual resulta da compensação da perda de remuneração devido a incapacidade antecipada para o trabalho.

Para os idosos que estejam abrangidos pelo regime não contributivo apenas podem beneficiar da pensão social ou da de viuvez. A pensão social destina-se aqueles que não possuam qualquer outro regime de protecção social, rendimentos ilíquidos de qualquer espécie ou que esse não exceda em 30% o valor do ordenado mínimo nacional no caso de pessoa isolada ou 50% se for casal.

Dado o rápido crescimento da população idosa, não tem sido possível fazer crescer a resposta social ao mesmo ritmo. Mas, para evitar um maior «fosso» e maiores situações de pobreza, durante o Programa do XVII Governo Constitucional, «... Criação de uma Prestação Extraordinária de combate à pobreza dos idosos, para que finalmente nenhum pensionista tenha que viver com um rendimento abaixo de 300 euros»<sup>10</sup>. Como já tinha sido referido anteriormente, é entre a população idosa que o risco de pobreza é mais acentuado; dados relativos a 2001 indicavam que o risco global de pobreza situava-se nos 20%, enquanto para os idosos esse valor subia para os 30% e entre os idosos isolados esse valor atingia 46%.

Em Portugal existiam cerca de 1 milhão de idosos com pensões inferiores a 300 euros, dos quais 30% encontravam -se em Risco de Pobreza.

Podem auferir do CSI, cidadãos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes em território nacional e cujos recursos económicos sejam inferiores ao limiar de referência para a atribuição da prestação extraordinária <sup>10</sup>.

Tendo o trabalho sido desenvolvido numa freguesia rural no interior de Portugal, mais precisamente no Alentejo, procurou-se estudar a realidade do envelhecimento demográfico nesta zona do País. Como é sabido, a região Alentejo é a maior região de Portugal, ocupando uma superfície de 31 384 Km<sup>2</sup>, mas com a menor densidade populacional, apenas 24,35 habitantes/Km<sup>2</sup>, em contraste com os 112,34 da média nacional. Nas últimas quatro décadas a região do Alentejo tem sido caracterizada por uma perda acentuada de população. A perda populacional deve-se em especial ao envelhecimento da população, ao êxodo rural para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida. Esta região apresentou no ano de 2007 um saldo natural negativo de 3950 indivíduos.

Saliente-se que em 2007, o nível de envelhecimento no Alentejo encontrava -se muito acima da média nacional: 178 idosos por cada 100 jovens<sup>11</sup>.

No distrito de Évora, em 1991, a população com mais de 65 anos representa 18,4% da população total, sendo que 1,5% da população era composta por «grandes idosos». Como se vê, a percentagem de população idosa neste distrito ultrapassa a média nacional. Évora era então o 5º distrito mais envelhecido do País<sup>12</sup>.

Segundo os Censos 2001, a população com mais de 65 anos já representava 22% da população total do Distrito de Évora, mas esse valor passa para 23,8% quando são analisadas as estimativas da população residente relativas ao ano de 2007 <sup>11</sup>.

Saliente-se que houve uma nítida inversão das pirâmides etárias o que obrigou a uma importante reflexão por parte do poder político, da sociedade civil e das famílias, o que conduziu a desafios para os quais ninguém se encontrava preparado.

Citando o Programa Nacional para a das Pessoas Idosas<sup>13</sup> «... *A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus.*

*É, assim que o envelhecimento humano pode ser definido como processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida. ...».*

O envelhecimento por si só não é um problema, mas uma parte do ciclo natural de vida, trata-se apenas de mais uma etapa na vida de quem atingiu estas idades. Os problemas são os específicos do envelhecimento:

- doenças crónicas
- diminuição da autonomia
- factores que conduzem diminuição da capacidade produtiva
- alterações psicológicas em muitos casos graves,

o que implica uma acção integrada ao nível da mudança de comportamentos e atitudes da população em geral e da formação dos profissionais de saúde e de outros campos de intervenção social , para além da adequação dos serviços de saúde e apoio social a essas novas realidades sociais e familiares que acompanham o envelhecimento demográfico<sup>14</sup>.

Tudo aquilo que permita desenvolver acções mais próximas dos cidadãos idosos, que sejam capazes de estimular a sua autonomia e independência, permitindo baixar custos e humanizar os cuidados serão bem – vindas.



Estimular os nossos idosos a conseguir viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida deve ser um objectivo pessoal e ao mesmo tempo uma responsabilidade colectiva.

Consultando a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, no seu artigo 25º diz-se o seguinte: «A União reconhece o direito das pessoas idosas a uma existência condigna e independente e à sua participação na vida social e cultural»<sup>15</sup>.

Por seu lado, a Organização Mundial Saúde em 2000, definiu como meta para a primeira década do século XXI, o Envelhecimento Activo<sup>16</sup>, o qual se define como um processo de optimização e de oportunidades, tanto ao nível da saúde como da segurança, o que conduz a um aumento da qualidade de vida durante o envelhecimento.

Torna-se importante reflectir numa citação de Martins<sup>16</sup>, «Neste cenário, o que nos é permitido observar, é que tanto a velhice como o envelhecimento da população têm sido equacionados entre nós, nos últimos anos, como uma patologia. Este fenómeno encontra explicação no contexto da cultura ocidental, onde é dominante um modelo de desenvolvimento, assente fundamentalmente sobre os mitos do crescimento económico e da produtividade, da qual resulta uma visão redutora do homem e da sociedade, que se encontra dividida pelo mercado de trabalho entre membro activo e membros inactivos.»

Uma vez aceite o problema social da velhice, então há necessidade de designar as políticas de velhice «conjunto de intervenções públicas, ou acções colectivas, cujo objectivo consiste em estruturar de forma explícita ou implícita as relações entre a velhice e a sociedade»<sup>16</sup>.

O importante e o desejável para os nossos idosos é terem um envelhecimento de qualidade em condições condignas. Envelhecer com Saúde, Autonomia e Independência, desafio individual e colectivo, que pode ter significado no desenvolvimento económico do País<sup>13</sup>.

Voltemos um pouco atrás no texto, ao conceito de Envelhecimento Activo<sup>17</sup>, é importante ter em conta os diferentes determinantes a ter em conta. A nível dos determinantes comportamentais, à que adoptar estilos de vida saudáveis e participação activa no seu envelhecimento<sup>1</sup>. Não envolve apenas os indivíduos, mas também as famílias e as próprias nações. Uma forte evidência sobre o que determina



a saúde, leva a que todos estes factores bem como a sua interacção, sirvam de referência à qualidade do envelhecimento.

Podemos descrever Saúde, como o resultado das experiências passadas em termos de estilo de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem, sendo a qualidade de vida nas pessoas idosas, muito influenciada pela capacidade de manter a autonomia e independência. A realidade por vezes mostra, que apesar dos enormes progressos conseguidos nos últimos anos pela Medicina, continua a existir um aumento de doenças e de incapacidade, que estão relacionadas com situações passíveis de prevenção.

Nunca é tarde para aprender, seja o que for, o importante é manter o corpo e a mente activos, prevenir o declínio funcional, prolongar a longevidade mas em boas condições físicas e mentais. Devem ser melhorados os cuidados com a nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool e tabaco bem como a manutenção da prática de actividade física regular ao longo da vida, para além de um melhor controlo das situações de stress.

Importa voltar a referir, que, quer do ponto de vista fisiológico quer psicológico, os determinantes da saúde, conforme se envelhece está ligado ao género. Os homens vivem em termos relativos, mais tempo sem incapacidade física de longa duração, embora tenham uma esperança de vida inferior à das mulheres. O homem tem menos presente o conceito de Medicina Preventiva, recorre na maioria dos casos à curativa, o que nalgumas patologias já é tarde demais.

O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2004-2010) <sup>13</sup> assenta em três pontos considerados de maior realce:

\*promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida

\*maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas

\*promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capazes de gerar autonomia e independência das pessoas idosas.

A finalidade é poder contribuir para a generalização e prática do conceito de envelhecimento activo, tendo como objectivo geral:

*«Obter ganhos em anos de vida com independência»<sup>18</sup>*

Para finalizar, mostra-se o esquema representativo do Envelhecimento Activo (Figura2), aquilo que esperamos dos nossos idosos nas próximas gerações.

Para terminar apresento uma citação feita por o Secretário - Geral das Nações Unidas à altura, Kofi Anam (2002): *«A expansão do envelhecer não é um problema. É sim uma das maiores conquistas da Humanidade. O que é necessário é traçarem-se políticas ajustadas para envelhecer são, autónomo, activo e plenamente integrado. A não se fazerem reformas radicais, teremos em mãos uma bomba relógio a explodir em qualquer altura».*

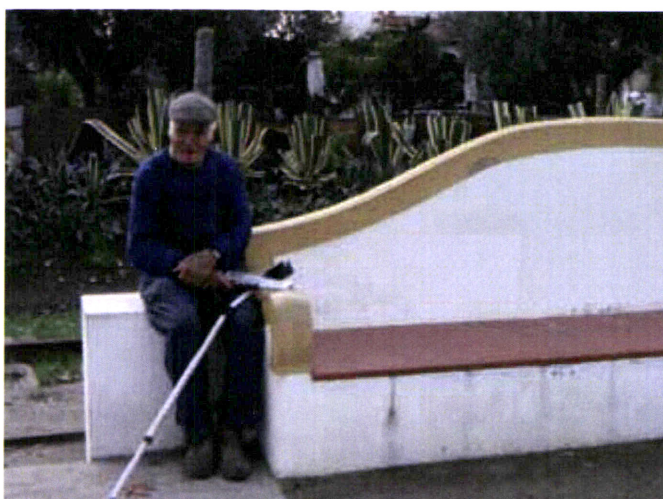
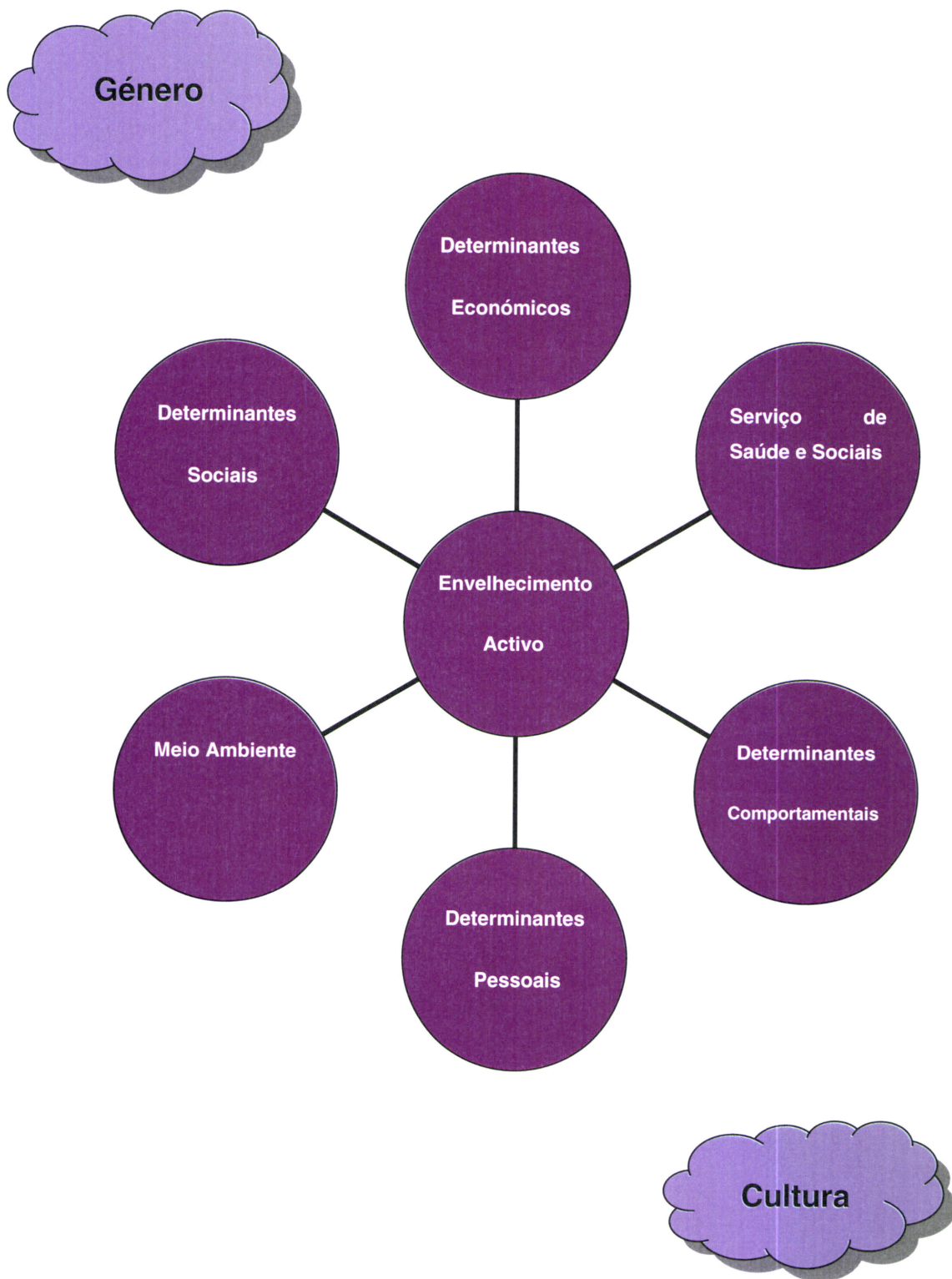


Imagem retirada do Jornal «Palavra» - Caderno 20 (13 de Dezembro de 2006)



**Figura 2-** Determinantes do Envelhecimento Activo (Fonte: OMS,2002)

**POPULAÇÃO RESIDENTE EM PORTUGAL  
POR DISTRITOS, GRANDES GRUPOS ETÁRIOS E SEXO**

**ESTIMATIVAS 2007 \***

DISTRITOS		GRUPOS ETÁRIOS					ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA			ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO
		TOTAL	0-14	15-24	25-64	65+	TOTAL	JOVENS	IDOSOS	
	T	734.195	113.216	89.347	414.568	117.064	45,7	22,5	23,2	103,4
AVEIRO	H	357.637	57.704	45.609	204.224	50.100	43,2	23,1	20,1	86,8
	M	376.558	55.512	43.738	210.344	66.964	48,2	21,9	26,4	120,6
	T	153.091	19.939	16.829	79.529	36.794	58,9	20,7	38,2	184,5
BEJA	H	76.015	10.268	8.734	41.197	15.816	52,2	20,6	31,7	154,0
	M	77.076	9.671	8.095	38.332	20.978	66,0	20,8	45,2	216,9
	T	862.191	147.169	117.464	486.260	111.298	42,8	24,4	18,4	75,6
BRAGA	H	420.280	75.759	60.131	238.229	46.161	40,9	25,4	15,5	60,9
	M	441.911	71.410	57.333	248.031	65.137	44,7	23,4	21,3	91,2
	T	142.049	16.017	16.264	73.918	35.850	57,5	17,8	39,8	223,8
BRAGANÇA	H	68.803	8.196	8.165	36.949	15.493	52,5	18,2	34,3	189,0
	M	73.246	7.821	8.099	36.969	20.357	62,5	17,4	45,2	260,3
	T	199.094	23.687	21.278	103.408	50.721	59,7	19,0	40,7	214,1
CASTELO BRANCO	H	95.856	12.153	10.925	51.890	20.888	52,6	19,4	33,3	171,9
	M	103.238	11.534	10.353	51.518	29.833	66,9	18,6	48,2	258,7
	T	434.311	58.439	46.381	238.832	90.659	52,3	20,5	31,8	155,1
COIMBRA	H	207.433	29.800	23.735	116.488	37.410	47,9	21,3	26,7	125,5
	M	226.878	28.639	22.646	122.344	53.249	56,5	19,8	36,7	185,9
	T	169.788	22.501	18.117	89.028	40.142	58,5	21,0	37,5	178,4
ÉVORA	H	83.021	11.755	9.302	44.741	17.223	53,6	21,8	31,9	146,5
	M	86.767	10.746	8.815	44.287	22.919	63,4	20,2	43,2	213,3
	T	426.386	64.848	46.286	234.755	80.497	51,7	23,1	28,6	124,1
FARO	H	213.457	33.566	23.830	119.950	36.111	48,5	23,4	25,1	107,6
	M	212.929	31.282	22.456	114.805	44.386	55,1	22,8	32,3	141,9
	T	172.304	20.058	20.114	88.929	43.203	58,0	18,4	39,6	215,4
GUARDA	H	82.109	10.256	10.234	43.768	17.851	52,1	19,0	33,1	174,1
	M	90.195	9.802	9.880	45.161	25.352	63,9	17,8	46,1	258,6
	T	479.499	71.685	55.616	262.475	89.723	50,7	22,5	28,2	125,2
LEIRIA	H	233.897	36.799	28.334	129.877	38.887	47,8	23,3	24,6	105,7
	M	245.602	34.886	27.282	132.598	50.836	53,6	21,8	31,8	145,7
	T	2.232.700	350.830	231.020	1.260.956	389.894	49,7	23,5	26,1	111,1
LISBOA	H	1.070.527	179.701	117.137	613.787	159.902	46,5	24,6	21,9	89,0
	M	1.162.173	171.129	113.883	647.169	229.992	52,7	22,5	30,2	134,4
	T	118.141	14.886	12.470	60.216	30.569	62,5	20,5	42,1	205,4
PORTALEGRE	H	57.132	7.595	6.440	30.109	12.988	56,3	20,8	35,5	171,0
	M	61.009	7.291	6.030	30.107	17.581	68,8	20,2	48,7	241,1
	T	1.820.752	299.433	221.681	1.044.762	254.876	43,8	23,6	20,1	85,1
PORTO	H	878.389	153.137	112.753	507.444	105.055	41,6	24,7	16,9	68,6
	M	942.363	146.296	108.928	537.318	149.821	45,8	22,6	23,2	102,4
	T	466.011	64.144	50.807	251.271	99.789	54,3	21,2	33,0	155,6

SANTARÉM	H	225.955	33.052	26.094	125.302	41.507	49,3	21,8	27,4	125,6
	M	240.056	31.092	24.713	125.969	56.282	59,3	20,6	38,7	187,5
	T	853.445	133.573	91.955	488.067	139.850	47,1	23,0	24,1	104,7
SETÚBAL	H	416.722	68.485	46.825	240.296	61.116	45,1	23,9	21,3	89,2
	M	436.723	65.088	45.130	247.771	78.734	49,1	22,2	26,9	121,0
	T	251.676	33.782	30.562	134.975	52.357	52,0	20,4	31,6	155,0
VIANA DO CASTELO	H	118.541	17.421	15.733	64.682	20.705	47,4	21,7	25,8	118,9
	M	133.135	16.361	14.829	70.293	31.652	56,4	19,2	37,2	193,5
	T	217.338	27.946	27.263	117.232	44.897	50,4	19,3	31,1	160,7
VILA REAL	H	105.305	14.382	13.908	58.430	18.585	45,6	19,9	25,7	129,2
	M	112.033	13.564	13.355	58.802	26.312	55,3	18,8	36,5	194,0
	T	393.909	56.216	50.107	208.425	79.161	52,4	21,7	30,6	140,8
VISEU	H	190.278	28.949	25.615	102.594	33.120	48,4	22,6	25,8	114,4
	M	203.631	27.267	24.492	105.831	46.041	56,3	20,9	35,3	168,9
REGIÕES AUTÓNOMAS E CONTINENTE	GRUPOS ETÁRIOS					ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA			ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	
	TOTAL	0-14	15-24	25-64	65+	TOTAL	JOVENS	IDOSOS		
AÇORES	T	244.006	46.437	37.408	129.933	30.228	45,8	27,8	18,1	65,1
	H	120.957	23.871	19.222	65.630	12.234	42,6	28,1	14,1	51,3
	M	123.049	22.566	18.186	64.303	17.994	49,2	27,4	21,8	79,7
MADEIRA	T	246.689	44.046	35.035	135.349	32.259	44,8	25,9	18,9	73,2
	H	116.493	22.642	17.997	64.601	11.253	41,0	27,4	13,6	49,7
	M	130.196	21.404	17.038	70.748	21.006	48,3	24,4	23,9	98,1
CONTINENTE	T	10.126.880	1.538.369	1.163.561	5.637.606	1.787.344	48,9	22,6	26,3	116,2
	H	4.901.357	788.978	593.504	2.769.957	748.918	45,7	23,5	22,3	94,9
	M	5.225.523	749.391	570.057	2.867.649	1.038.426	52,0	21,8	30,2	138,6
PORTUGAL	T	10.617.575	1.628.852	1.236.004	5.902.888	1.849.831	48,7	22,8	25,9	113,6
	H	5.138.807	835.491	630.723	2.900.188	772.405	45,5	23,7	21,9	92,5
	M	5.478.768	793.361	605.281	3.002.700	1.077.426	51,9	22,0	29,9	135,8
H: homens M: mulheres T: total (ambos os sexos)						* População residente em 31 de Dezembro de 2007				

Fonte: Instituto Nacional de Estatística. Estimativas provisórias de população residente, 2007. Portugal, NUTS II, NUTS III e municípios. Lisboa: INE-IP, 2008

**Tabela 1-** População Residente em Portugal por Distritos, Grandes grupos etários e Sexo. Estimativas 2007

## **2.2 - A Institucionalização de Idosos em Portugal**

Para começar a desenvolver este ponto, começo por citar a mensagem proferida pelo Ministro da Solidariedade Social, durante o seminário «Envelhecer: um Direito em construção» (1998)

*«... estão a dar-se grandes transformações estruturais na sociedade portuguesa; transformações demográficas, económicas, sociais e culturais, de que o envelhecimento é um efeito e ao mesmo tempo um factor. Trata-se de um fenómeno global, que afecta não só os idosos, mas também as famílias, todos os meios e estratos sociais, nalguns dos quais com particular gravidade colidindo com a capacidade das famílias em responder a esse desafio. É um fenómeno social que a todos diz respeito ...».*

É importante analisar os fenómenos que ocorreram numa perspectiva histórica. Uma das grandes alterações no pós 25 Abril (regresso de Portugal ao regime democrático após 48 anos de Ditadura), foi a generalização do trabalho feminino fora do ambiente familiar. Como consequência, as crianças e os idosos que permaneciam em casa sob supervisão feminina, são agora conduzidas para instituições de forma a permitir à mulher trabalhar e fazer face às alterações sociais ocorridas. A mulher passa a ter dois papéis ou melhor dizendo dois trabalhos - o remunerado e o familiar.

A partir do momento que a mulher se ausenta de casa para trabalhar a «estrutura familiar» sofre algumas fissuras, havendo necessidade de proceder ao alargamento da rede social de alojamento para idosos e de ocupação para as crianças.

Este conceito está associado a sociedades cujo crescimento económico emergiu da revolução industrial. A sociedade passou a concentrar a sua atenção na actividade produtiva, apenas aquela com valor económico<sup>4</sup>.

As actividades socialmente úteis, mas sem valor económico (onde podemos enquadrar actividades desenvolvidas por idosos), são desvalorizadas e não são consideradas para efeito de crescimento económico.

Por outro lado, não devemos esquecer o facto da população idosa, possuir a ideia de família ampliada com importante papel para o final dos seus dias. No seu tempo de filhos, havia uma convivência com avós, tios, primos o que dava resposta às

necessidades emergentes no núcleo familiar. No Mundo Ocidental, a chegada da industrialização levou ao desaparecimento dos modelos de família que assentavam na economia da terra. O conceito de família tradicional, o clã onde avós, pais e netos se congregavam na mesma casa alterou-se. Aquele que era o mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação - a família – transformou-se e passou a existir incompatibilidade na coabitação com os mais velhos<sup>3</sup>. A necessidade de cada vez maior especialização laboral conduz à segregação etária a que se assiste: aqueles que aprendem, os que produzem e os que saíram do ciclo produtivo (caso dos idosos).

Existe hoje um marcado desaparecimento da família como garante de estrutura para o futuro. Hoje em dia, tem-se a ideia de que existem instituições que podem substituir a família nas suas funções. Mas esta, continua a ser um elemento terapêutico para o idoso, pois como sabemos a velhice trás diminuição na capacidade de adaptação, o que justifica a dependência relativamente ao ambiente familiar e a dificuldade que muitas vezes os idosos têm em se integrar numa instituição.

A mudança de perfil social de família diminui as possibilidades desta ser um elemento terapêutico e em muitos casos é exigida a institucionalização do idoso. Não quer dizer que se trate de uma rejeição familiar, mas sim uma verdadeira incapacidade de gerir a situação, de familiares que trabalham e não podem dar a atenção que a situação exige.

Quando se pensa no idoso e na institucionalização, a decisão de viver numa instituição não é fácil e existem muitos factores a serem ponderados. Os motivos que maioritariamente levam o idoso a entrar para um Lar são:

- Problemas de incapacidade ou dependência física
- Falta de recursos económicos para manter os idosos em casa
- Viuvez
- Mau relacionamento com a família
- Solidão



Socialmente, uma das prioridades quando se fala em idosos centra-se no espaço residencial. Uma avaliação idónea e independente, permite dizer que o local onde o idoso se sente melhor é sem dúvida a sua casa, pois é nela que encontra a sua identidade. Segundo dados dos Censos de 2001 (INE), apenas cerca de 3,0% dos idosos portugueses se encontravam institucionalizados. São maioritariamente mulheres (69%) e 85% dos residentes têm mais de 75 anos. A institucionalização é a terceira resposta social com mais peso entre as várias valências reconhecidas pela Segurança Social (20%)<sup>19</sup>. A institucionalização embora não sendo a resposta mais favorável é com toda a certeza em muitos casos a opção mais segura e a resposta mais satisfatória<sup>12</sup>. Sendo Portugal um país europeu, importa fazer um enquadramento, relativamente à realidade da Europa.

Os estados membros a Norte da Europa, estão mais desenvolvidos no que respeita à resposta social do tipo Lar do que em relação aos cuidados comunitários. No que diz respeito aos estados membros a Sul da Europa, a institucionalização é considerada escassa, são países onde a família ainda está muito ligada à prestação de cuidados aos idosos. Não podemos esquecer que por detrás, estão mitos culturais; aquilo a que desde o século XX damos o nome de Lar de Idosos, foram desde o século XV e até então designados por Asilos ou Albergues, que na altura se destinavam a acolher aqueles que não tinham ninguém que deles cuidasse.

Até agora, não foi feita qualquer definição relativamente às diferentes opções hoje vigentes na realidade social de Portugal. Um trabalho desta envergadura aconselha que tal seja feito, bem com em breve enquadramento histórico de como foram surgindo no panorama actual.

Quase até final da década de 60 (séc. XX), os problemas relacionados com a população idosa não mereciam qualquer tipo de preocupação especial e a política de protecção a essas pessoas poderia mesmo considerar-se inexistente. Terá sido em 1971, com a criação do serviço de Reabilitação e Protecção aos Diminuídos e Idosos, no âmbito do Instituto da Família e Acção Social, da dependência da Direcção Geral da Assistência Social, que pela primeira vez se procuram soluções para os problemas da população idosa<sup>16</sup>.

Mas será em 1976, já com as mudanças políticas em Portugal, que a redacção da nova Constituição consagra o Direito à Segurança Social.

As alterações políticas conduziram paralelamente a alterações no contexto social, com a necessidade de alargamento da rede de equipamentos para idosos, que estão

divididas pelas IPSS e também por organizações privadas, apoiadas financeiramente pelo Estado, através de protocolos de cooperação <sup>16</sup>.

Dispomos hoje em Portugal (Continente e Ilhas) dos seguintes equipamentos sociais para idosos:

**Lares de Idosos** – define-se como sendo um estabelecimento que desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes<sup>20</sup>.

São objectivos específicos dos Lares para Idosos:

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar
- d) Potenciar a integração social

As condições gerais de funcionamento dos Lares para Idosos devem garantir e proporcionar ao idoso:

- a) A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- b) Uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo prescrições médicas;
- c) Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso;
- d) A realização de actividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;

- e) Um ambiente calmo, confortável e humanizado;
- f) Os serviços domésticos necessários ao bem - estar do idoso destinados, nomeadamente, à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupas.

O funcionamento do Lar deve ainda permitir:

- a) A convivência social, através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal do Lar e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;
- b) A participação dos familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem – estar e equilíbrio psico -afectivo do residente;
- c) A assistência religiosa, sempre que o idoso a solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares<sup>20</sup>.

Deve ainda ter-se em consideração a capacidade que os Lares devem obedecer, a qual não deve ser inferior a 4 pessoas e superior a 120, no caso dos estabelecimentos correspondentes a estruturas residenciais, tendo em conta a adequação das áreas funcionais; no que diz respeito à capacidade dos quartos é de uma ou duas camas, sendo que, pelo menos, 25% dos mesmos devem corresponder a quartos individuais<sup>21</sup>.

Outro dos factores a ter em conta é os recursos humanos. Aqui está um ponto muito delicado, pois recrutar e seleccionar o pessoal adequado e necessário para trabalhar é algo exigente. Deve ter-se em conta que esse tipo de equipamento social funciona 24 horas por dia, 7 dias na semana e 365 dias por ano, logo o regime de turnos é indispensável.

Além disso, o Lar deve ter um Director – Técnico<sup>19</sup>, que deve ser alguém com formação na área das ciências sociais e humanas. Ao director compete, dirigir o

estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de actividades e a coordenação e supervisão do pessoal, de forma que exista uma gestão adequada ao bom funcionamento, e em especial:

- a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;
- b) Promover reuniões com os utentes, nomeadamente para a preparação de actividades a desenvolver;
- c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;
- d) Planificar e coordenar as actividades sociais, culturais, recreativas e ocupacionais dos idosos.

Convém referir que a insuficiência de Lares de Idosos estatais levou à abertura desenfreada de lares privados, onde o fins lucrativos imperam, em muitos casos funcionam de forma ilegal e sem as mínimas condições que permitam ao idoso viver o fim dos seu dias com dignidade.

**Centros de Dia** – constituem um tipo de apoio dado através da prestação de serviços dirigidos a idosos na comunidade, cujo objectivo fundamental é desenvolver actividades que proporcionem a manutenção dos idosos no seu meio sócio – familiar.

**Apoio Domiciliário** – consiste na prestação de serviço, por ajudantes e/ou familiares no domicilio dos utentes, quando estes, por motivo de doença ou outro tipo de dependência, sejam incapazes de assegurar temporária ou de forma permanente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as suas actividades diárias<sup>22</sup>.

Este tipo de apoio social tem vindo a adquirir adeptos uma vez que se caracteriza pela prestação de um serviço de proximidade, com cuidados individualizados e personalizados. Por outro lado, permite ao idoso permanecer na sua casa ou do familiar, junto da família e o quadro referencial para a identidade social do idoso permanece inalterada. Mas refira-se que este tipo de resposta social apenas se torna satisfatória quando o idoso tem condições mínimas para permanecer sozinho no seu

domicílio ou viva acompanhado de por alguém, pois este apoio não é fornecido 24 horas por dia, como acontece no caso de internamento em Lar.

Fazendo referência às conclusões de um estudo de Paúl (1997)<sup>23</sup> sobre residências para idosos aparecem os seguintes dados: «... a insatisfação com a casa em que habitam ou a zona de residência em que está inserida nunca nos surgiu ao longo das inúmeras entrevistas que realizámos junto da população idosa. Já os problemas de saúde, que limitam o funcionamento dos idosos, e a falta de recursos económicos para fazer face a reparos necessários à manutenção da casa, apareceram-nos inúmeras vezes como factor próximo que antecedeu a institucionalização».

A institucionalização surge na maioria dos casos, como a última alternativa para a família do idoso, ou para o próprio quando não tem família ou por alguma razão não convivem. O motivo que surge como prioritário para o internamento é o isolamento. A não existência de uma rede social capaz de promover a integração social e familiar do idoso, que lhe permita continuar no seu domicílio. Para quem trabalha junto dos idosos, com toda a certeza já ouviu inúmeras vezes a expressão: «A solidão mata lentamente».

Não podemos de forma alguma esquecer, o quanto será difícil para os idosos, ao chegarem a esta altura da sua vida e terem de fazer uma «aprendizagem» das novas realidades com que se vão deparar ao chegar a uma Instituição. A perda de privacidade, o compartilhar de espaços íntimos (entenda-se quarto) com alguém que não conhecem. A grande maioria dos idosos residentes em Lares não entram de livre vontade, mas sim, porque os problemas de saúde eram demasiado graves para permanecerem no domicílio, ou porque a família não possui condições para tratar deles, a ausência de família ou parentes próximos.

Independentemente da qualidade da Instituição onde sejam integrados, não devemos esquecer o afastamento que ocorre da vida dita «normal». Existe uma perda do convívio social, o mesmo, limita-se aos utentes entre si.<sup>24</sup>

A situação pode em casos mais extremos conduzir a uma rápida degradação física e mental. Reveste-se de especial importância, que o idoso faça uma adaptação ao contexto residencial, como forma de preservação da sua saúde física e do seu bem – estar psicológico <sup>19</sup>.

Outra conclusão possível de ser tirada, é que as perturbações psiquiátricas são mais frequentes em idosos institucionalizados, nomeadamente as situações de depressão.

Saliente-se que outra situação que dificulta a adaptação dos idosos à sua nova residência é a falta de preparação técnica do pessoal que presta serviço como auxiliar.

Refira-se que em trabalhos consultados<sup>19</sup>, onde se faz a comparação entre os equipamentos públicos e privados se denotam diferenças de opinião por parte dos utilizadores. Segundo Duarte<sup>19</sup>, os idosos institucionalizados em lares públicos referem a existência de poucos funcionários para o número de utentes, os quais não têm tempo para falar com eles e para prestar sempre que possível uma intervenção individualizada.

Os residentes em lares públicos vivem uma situação funcional mais dependente, pois não são impulsionados a desenvolverem tarefas no Lar que estejam ao seu alcance, minimizam a «utilidade» do idoso.

Também nestes equipamentos públicos, denota-se a falta de actividades lúdicas e recreativas, as quais são importantes para manter o idoso ocupado e activo e que como vimos anteriormente por força de Lei os Lares devem implementar<sup>20</sup>.

Assim, pode-se concluir que embora não sendo a solução óptima é nalguns casos a única que resta ser tomada. Fica ainda a nota, que o Alentejo é a região do país com mais idosos a viver em Instituições, respectivamente 3,9% contra os 2,5% da média nacional<sup>12,25</sup>; no grupo dos 65-69 anos esse valor era de 1,0%, subindo para os 10,5% no grupo dos 80 e mais anos (INE, 1991). Registe-se que segundo dados dos Censos de 2001, o distrito de Portugal que apresentava um maior índice de envelhecimento era o de Portalegre (194,5)<sup>26</sup>.

Tal facto pode ser explicado através da desertificação que nos últimos anos esta região tem sofrido, ficando para trás os idosos entregues à sua solidão.

Recuemos umas décadas e encontramos uma população que na sua maioria se dedicava à agricultura; nascia-se na propriedade onde trabalhava toda a vida, onde nasciam os filhos, que por sua vez cresciam e constituíam família e onde os idosos ficavam até ao fim dos seus dias. Como a longevidade era menor, geralmente a convergência de gerações não ia além das três.

Com as alterações sociais, as pessoas começaram a ser seduzidas pela vida nas grandes cidades, onde existia uma maior perspectiva relativamente ao mercado de trabalho bem como a melhores condições de vida.

Com o aumento da esperança de vida, as pessoas com 65 anos têm fortes probabilidades de juntar quatro gerações; são paralelamente filhos, pais e avós.

Interessa ainda fazer um realce ao tipo de equipamento social onde decorreu o trabalho de investigação.

Trata-se de um Lar de Idosos, pertença da Misericórdia local que possui três valências:

- 1) Internamento
- 2) Centro de Dia
- 3) Apoio Domiciliário

A valência que apresenta maior número de utentes é a do internamento, seguida pelo apoio domiciliário, os utentes apenas em centro de dia são muito poucos.

Para podermos fazer uma análise ainda mais precisa, e ver até que ponto a institucionalização de idosos tem demonstrado grande importância, vamos ao pormenor do Distrito de Évora (ao qual pertence a localidade cujo Lar foi objecto de estudo). Segundo a Carta Social<sup>27</sup> (dados relativos a 2007), num universo de 1584 Lares de Idosos existentes em Portugal Continental, 61 situavam-se no Distrito de Évora, ou seja 3,85% dos existentes em todo o País. Mas, não esqueçamos que isto se passa na região de Portugal, com menor densidade populacional.

Contudo, saliente-se mais uma vez que a região Alentejo, foi das que, durante as últimas décadas, mais sofreu com a emigração e imigração. Para trás ficaram sempre os mais idosos. Por outro lado, algumas dessas pessoas que durante a sua juventude «abandonaram» as suas localidades em busca de melhores condições de vida, ao atingirem a idade de reforma regressam às suas origens, para gozarem a sua velhice.

NÚMERO DE RESPOSTAS SOCIAIS

Distritos	Creche	Centro de Actividades Ocupacionais	Lar Residencial	Centro de Dia	Lar de Idosos	Serviço de Apoio Domiciliário (Idosos)
Aveiro	185	26	19	121	76	142
Beja	27	6	3	47	53	57
Braga	174	22	13	96	110	184
Bragança	24	5	3	89	65	82
Castelo Branco	55	6	7	126	49	145
Coimbra	121	25	13	162	104	172
Évora	50	8	7	80	61	73
Faro	95	9	5	59	57	63
Guarda	46	11	4	171	93	197
Leiria	104	14	13	81	107	120
Lisboa	464	73	50	231	263	262
Portalegre	36	4	3	68	55	66
Porto	297	54	29	167	160	201
Santarém	58	15	9	117	82	145
Setúbal	172	11	5	105	89	93
Viana do Castelo	37	11	3	38	41	63
Vila Real	47	5	3	45	35	93
Viseu	73	9	7	83	84	151
<b>TOTAL</b>	<b>2 065</b>	<b>314</b>	<b>196</b>	<b>1 886</b>	<b>1 584</b>	<b>2 309</b>



**Tabela 2 – N°de equipamentos sociais existentes em Portugal Continental (2007).**

Só como achega aos dados já referidos anteriormente, com base nos dados divulgados através do Relatório de 2006 da Carta Social<sup>27</sup>, refira-se a taxa de crescimento observada em Portugal relativamente às diferentes respostas sociais para os idosos, no período compreendido entre 1998 – 2006:

- 1) Apoio Domiciliário aumentou 75,5%
- 2) Centro de Dia aumentou 40,6%
- 3) Lar de Idosos aumentou 28,4%
- 4) A taxa média de utilização das diferentes respostas sociais foi de 88,2%
- 5) A taxa mais alta de ocupação incidiu sobre os Lares de Idosos com uma percentagem de ocupação de 97,2%.

Isto espelha bem a realidade social que estamos a viver, no que respeita a tão grande envelhecimento demográfico.

Gostava de terminar este ponto com referência a Costa<sup>28</sup> «*Mercê de progressivas alterações, mutações sociais e reformas, começaram a surgir não só os problemas relacionados com a “inactividade pensionada”, em que as pessoas com determinada idade são pagas para ficarem inactivas, o que lhes assegura algum bem estar económico, mas os custos reflectem-se na população cativa, como também começaram a surgir problemas sociais, nomeadamente os da rejeição, afastamento, internamento, residencialismo, “gaiola dourada”ou hotelaria de luxo para idosos, com as consequências que daí advêm, tanto na imagem que a sociedade tem dos idosos, como na forma como vai sendo progressivamente construída a categoria social da velhice*».

## **2.3 - Os idosos e os Medicamentos**

Os idosos como sabemos através da experiência profissional, é o grupo da população que mais medicamentos consomem. Em países desenvolvidos, estima-se que as pessoas com mais de sessenta anos consumam aproximadamente 50% dos fármacos prescritos e são responsáveis por 60% dos custos com medicamentos, ainda que representem 12 a 18% da população desses países.<sup>29</sup>

Como a prevalência das doenças aumenta com a idade é de prever que os idosos tenham maior quantidade de medicamentos a tomar. Nos Estados Unidos da América, as pessoas com 65 anos ou mais representam 12% da população, mas consomem 32% dos medicamentos com prescrição. A prevalência de uso de medicamentos com prescrição é de 80% nos idosos a viver em comunidade, mas esse valor aumenta quando se fala de idosos institucionalizados<sup>30</sup>.

Como foi referido anteriormente, a população idosa em Portugal tem crescido de forma exponencial nos últimos 20 anos. Com uma maior esperança média de vida, vão aumentar o número de doenças crónicas, com o conseqüente aumento no número de medicamentos utilizados e maior probabilidade do risco de ocorrência de problemas relacionados com medicamentos (PRM)<sup>36</sup>. (Tabela 3)

Os idosos, sofrem frequentemente de mais de uma doença: num hospital geriátrico 78% dos doentes que se encontravam internados apresentavam 4 ou mais situações crónicas e 13% atingiam mesmo 8 ou mais doenças. Dai, a necessidade que os doentes idosos apresentam em consumir medicamentos<sup>35</sup>.

Estima-se que em Portugal, 15% da população idosa consuma 30% dos medicamentos usados por prescrição médica, apontando-se para uma prescrição farmacológica quatro vezes maior nas pessoas com idade superior a 65 anos que na população em geral<sup>31</sup>. Outro problema, é o facto destes medicamentos serem consumidos de forma crónica, o que acarreta importantes riscos para a saúde dos utentes e um gasto económico considerável ao nível do Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>32,33</sup>

**Tabela 3 - Patologias crónicas mais frequentes nos idosos (Fonte: OMS,2002)**

<b>* Doenças Cardiovasculares</b>
* Hipertensão
* Acidente Vascular Cerebral
* Diabetes
* Cancro
* Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
* Doenças Musculo- Esqueléticas
* Problemas de Saúde Mental (principalmente depressão e demência)
<i>*Cegueira e dificuldades visuais</i>

Importa então, fazer a abordagem da situação e de como otimizar a utilização de fármacos nesta faixa etária. Como é do conhecimento, o envelhecimento não é só visível exteriormente, também a nível interno o envelhecimento do organismo altera a resposta à toma de medicamentos (Farmacocinética)<sup>34</sup> com o estudo da absorção, biotransformação e excreção dos mesmos; bem como das acções farmacológicas e dos seus mecanismos, ou seja o que os fármacos vão produzir no organismo (Farmacodinâmica)<sup>34</sup>.

Quando se fala de idosos e medicamentos, este assunto pode ser abordado seguindo três pontos muito importantes<sup>35</sup>:

- Problemas relacionados com os idosos
- Problemas relacionados com a prescrição
- Problemas relacionados com os fármacos

No que respeita aos problemas relacionados com os idosos podemos encontrar:

- Patologias crónicas e agudas concomitantes as quais conduzem a um elevado consumo de medicamentos e o conseqüente risco de iatrogenia medicamentosa
- Falta de adesão à terapêutica, que se deve em muito à polimedicação, mas também à progressiva perda de capacidades cognitivas e motoras
- Complexidade dos regimes terapêuticos
- Falhas da capacidade funcional o que conduz a uma maior vulnerabilidade dos idosos aos medicamentos
- Manutenção no domicílio de fármacos descontinuados e também a utilização de MNSRM, que levam ao aumento da complexidade do regime com provável redução do benefício terapêutico

Relativamente aos problemas relacionados com a prescrição, a decisão do que tratar primeiro pode ser difícil para o clínico, assim há que estabelecer prioridades.

Para os problemas relacionados com os fármacos, as alterações referidas anteriormente relativamente à Farmacocinética e Farmacodinâmica podem comprometer a eficácia e a segurança dos vários medicamentos utilizados em simultâneo, levando ao aparecimento de interações em maior número e mais graves.

Tudo isto será factor de não adesão e posterior abandono da terapêutica, para além do possível aumento de problemas relacionados com medicamentos o que pode ser factor de morbidade e mortalidade<sup>36</sup>.

Sabemos no entanto, que é importante que o idoso consiga compreender o tratamento farmacológico que lhe está a ser instituído. O papel do médico e do farmacêutico é da

maior importância, ao darem as informações sobre todos os medicamentos consumidos, sejam eles com ou sem prescrição médica. Segundo inquéritos realizados no nosso País em meio urbano, foram obtidos os seguintes resultados no que diz respeito à auto-medicação nesta faixa etária: cerca de 1/3 dos inquiridos tomava analgésicos, 1/5 fazia uso regular de laxantes e entre 1/10 e 1/5 dos inquiridos tomava vitaminas, antiácidos e outros medicamentos também sem prescrição<sup>35</sup>. Quanto mais informados forem os nossos idosos no que diz respeito ao nome dos medicamentos, a função de cada um deles, o período de tempo durante o qual devem ser tomados, as horas correctas para serem administrados, menos problemas irão com toda a certeza surgir<sup>2</sup>.

Os avanços tecnológicos ao nível dos meios de diagnóstico e o crescimento astronómico do arsenal terapêutico nas últimas décadas, têm vindo a contribuir para a realidade observada, mas continua-se a assistir a um grande número de mortes devido a patologias cardiovasculares e um aumento do número de mortes devido a doenças oncológicas.

Uma coisa deve estar sempre presente, uma terapêutica considerada óptima pelos idosos é a chave do sucesso para a cura de doenças crónicas, com prevenção do declínio mais adiante, mostrando-se o paradigma dos cuidados geriátricos<sup>37</sup>.

O uso de medicamentos nos idosos, deve seguir os mesmos princípios da terapêutica racional. O factor ponderação assume grande importância, o ser ou não necessário administrar o medicamento e se o benefício do seu uso justifica o risco dos efeitos secundários que possam vir a surgir.

Caso seja necessário recorrer a medicação, então utilizar aquelas que respeitem mais as características fisiológicas do idoso, recorrendo em cada grupo terapêutico, aos fármacos menos agressivos ou que não tenham os seus efeitos modificados pelas alterações que acompanham o envelhecimento (Tabela 4). É de evitar, sempre que possível o recurso a medicações múltiplas ou complexas e escolher os esquemas posológicos mais fáceis e cómodos, bem como as vias de administração que seja mais fácil para o idoso. À que tentar, sempre que possível usar a medicação de forma regular e com características que permitam distinguir os medicamentos usados a fim de evitar confusões que possam levar a intoxicações acidentais.

Outro assunto que importa desenvolver é o das interacções medicamentosas. O risco potencial de reacções adversas a medicamentos e de interacções medicamentosas, é tanto maior quanto maior o número de fármacos envolvidos, o tempo de utilização e a

dose prescrita<sup>38</sup>. Podem mesmo ocorrer situações graves com necessidade de recurso à hospitalização. Estima-se que nos Estados Unidos da América (EUA) a toxicidade a medicamentos seja responsável por cerca de 3 a 5% das admissões hospitalares, com custos na ordem dos 3 biliões de dólares anuais.

As reacções adversas a medicamentos nas pessoas idosas são importantes serem despistadas, pois acarretam elevadas consequências médicas e económicas. O potencial dessas consequências pode ser facilmente compreendido com recurso a dois exemplos muito ilustrativos: fractura da anca e ulcera péptica.

A fractura da anca, encontra-se muito associada à toma de psicofármacos e a situações de demência, devido ao maior número de quedas dadas por essas pessoas<sup>39</sup>. Por outro lado, a ulcera péptica devido ao elevado número de anti-inflamatórios não esteróides (AINE), que os idosos tomam.

Transpondo para a realidade do nosso estudo, idosos institucionalizados, foi observada uma elevada polimedicação, sendo nalguns casos detectadas interacções graves (não referidas por não ser esse o objectivo do trabalho).

Existem realmente problemas relacionados com medicamentos nos doentes institucionalizados<sup>40</sup>, logo deve-se enfatizar a necessidade da presença do Farmacêutico na equipa de saúde, de forma a aumentar a qualidade dos serviços. Segundo, bibliografia consultada<sup>62</sup>, pode-se concluir que a intervenção de um Farmacêutico ao nível das instituições, pode conduzir a importantes ganhos tanto para os utentes como para as próprias instituições. Os resultados obtidos dividem-se em dois grupos:

-Resultados clínicos (diminuição do numero de medicamentos e tomas; aumento da adesão; diminuição de reacções adversas; melhoria na qualidade vida dos utentes)

-Resultados económicos (redução de custos para a instituição relativamente a problemas relacionados com medicamentos - PRM; redução de custos com medicamentos).

Assim, os estudos apresentados relativamente às melhorias introduzidas com a intervenção do Farmacêutico, justificam de forma suficiente o aumentar da presença de Farmacêuticos nas instituições.<sup>41</sup>

Infelizmente, a bibliografia relativa a estudos realizados em Portugal nesta área é praticamente inexistente, logo alguns valores apresentados são relativos a estudos efectuados nos Estados Unidos da América(EUA).

**Tabela 4** – Alguns medicamentos de largo uso e que causam efeitos laterais graves ou/e frequentes no doente idoso.

FÁRMACO	EFEITOS SECUNDÁRIOS	RECOMENDAÇÕES
Benzodiazepinas	Sedação excessiva, Rxs paradoxais	<b>Reduzir a dose</b>
Antidepressores	Hipotensão postural, efeitos anticolinérgicos, arritmias	<b>Seleccionar os mais adequados, usar doses baixas</b>
Antipsicóticos	Reacções extrapiramidais	<b>Seleccionar os de menor risco</b>
Digoxina	Arritmias, alterações do SNC e digestivas	<b>Reduzir a dose; usar apenas com indicação médica</b>
Tetraciclina	Agravamento da insuficiência renal	<b>Não usar (excepto doxiciclina)</b>
Antidiabéticos orais	Hipoglicemia assintomática, nocturna	<b>Usar apenas os de curta duração acção</b>
Barbitúricos	Efeitos paradoxais, sedação, depressão respiratória	<b>Não usar</b>
Ópiaceos	Depressão respiratória, obstipação, confusão	<b>Reduzir a dose</b>
Anticoagulantes orais	Hemorragia	<b>Reduzir a dose</b>
Heparina	Hemorragia	<b>Não usar mais de 48 horas</b>

Fonte: Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas, pág.1155; 4ª Edição, Porto Editora

## **2.4 - Polimedicação e Complexidade da Medicação**

Importa começar por definir o conceito de polimedicação:<sup>42</sup> é o uso simultâneo e de forma crónica (consumo durante um período superior a 3 meses) de 4 ou mais medicamentos diferentes pelo mesmo indivíduo.

Mas refira-se também, que existem outros significados para a palavra polimedicação<sup>37</sup>, como seja esta: a prescrição ou toma de mais medicamentos que os clinicamente apropriados. No entanto, o número de medicamentos por si pode não ser indicativo de polimedicação segundo o anterior conceito, pois todos eles podem ser absolutamente necessários para fazer face às patologias presentes, mas conforme as prescrições vão aumentando também aumenta a possibilidade de polimedicação.

Se focarmos a nossa atenção no grupo que neste momento, mais interesse nos merece, a população com 65 anos ou mais, em 50% dos casos consomem 5 ou mais medicamentos por semana e cerca de 12% mais de 10 medicamentos por semana; sendo uma das consequências mais preocupantes o aparecimento de reacções adversas a medicamentos (RAM).<sup>41</sup> São elas, algumas das maiores preocupações quando se trata da medicação de idosos, chegam a afectar 10-20% dos pacientes hospitalizados e 7% da população em geral, mas os números sobem significativamente quando se fala de idosos; sendo muito importante a intervenção de um técnico de saúde que possa reduzir substancialmente este problema. Papel este que pode ser assumido pelo Farmacêutico dado o seu grande conhecimento do medicamento.<sup>41</sup>

Assim encontramos idosos com um número elevado de medicamentos a seu cargo, para fazerem a gestão dos mesmos. Se para além do factor idade, a perda de capacidades cognitivas associadas, ainda juntarmos uma elevada percentagem de idosos analfabetos, pode-se ver a dificuldade e o risco que correm ao serem eles próprios a orientar a sua medicação. Não podemos ainda deixar de considerar os factores económicos, que condicionam em muito o sucesso da terapêutica<sup>43</sup>, pois ocorrem muitos abandonos de medicação devido ao preço.

Segundo um estudo realizado pela Faculdade Farmácia da Universidade Lisboa (FFUL), cujos resultados foram apresentados em 2007, cerca de 40% dos idosos portugueses tomam medicamentos inapropriados, que deveriam ser substituídos por



outros mais seguros afirmam de se evitarem os 11% de internamentos hospitalares estimados devido a erros de prescrição e consequentes efeitos adversos. Refira-se que os idosos que participaram neste estudo tomavam em média 7,23 fármacos<sup>72a</sup>.

Quando se transpõe a realidade para o estudo realizado a nível de Lar de Idosos, pode encontrar-se algo mais organizado, no que diz respeito ao acondicionamento e orientação da medicação dos utentes, mas longe de ser perfeito.

Nos Lares de Idosos em Portugal, à semelhança do que acontece noutros países, encontram-se muitos utentes polimedicados<sup>61,62</sup>. Contudo quem é responsável pela gestão dos medicamentos são pessoas sem qualquer preparação para o efeito, tais como auxiliares ou encarregada geral<sup>44</sup>. Estas pessoas, pelos seus limitados conhecimentos sobre medicamentos, limitam-se apenas à separação dos mesmos, colocando-os nas caixas semanais.

Não existe nestes estabelecimentos, um Farmacêutico que para além da gestão dos medicamentos, possa fazer a avaliação dos regimes terapêuticos e também a detecção de efeitos adversos.<sup>41,44</sup>

Segundo um estudo recente<sup>45</sup>, foi revelado que quanto maior o número de fármacos prescritos a um doente idoso maior é a probabilidade de este estar a fazer a medicação de forma inadequada. Neste estudo foram observados 196 doentes, que em 65% dos casos tomavam pelo menos um medicamento desnecessário ou sofriam a duplicação de efeitos de um medicamento anteriormente tomado ou não recomendado a idosos.

Os autores do estudo falam de outro problema, menos referido mas que não deixa de ser objecto de estudo que é a sub-prescrição. Steinman<sup>45</sup> e a sua equipa chegaram aos seguintes resultados: a 64% dos doentes não foi prescrito o medicamento adequado; o sub-uso e o uso excessivo encontravam-se simultaneamente em 42% dos doentes e apenas 13% teriam uma prescrição considerada adequada. Para ser mais compreensível a relação existente entre polimedicação e a prescrição múltipla, a mesma equipa, avaliou doentes a tomar mais de 5 medicamentos em ambulatório e com uma média de idades de 75 anos.

Verificaram que, o uso inadequado de medicamentos era directamente proporcional ao número que lhes era prescrito.

No que diz respeito à sub-prescrição, verificaram que a sua frequência não variava com o número de medicamentos que o doente tomava, mas era mais comum do que o uso excessivo em doentes que tomavam menos de 8 medicamentos.

Este investigador e a sua equipa, concluem que, o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF) assume um importante papel na profissão farmacêutica e trará muitos benefícios na qualidade de vida da população, com especial atenção para aquela de que temos vindo a referir – os idosos.

Para além da quantidade de medicamentos utilizados, há ainda a ter em conta, a posologia, as instruções para a sua administração e a forma farmacêutica prescrita.<sup>46</sup>

Então além da polimedicação, outro conceito importante é o de complexidade da medicação. Facilmente se percebe que a complexidade da medicação no caso de 5 medicamentos, todos com igual posologia, a mesma forma farmacêutica e sem indicações especiais de utilização, será menor que no caso de 5 medicamentos tomados a horas diferentes, com formas farmacêuticas diferentes e ainda com indicações especiais de utilização (tais como: em jejum; 15 minutos antes das refeições, etc) <sup>46</sup>.

O trabalho realizado, utilizou um importante instrumento que nos permite a quantificação do Grau de Complexidade da Medicação no Lar de Idosos - o MRCI (Medication Regimen Complexity Index)<sup>46</sup>.

Como já tinha sido referido, não se consegue baixar a Complexidade actuando apenas no número de medicamentos, à também que referir a forma farmacêutica utilizada, a frequência de doses e ainda as instruções especiais para administração.

Não existia antes publicado na literatura médica, um instrumento que permitisse esta quantificação da complexidade de diferentes regimes terapêuticos.

Este mostrou ser um instrumento válido e de confiança no que respeita à quantificação da complexidade, apresentando a vantagem de poder ser utilizado na prática clínica, mas também em investigação.

Dado o seu valor científico, mais tarde fez-se a tradução para o Português tendo sido estudado um grupo de diabéticos tipo-2 e polimedicados. O processo de validação foi iniciado com a tradução, seguida de retroversão e pré-teste do instrumento. A esta adaptação deu-se o nome de Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)<sup>47</sup>.

Mas, o início deste tipo de medição começou com o MCI (Medication Complexity Index), que foi criado para medir a complexidade dos regimes da medicação cardiovascular e insidia sobre o número de medicamentos, as doses prescritas, as indicações adicionais e as acções mecânicas necessárias à toma da medicação.

Tendo por base o MCI, foram sendo desenvolvidos outros índices que permitissem medir a complexidade da medicação em patologias específicas. Têm destaque os seguintes:

- EMTCI (Epilepsy Medication and Treatment Complexity Index)<sup>48</sup>
- AMCI (Antiretroviral Medication Complexity Index)<sup>49</sup>

A vantagem do MRCI relativamente ao MCI, é o facto de fazer referência à forma farmacêutica utilizada. É compreensível que seja mais fácil, logo menos complexo, tomar um comprimido do que aplicar um colírio, por exemplo.

Se para completar o raciocínio, pensarmos nos utilizadores em estudo – idosos, então mais as coisas se complicam.

O importante neste trabalho de pesquisa não é apenas avaliar a complexidade da medicação, mas quantificá-la antes e após a intervenção. Então, com a recolha de dados, feita através dos registos clínicos dos utentes Institucionalizados no Lar da Santa Casa da Misericórdia das Alcáçovas posteriormente desenvolveu-se o trabalho.

A intervenção pretende-se simples, sendo apresentada ao médico sob a forma de Folha de Intervenção, onde constam:

- Dados referentes ao utente (nome, idade e sexo)
- Medicamentos e sua posologia
- MRCI do utente
- MRCI médio do Lar

Pretende-se à semelhança de outros estudos realizados, de uma forma simples chegar junto do médico assistente da Instituição, de forma a mostrar com podemos

contribuir para a redução da Complexidade da Medicação atendendo aos vários itens do MRCI<sup>50</sup>.

Outra das situações que se continua a observar nas prescrições dos utentes do Lar é a utilização de medicamentos inadequados a idosos, que podem conduzir ao aparecimento de reacções adversas as quais nalguns casos são depois tratadas como novos problemas de saúde, agravando o problema da polimedicação e da complexidade da medicação. São exemplos deste tipo de medicamentos os hipnóticos, ansiolíticos e tranquilizantes.<sup>51,52</sup>

Mais uma vez é importante referir o papel primordial que o Farmacêutico clínico poderá ter na equipa de saúde relativamente à revisão dos regimes terapêuticos.<sup>44,41</sup>

Durante o II Simpósio Lusófono de Cuidados Farmacêuticos, Manuela Plasencia Cano com a sua intervenção «Cuidados Farmacêuticos em Lares Idosos»<sup>44</sup>, mostra a realidade dos lares e residências de idosos na vizinha Espanha; pode-se sem prejuízo da realidade extrapolar para o que se passa em Portugal. Tal como ela nos diz<sup>44</sup> «... *Nas residências para idosos encontra-se uma situação alarmante, que precisa uma intervenção decidida sobre a gestão do medicamento e sobre a farmacoterapia que os pacientes que entram recebem*». São vários os problemas enumerados e os mesmos são vulgarmente detectados nos Lares em Portugal, dos quais se destacam:

- a responsabilidade da Farmácia da Instituição entregue a alguém sem conhecimentos técnicos
- rxs. Adversas não detectadas pois não há quem as detecte e registe, não há Farmacovigilância
- não são seguidos os critérios de Beers sobre medicação inadequada em idosos<sup>52</sup>
- não é verificada a eficácia dos tratamentos ou pelo menos feitas revisões de terapêutica periódicas, ou seja falta o AF
- problema da duração dos tratamentos muitos deles que deveriam ter uma duração curta ou média e se vão prolongando indefinidamente (ex: antibióticos)
- outra das situações que aparece é a duplicação de medicamentos por serem consultados vários médicos.

Com tudo isto a autora da comunicação conclui que a presença de um Farmacêutico nos Lares de Idosos é absolutamente necessária e vai mais longe, quando diz que deve ser uma actividade desenvolvida em exclusividade, pois tem um grande número de competências a seu cargo.

Uma vez mais podem-se citar estudos anteriormente realizados<sup>53</sup> (Clinical Medication review by a Pharmacist of elderly people living in care home - randomised controlled trial). Neste estudo, o objectivo consistia em fazer uma revisão da medicação com o Farmacêutico na residência onde eles têm o seu domicílio. O método era simples e consistia na entrevista aos utentes e a consulta dos registos clínicos dos mesmos.

Os resultados eram posteriormente apresentados ao clínico geral do Lar. Foram conseguidos bons resultados, com uma grande percentagem de utentes a serem revistos pelo médico. No que diz respeito às recomendações feita pelo Farmacêutico e aceites pelo Médico, houve uma grande percentagem de sucesso.

Daqui pode-se tirar alguma elação tal como:

- O farmacêutico está capacitado para fazer revisão da terapêutica e acrescentar recomendações, as quais são maioritariamente aceites pelo médico da instituição.

É importante voltarmo-nos para a óptica do utilizador, muitos idosos não sentindo segurança no que respeita à forma como são tratados os seus medicamentos podem apresentar alguma recusa em os utilizar.

Assim nestes casos a presença de um profissional com conhecimentos, que lhes preste um serviço «individualizado» pode levar a um aumento da adesão à terapêutica.

A adesão aos regimes terapêuticos é definida como: «extensão na qual o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do, médico ou de outros profissionais de saúde».<sup>54</sup>

A não adesão aos regimes terapêuticos instituídos, por seu lado, conduz a idosos mal controlados com grandes riscos de resultados de saúde negativos.

Assim o que deve ser feito é intervir no sentido de aumentar a adesão, de forma prática através da redução do número de medicamentos com valor terapêutico discutível ou não comprovado e simplificando a posologia.<sup>55,56,57,58</sup>

Importa então não esquecer que se tratam de idosos, que neste caso não tratam da medicação, passa por terceiros a realização de uma tarefa que lhes competia a eles.

Devemos ser nós Farmacêuticos a demonstrar o quanto é importante o Acompanhamento Farmacoterapêutico (AF) nos Lares de Idosos.

Demonstrar os ganhos em saúde com a redução do número de episódios negativos, para além dos ganhos monetários. Não esqueçamos, que é muito importante sensibilizar as instituições para a necessidade da presença de um farmacêutico na gestão e organização da medicação, pois os ganhos económicos são grandes.

Para estas instituições sejam elas públicas, a viverem por vezes com dificuldades ou privadas com fins lucrativos, qualquer que seja a forma de prestar um bom serviço e ao mesmo tempo economizar é importante.

## **2.5 - Os idosos e as Reacções Adversas a Medicamentos**

Importa fazer referência a outra situação que pode ocorrer, as reacções adversas aos medicamentos.

Não é uma matéria que no âmbito do trabalho realizado tenha grande destaque, pois a pesquisa não se desenvolveu a este nível, mas é algo que se torna preocupante e deve ser controlado, especialmente quando se trata de doentes polimedicados.<sup>36</sup>

Relativamente aos jovens, os idosos têm mais do dobro de probabilidade de serem afectados pelos efeitos secundários dos medicamentos, o que se deve em especial às alterações farmacocinéticas e à polimedicação<sup>59</sup>. É também provável, que esses efeitos secundários sejam mais graves, que possam levar a uma diminuição na qualidade de vida e que em casos mais extremos conduzam mesmo a internamento hospitalar.<sup>2</sup>

Os medicamentos são uma parte muito importante dos cuidados médicos, nomeadamente nos idosos. Podem prevenir, controlar ou curar a doença. Em muitos casos são utilizados para poder controlar muitos dos sintomas associados às doenças. Sem tratamento farmacológico, os idosos teriam uma esperança média de vida mais curta e uma pior qualidade de vida.

É possível identificar em algumas residências para idosos, elevados riscos de ocorrência de efeitos adversos. A atenção deve voltar-se particularmente para os novos residentes e para aqueles que façam múltiplas medicações, em diferentes condições e que tomem medicamentos psicoactivos, opióides e derivados, bem como fármacos anti- infecciosos.<sup>60</sup>

A multiplicidade de prescrições de medicamentos, algumas vezes inadequadas não aumenta apenas o custo e a complexidade dos regimes terapêuticos, mas também o risco de reacções adversas aos fármacos e interacções medicamentosas.<sup>61</sup>

Outros factores associados são: o uso de medicamentos não sujeitos a receita médica e que os idosos não referem durante as consultas e a baixa adesão aos regimes terapêuticos instituídos.

Vale a pena voltar um pouco atrás e aprofundar as consequências que as alterações fisiológicas próprias do envelhecimento, podem ter a nível das interações e reacções adversas dos medicamentos. As modificações devidas ao envelhecimento, vão afectar a forma como o organismo processa os medicamentos; por exemplo, enquanto a absorção é completa mas lenta, a idade tem efeitos na distribuição metabolismo e excreção. Com a idade a quantidade de água no organismo diminui, bem como a massa muscular, enquanto isso, a percentagem de gordura aumenta. O volume de distribuição está reduzido. Isto torna-se mais grave para medicamentos que requerem doses de indução. Os fármacos que são hidrossolúveis terão uma maior dificuldade em se distribuírem no organismo. Por outro lado, os fármacos lipossolúveis têm tendência a acumular-se no organismo. O perigo advém de uma rápida perda de massa gorda (como por exemplo o caso de dietas para perda peso), nestes casos é libertada uma grande quantidade de fármaco, a qual estava armazenada na gordura, o que pode provocar intoxicações.

Por seu lado, também sabemos que os órgãos ao envelhecerem vão perder algumas das capacidades, é o que acontece com o fígado e os rins. O fígado é o órgão, que maioritariamente faz a metabolização dos fármacos, logo vai diminuir a sua capacidade o que leva à acumulação de fármaco no organismo. Enquanto isso, também os rins têm uma função muito importante, são eles que asseguram a maior parte da excreção dos fármacos do organismo, seja na sua forma original, ou sob a forma de metabolitos inactivos. A diminuição da actividade do rim, principalmente a nível da filtração glomerular e do fluxo plasmático encontra-se reduzida em 50% quando se atinge os 70 anos. Ao existir uma diminuição da excreção mais uma vez vamos ficar com fármaco no organismo, com o respectivo aumento da toxicidade.

Conclui-se que a potência e a duração de acção estão geralmente aumentadas no idoso devido à diminuição da função hepática e renal.

Dai que seja importante e se justifique plenamente a adequação de doses no caso dos idosos, afim de evitar males maiores.

Para além das modificações estruturais e funcionais referidas atrás, existem outras as quais no seu conjunto são responsáveis pelas alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas decorrentes do envelhecimento fisiológico (ver Tabela 5).



**Tabela 5 - Exemplos de alterações fisiológicas associadas ao envelhecimento**

- Diminuição da água corporal
-Diminuição da massa muscular
- Aumento da massa gorda corporal
- Diminuição da albumina sérica
- Diminuição do fluxo sanguíneo esplênico
- Diminuição da massa do fígado e do número de hepatócitos
- Aumento do pH gástrico
- Diminuição do peristaltismo gástrico
- Diminuição da absorção do $Ca^{2+}$
-Diminuição dos locais de ligação às proteínas plasmáticas
- Diminuição da actividade do citocromo P 450
- Diminuição da desmetilação hepática
- Diminuição do fluxo plasmático renal
-Diminuição da filtração glomerular
- Diminuição da dopamina
- Aumento da desinibição do SNC.
- Diminuição da perfusão de alguns órgãos (ex: cérebro)

Fonte: Medicamentos e o Idoso Volume I; ANF

As interacções ocorrem quando dois ou mais medicamentos interagem, dando origem a um resultado não desejado. Num estudo realizado na Noruega, sobre reacções adversas fatais, houve suspeitas de frequentes interacções medicamentosas. Durante um período de dois anos, houve 18% de mortes relacionadas directa ou indirectamente com reacções adversas. Os investigadores detectaram que 24% tomava 12 ou mais medicamentos à altura da sua morte <sup>62</sup>.

Os pacientes idosos, por seu lado também estão mais susceptíveis ao aparecimento de síndrome geriátrica associado a medicações inapropriadas, bem como ao facto de os doentes idosos fazerem mais medicação, além da falência que alguns dos órgãos apresentam levam ao aparecimento de reacções adversas mais graves e frequentes.

As queixas mais frequentes apresentadas pelos idosos são:

- Confusão e insuficiência cognitiva
- Quedas e fracturas
- Retenção urinária
- Hipotensão ortostática
- Insónia
- Obstipação<sup>51</sup>

Deve-se também ter em atenção que existem muitos medicamentos que embora sejam de utilização difusa entre os idosos (como se observa na tabela 6), apresentam reacções adversas, onde a sua utilização apenas deve ser feita quando não exista outra alternativa possível.

**Tabela 6** -Reacções Adversas comuns nos Idosos (Fonte:Medicamento e o Idoso, Vol I)

<p><b>*Toxicidade por insuficiência renal</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Digoxina</li><li>-Aminoglicosídeos</li><li>-Teofilina</li></ul> <p><b>*Ototoxicidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Aminoglicosídeos</li></ul> <p><b>*Hipotensão postural</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Benzodiazepinas</li><li>-Antidepressivos triciclicos</li><li>-Diuréticos</li><li>-Levodopa</li></ul> <p><b>*Hiponantremia</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Diuréticos</li></ul> <p><b>*Hemorragia Gastrointestinal</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-AAS</li><li>-AINE</li></ul> <p><b>*Sintomas extrapiramidais</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Haloperidol</li><li>-Neuroléptico</li></ul> <p><b>*Retenção urinária aguda</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Anticolinérgicos</li><li>-Diuréticos</li></ul>	
---	--

Ter em conta que os fármacos que em maior número são retirados das prescrições dos idosos, devido aos seus efeitos adversos são os medicamentos anticolinérgicos, os quais podem produzir confusão mental, visão turva, obstipação, boca seca e dificuldades de micção.<sup>2,62</sup>

Mesmo com uma modesta participação, podemos reforçar a ideia de que o Farmacêutico está numa posição privilegiada para fazer o controlo das possíveis reacções adversas que possam ocorrer.<sup>53</sup>

No que respeita às reacções adversas já anteriormente referidas, a American Society of Consultant Pharmacist desenvolveu um interessante trabalho num Lar de Idosos com a finalidade de identificar as 10 interacções mais importantes no paciente idoso. (Ver tabela 7).

**Tabela 7 - Lista das 10 Interacções mais graves no idoso**

1. Varfarina – AINE	
2. Varfarina – Medicamentos derivados da sulfonamida	
3. Varfarina – Macrólidos	
4. Varfarina – Quinolona	
5. Varfarina – Fenitoina	
6. IECAs – Suplementos de potássio	
7. IECAs – Espironolactona	
8. Digoxina – Amiodarona	
9. Digoxina – Verapamilo	
10. Teofilina – Quinolonas	

(Fonte: Medicamento e o Idoso, Volume I: Anf)

Para se evitarem possíveis situações, houve necessidade de se criar uma base de consenso no que respeita aos medicamentos que não devem ser utilizados em idosos, aqueles que o podem ser mas de forma controlada. Universalmente os mais utilizados são os Critérios de Beers<sup>63</sup>. Estes critérios têm tido ampla utilização, seja para estudar padrões de prescrição, para formação clínica ou simplesmente para obtenção de melhores resultados de saúde e de custos<sup>59</sup>. Os Critérios de Beers são constituídos por dois quadros de medicamentos, um deles inclui 48 medicamentos ou classes que devem ser evitados no idoso, seja qual for a patologia; o outro apresenta 20 situações clínicas e os medicamentos a evitar no caso de elas estarem presentes. Nos dois quadros, o grau de inadequação das diferentes substâncias varia entre ligeiro ou elevado e as respectivas preocupações terapêuticas<sup>52</sup>.

Os doentes idosos com maior risco de desenvolver problemas relacionados com medicamentos (PRM) são aqueles:

- A tomar 4 ou mais medicamentos (polimedicação)
- Com problemas relacionados com medicamentos identificados previamente
- Com idade igual ou superior a 75 anos
- Que tenham tido alta hospitalar recente
- Com alteração recente no estado de saúde
- Institucionalizados em Lares de Idosos

## **3- Objectivos**

### ***3.1 -Objectivo geral***

O objectivo deste trabalho centra-se em analisar os efeitos da intervenção do Farmacêutico na redução da Complexidade da Medicação num Lar de Idosos.

## 4- Métodos

### 4.1-Desenho do Estudo

Estudo randomizado e controlado.

#### 4.1.1- Informação ao médico

Numa primeira fase foi feita uma acção educativa ao médico com o intuito de o informar e sensibilizar para as consequências de uma elevada complexidade da medicação.

Para tal, foram criadas as que daqui para a frente serão designadas Folhas de Intervenção (FI), que servem para mostrar de uma forma concisa o que é importante registar, como seja:

- Nome doente (apenas iniciais)
- Idade do doente
- Data da intervenção
- Medicação à altura da intervenção (os medicamentos podem aparecer sob o nome comercial ou sob DCI)
- Índice de complexidade da medicação para cada doente (MRCI utente)
- Media do Índice de complexidade da mediação no Lar (MRCI Lar)
- Sugestão para redução do Índice de complexidade da medicação para cada doente

#### **4.1.2- Medição do MRCI**

Foi feita a recolha de todos os medicamentos usados pelos utentes do Lar, assim como a posologia e as indicações especiais de utilização. Todos os dados necessários à realização deste trabalho foram colocados nas respectivas, Folhas de Registo (FR), as quais têm as tabelas<sup>47</sup> que permitem fazer os cálculos para a obtenção do MRCI.

O calculo do MRCI é feito segundo George et al.<sup>46</sup>,

MRCI= (A) +(B) +(C) onde:

- (A) Representa o score relativo às formas farmacêuticas dos respectivos medicamentos.
- (B) Representa o score relativo à posologia
- (C) Representa o score relativo às indicações especiais de utilização

Para uma melhor compreensão, as tabelas<sup>46</sup> utilizadas para efectuar os cálculos serão apresentadas em Anexos.

#### **4.2-Critérios de inclusão**

São considerados como aptos a entrar no estudo, todos os utentes em regime de internamento no Lar da Santa Casa da Misericórdia das Alcáçovas, que façam alguma medicação prescrita pelo médico (ou melhor que esteja no seu Registo Clínico) de forma contínua e não apenas em situação de doença aguda.

#### **4.3-Critérios de exclusão**

Não fazerem qualquer tipo de medicação por prescrição médica.



#### 4.4-Local de Realização do Estudo

Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia das Alcáçovas. Este Lar está localizado numa Freguesia Rural, Alcáçovas a qual pertence ao Concelho de Viana do Alentejo, Distrito de Évora. Esta freguesia tem uma área de 268,13 Km<sup>2</sup> e segundo os Censos de 2001, a sua população era de 2088 habitantes, o que dá uma densidade populacional de 7,8 hab/Km<sup>2</sup>. Deve ser também referido que o concelho de Viana do Alentejo segundo o mesmo Censo, apresentava uma população total de 5615 habitantes<sup>64</sup>. No concelho existem apenas 2 Lares de Idosos, pertença das Misericórdias de Alcáçovas e Viana do Alentejo respectivamente.

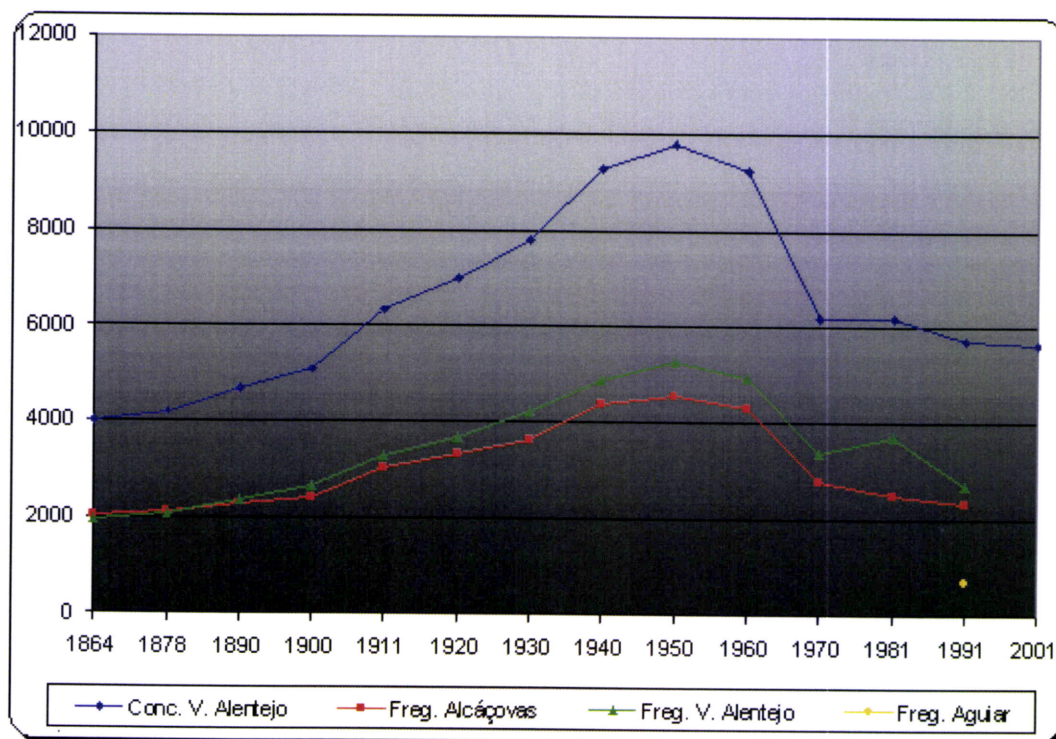
Relativamente ao Lar em estudo funciona com três valências:

- Internamento
- Centro de Dia
- Apoio Domiciliário

Os utentes que participaram no estudo, foram apenas os que estavam em regime de internamento, pois só nestes a medicação é controlada a nível dos serviços.

Nas outras duas valências, os utentes são responsáveis pela sua medicação, salvo raras exceções, no caso de utentes que estão no Regime de Centro de Dia, mas que é a valência minoritária em número de utentes.

**Gráfico1 - Gráfico de evolução da população residente no concelho de Viana do Alentejo e nas freguesias de Viana do Alentejo, Alcáçovas e Aguiar, entre 1864 e 2001**



#### 4.5- População em Estudo

Foram estudados 86 utentes institucionalizados, os quais pelo método de randomização, que consistiu na geração de 43 números aleatoriamente, com «randomizer.org webpage», foram divididos em dois grupos, o de intervenção e de controlo respectivamente.

Em Março de 2007, foi feita uma medição de MRCI, a qual serviu para estabelecer uma linha de partida, a qual também pode ser chamada de «baseline». Ocorreu posteriormente a sessão de esclarecimento ao médico, de forma a informá-lo da importância do trabalho a realizar, dos efeitos acessórios ao regime de complexidade da medicação.

Em Maio de 2007 foi iniciada a chamada fase de intervenção no regime de medicação de cada utente. Nesta altura, são então entregues as Folhas de

Intervenção (FI) ao médico, dos utentes que faziam parte do grupo de intervenção, com os dados que foram referidos anteriormente.

Noventa dias após a intervenção, é feita a medição do MRCI novamente para todos os utentes institucionalizados, portanto os que faziam parte do Grupo de Intervenção (GI) e do Grupo de Controlo (GC).

Deve ser referido que este trabalho de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética na Área da Saúde e do Bem Estar da Universidade de Évora.

#### **4.6- Métodos de análise utilizados**

Relativamente aos métodos de análise utilizados, temos que se realizou uma análise estatística descritiva com medidas centrais e de dispersão para as variáveis contínuas e um estudo de frequências para as variáveis categóricas.

Para se poder estabelecer a comparação das médias, fez-se a análise à normalidade da distribuição das variáveis mediante um teste de Kolmogorov -Smirnov, preferiu-se o uso de provas não paramétricas, tais como o teste de Mann Withney para as variáveis contínuas e o teste do Chi- quadrado para as variáveis categóricas.

Afim de estabelecer as comparações de médias nos casos de dados emparelhados, utilizou-se o teste de Wilcoxon Signed Ranks.

## 5- Resultados

Como referido anteriormente a população em estudo era inicialmente composta por 86 utentes institucionalizados do Lar, os quais apresentavam uma média de idade 83.9 anos [CI95% 82.5: 85.3], sendo o número de mulheres maioritário 57, contra 29 homens, o que representa 66.3% da amostra.

Importa referir que não existe uma diferença muito significativa de idades nos dois sexos: 83.4 anos nos homens [C I 95% 80.7: 86.1] e 84.2 anos nas mulheres [C I 95% 82.5: 85.9] (Mann Whitney U=787,  $p= 0.718$ ). É possível verificar a forma como se dividem os utentes em função do sexo e da idade, através da Tabela 8

O valor inicial do MRCI para os 84 utentes era de 22.9 [C I 95% 20.1: 25.7] e tomavam em média 7.8 medicamentos [C I 95% 6.9: 8.6]. Aqui são referidos 84 utentes e não os 86 que tinham iniciado o estudo, pois 2 faleceram antes da fase de randomização. (Tabela 9).

Posteriormente, no decorrer da fase de intervenção faleceram mais sete utentes, dos quais cinco pertenciam ao grupo de controlo e dois ao grupo de intervenção.

Como é óbvio, todos os utentes que faleceram durante as diferentes fases do estudo, não puderam ser substituídos por outros.

**Tabela 8-** Distribuição dos utentes da amostra por nível etário e sexo.

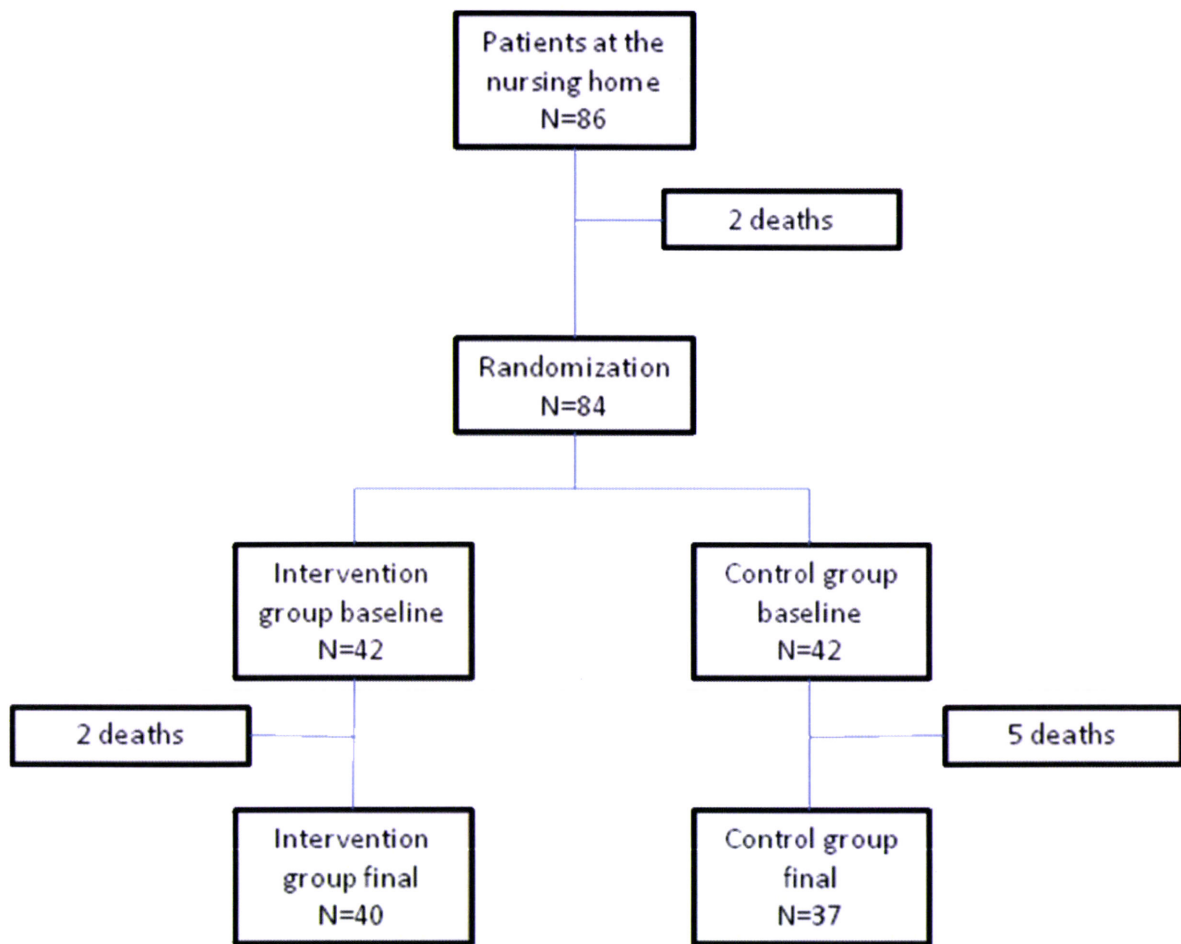
Idade Utentes	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
65-69	1	2	3
70-74	3	2	5
75-79	8	3	11
80-84	15	5	20
85-89	16	10	26
90-94	9	1	10
95-99	1	1	2
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>24</b>	<b>77</b>

É possível verificar, que o número de mulheres supera em muito o número de homens entre os 75-94 anos, o que demonstra de forma clara a maior longevidade das mulheres. Onde a diferença é maior é na classe etária 80-84 anos, que existem 15 mulheres internadas contra 5 homens.

**Tabela 9** - Distribuição inicial dos utentes nos grupos de intervenção e controlo.

Variável	Grupo Controlo Média (CI95%) N=42	Grupo Intervenção Média (CI95%) N=42	P value
Sexo (feminino)	59.5%	73.8%	0.165*
Idade	84.8 (82.7 – 86.9)	83.1 (81.1 – 85.2)	0.255**
Número medicamentos	8.0 (6.9 – 9.0)	7.5 (6.2 – 8.8)	0.501**
MRCI	23.6 (19.6 – 27.5)	22.2 (18.0 – 26.4)	0.619**
* Chi-square; **Mann-Whitney			

Na Figura 3 é possível ver de forma esquematizada a distribuição dos utentes ao longo do estudo.



**Figura 3** : Desenho da distribuição dos utentes ao longo do período de duração do estudo.



Seguindo a análise dos resultados, pode-se observar que existem diferenças significativas relativamente ao início e pós – intervenção as quais aparecem em todas as variáveis do grupo de intervenção (GI), mas essa significância não aparece no grupo de controlo (GC).

No grupo de intervenção (GI) a redução no MRCI foi de 24.4% o que tem significado estatístico, enquanto no grupo de controlo (GC) a redução ficou-se nos 15.3%, (sem significado estatístico).

Como referimos, o MRCI tem três componentes que importa ter em atenção, forma farmacêutica (A), posologia (B) e indicações adicionais (C). Todos os componentes reduziram com alguma relevância no grupo de intervenção (GI), o mesmo não aconteceu com o grupo de controlo (GC) (Tabela 10).

Refira-se que, no que respeita às informações a retirar da tabela 10, vemos que a maior redução ocorreu nas secções relativas à posologia e às indicações especiais respectivamente. No caso do MRCI (b) para o grupo de intervenção (GI) o valor era de 11,3 (baseline) e passou para 8,4, enquanto para o grupo de controlo (GC) a redução foi de 12,4 para 10,9. Estatisticamente a redução no GI apresenta significado ( $p$  value =0,007).

No que diz respeito ao MRCI (c), também para o GI a redução foi significativa, ao passar de 2,4 para 1,5; enquanto para o GC, a redução não foi além da passagem de 2,3 para 2,0. Também neste caso só o resultado para o GI apresenta significado estatístico ( $p$  value =0,007).

Quando é feita a análise da Tabela 8, é possível ver de forma detalhada o que foi conseguido nas diferentes secções do MRCI na fase pós- intervenção. No GI respectivamente, as diferenças mais significativas registaram-se para a Secção B do MRCI na frequência de administração de doses, (mais concretamente na administração de 12 em 12 horas). No que diz respeito à secção C do MRCI a diferença mais significativa foi no «uso directo».

**Tabela 10** - Análise dos resultados na fase pós – intervenção.

	Grupo	Baseline	Pós-intervenção	P value*
		Média (CI95%) N(I)=42; N(C)=42	Média (CI95%) N(I)=40; N(C)=37	N(I)=40; N(C)=37
Num. Medicam.	I	7.5 (6.2 – 8.8)	6.3 (5.5 – 7.2)	0.035
	C	8.0 (6.9 – 9.1)	7.2 (6.1 – 8.2)	0.079
MRCI	I	22.2 (18.0 – 26.4)	16.8 (14.3 – 19.3)	0.015
	C	23.6 (19.6 – 27.5)	20.0 (17.1 – 24.7)	0.091
MRCI (a)	I	8.4 (6.8 – 10.0)	6.9 (5.8 – 8.1)	0.042
	C	8.9 (7.5 – 10.4)	8.0 (6.5 – 9.5)	0.152
MRCI (b)	I	11.3 (9.3 -13.3)	8.4 (7.2 – 9.6)	0.007
	C	12.4 (10.4 – 14.5)	10.9 (9.0 – 12.8)	0.074
MRCI (c)	I	2.4 (1.7 – 3.1)	1.5 (1.1 – 1.9)	0.007
	C	2.3 (1.6 – 3.0)	2.0 (1.3 – 2.7)	0.167

I: Grupo Intervenção; C: Grupo Controlo.

\* Wilcoxon Signed Ranks test

Mas muito mais informações podem ser retiradas dos dados obtidos.

Ao fazer um estudo mais exaustivo no que respeita aos medicamentos tomados e ao seu número, é possível verificar a concordância com estudos realizados por outros autores e ainda com as estatísticas disponíveis ao nível do nosso País.

Verifica-se que nenhum dos utentes toma menos que dois medicamentos; a maioria dos utentes toma cinco medicamentos (14 utentes) e sete medicamentos (14 utentes) respectivamente; e a tomar dez ou mais medicamentos temos 12 utentes, o que uma vez mais comprova o factor polimedicação associado aos idosos institucionalizados (tabela 12).

Mas, como se refere em quase todos os estudos que o consumo de medicamentos por parte das mulheres é superior, sentiu-se necessidade de fazer tabelas idênticas à tabela 12, mas considerando o número de medicamentos para mulheres e homens e nos dois grandes períodos do estudo: baseline (Tabela 13) e pós - intervenção (Tabela 14).

O cálculo da média dos medicamentos usados para cada um dos sexos levou-nos aos seguintes resultados:

Baseline – mulheres (média = 6,6); homens (média = 7,0)

Pós – intervenção - mulheres (média = 6,8); homens (média = 6,7).

Os resultados parecem ser um pouco atípicos, pois geralmente o consumo de medicamentos entre as mulheres é mais elevado. No nosso caso, na fase inicial ele foi mais baixo e na fase pós – intervenção a diferença não assume qualquer significado.

Há ainda que fazer referência, à redução no número de medicamentos a tomar pelos utentes. Mais uma vez, através da análise da tabela 10, é possível verificar que o GI apresenta uma maior redução que o GC. Assim, no GI, baixou de 7,5 para 6,3 medicamentos/utente/dia (pvalue =0,035). No que diz respeito ao GC, a redução foi de 8,0 para 7,2 medicamentos /utente/dia, valor este com menor significado estatístico (pvalue =0,079).

**Tabela 11** - Análise detalhada da intervenção nos elementos constituintes do MRCI no grupo de intervenção.

	Baseline	Pos-intervenção	P value*
	Mean (SD)	Mean (SD)	N(I)=40
	N(I)=42	N(I)=40	
Secção A (formas dosagem)			
Liquidos	0.08 (0.26)	0.03 (0.15)	0.157
Turbuhalers	0.08 (0.47)	0.08 (0.47)	1.000
Outros inaladores	0.03 (0.15)	0.03 (0.15)	1.000
Cremses, geles, unguentos, pastas	0.23 (0.53)	0.13 (0.40)	0.102
Colírios	0.08 (0.26)	0.00	0.083
Injectáveis	0.03 (0.16)	0.03 (0.16)	1.000
Supositórios	0.03 (0.16)	0.00	0.317

**Tabela12**–Número medicamentos consumidos por utente /dia (fase pós – intervenção)

Nºmedicamentosfinal	Frequência relativa	Frequência absoluta
menos 2	0	0
2	4	5,2
3	6	7,8
4	7	9,1
5	14	18,2
6	8	10,4
7	14	18,2
8	7	9,1
9	2	2,6
10	3	3,9
mais 10	12	15,6

**Tabela 13** – Número medicamentos /sexo /dia (Baseline)

<i>Baseline</i>		
Nº medicamentos	Mulheres	<i>Homens</i>
Menos de 2	0	0
2	7	2
3	3	4
4	4	5
5	7	1
6	3	3
7	6	3
8	12	1
9	5	1
10	2	0
<i>Mais de 10</i>	6	9

**Tabela 14** – Número medicamentos /sexo /dia (pós – intervenção).

<i>Pós - Intervenção</i>		
<b>Nº medicamentos</b>	<b>Mulheres</b>	<b>Homens</b>
<b>Menos de 2</b>	0	0
<b>2</b>	2	2
<b>3</b>	4	2
<b>4</b>	4	3
<b>5</b>	10	4
<b>6</b>	6	2
<b>7</b>	10	4
<b>8</b>	6	1
<b>9</b>	1	1
<b>10</b>	2	1
<b>Mais de 10</b>	8	4

Outra análise que deve ser feita é com base no sistema orgânico em que o medicamento actua (Tabela 15). Aqui verifica-se que os fármacos para tratamento do Sistema Cardiovascular (45 fármacos) e Sistema Nervoso Central (41 fármacos) apresentam uma grande vantagem relativamente aos outros grupos, pois o que está logo a seguir é o Sistema Respiratório e apresenta apenas 12 fármacos utilizados, o que demonstra bem a diferença.

Quando analisada a tabela 16, verifica-se que os fármacos anti hipertensores são os mais utilizados, e representam 57,80% dos fármacos usados no Sistema Cardiovascular. Este grupo fica completo, quando verificamos a utilização dos fármacos vasodilatadores, ao actuarem no tratamento da angina de peito e como adjuvantes no tratamento da insuficiência cardíaca, patologias que afectam muitos dos nossos idosos. Resta ainda fazer a observação, relativamente aos fármacos antilipídicos que representam apenas 8,90% do grupo, o que poderá causar alguma surpresa segundo a estatística que demonstra os elevados valores de colesterol e triglicéridos na população portuguesa. Embora de forma autónoma, arrisco associar esta situação ao controlo alimentar dentro da Instituição, que é maior relativamente ao que a maioria deles teria em sua casa.

Verifica-se também que os fármacos antiagregantes plaquetares, embora representados por apenas 6 fármacos onde alguns deles o principio activo se repete diferindo apenas a dosagem (Acido acetilsalicílico( AAS) 100, 150 e 500 mg) mas que apresentam 56 utilizadores, o que demonstra a grande utilização destes fármacos.

**Tabela 15** – Número de medicamentos utilizados em relação ao Sistema Orgânico onde actuam.

	<b>Nºfarmacos</b>	<b>Utilizadores</b>
<b>Sistema Nervoso Central</b>	<b>41</b>	<b>111</b>
<b>Sistema Cardiovascular</b>	<b>45</b>	<b>190</b>
<b>Sangue</b>	<b>9</b>	<b>56</b>
<b>Sistema Respiratório</b>	<b>12</b>	<b>21</b>
<b>Sistema Gastrointestinal</b>	<b>6</b>	<b>35</b>
<b>Aparelho Genitourinário</b>	<b>3</b>	<b>9</b>
<b>Hormonas</b>	<b>6</b>	<b>23</b>
<b>Sistema Musculo-Esquelético</b>	<b>10</b>	<b>20</b>
<b>Vitaminas e Sais minerais</b>	<b>4</b>	<b>13</b>

**Tabela 16** – Número de medicamentos utilizados em função da Classe Terapêutica a que pertencem (segundo Classificação Farmacoterapêutica – CFT)

<b>Classes terapêuticas</b>	<b>CFT</b>	<b>Nºfarmacos</b>	<b>%classe terap.noS.O</b>
<b>Psicofármacos</b>	<b>2.9</b>	<b>25</b>	<b>61%</b>
<b>Antihipertensores</b>	<b>3.4</b>	<b>26</b>	<b>57,80%</b>
<b>Vasodilatadores</b>	<b>3.5</b>	<b>10</b>	<b>22,22%</b>
<b>Broncodilatadores e antiastmáticos.</b>	<b>5.1</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>
<b>Modificadores secreção gástrica</b>	<b>6.2.2</b>	<b>6</b>	<b>100%</b>
<b>Anti-inflamatórios não esteróides</b>	<b>9.1</b>	<b>9</b>	<b>90%</b>
<b>Antiagregantes plaquetares</b>	<b>4.3.1.4</b>	<b>6</b>	<b>66,70%</b>
<b>Antiarrítmicos</b>	<b>3.2</b>	<b>4</b>	<b>8,90%</b>
<b>Antidislipídicos</b>	<b>3.7</b>	<b>4</b>	<b>8,90%</b>
<b>Trat.sint. Demência Alzheimer</b>	<b>2.13.1.1</b>	<b>3</b>	<b>7,32%</b>
<b>Analgésicos</b>	<b>2.10</b>	<b>3</b>	<b>7,32%</b>
<b>Antidiabéticos orais</b>	<b>8.4.2</b>	<b>4</b>	<b>66,70%</b>

Quando analisamos os medicamentos por classe terapêutica (Tabela 16), vimos que os antihipertensores são os mais representativos (26 medicamentos).

## 6- Discussão

Após a apresentação dos resultados e uma vez analisadas as tabelas construídas com base nos dados obtidos, vários são os factos retirados para lançar a discussão.

Podemos começar por referir, que o GI teve uma maior redução do MRCI face ao GC, a qual apresentou significado estatístico. Salientar que a redução do MRCI não se centrou apenas numa das secções do MRCI, o que também ajuda a dar consistência ao estudo. Não houve a preocupação de alterar apenas as formas farmacêuticas de mais difícil uso para outras mais simples; não se reduziram apenas o número de tomas; não se deixaram apenas de fazer indicações adicionais na toma dos medicamentos. As alterações foram generalizadas.

Também ao nível do número de medicamentos a tomar, e na fase de pós- intervenção foi o GI que mais baixou. Enquanto o GI que antes da intervenção tomava em média 7,5 medicamentos passou para 6,3; o GC que tomava em média 8,0 medicamentos reduziu para 7,2.

Importa referir o facto de não existir qualquer dúvida relativamente à existência de polimedicação nesta amostra, facto que se comprova com observação da tabela 12.

Quando falamos de polimedicação, embora se tenha referido as diferentes definições que lhe são atribuídas quando falamos de polimedicação e complexidade da medicação, não foi feita referência ao conceito da polimedicação minor e major. A prevalência do consumo simultâneo entre os dois e os quatro medicamentos, define-se como *polimedicação minor*. Por seu lado, a utilização simultânea de 5 ou mais medicamentos define-se como *polimedicação major*<sup>42,65</sup>. Neste caso a prevalência é de polimedicação major, tal como tinha sido verificado por Silva et al<sup>42</sup>.

No que diz respeito à não existência de diferença significativa no número de medicamentos a tomar por mulheres e homens neste estudo, não é possível com os dados disponíveis extrapolar qualquer hipótese. A verdade é que, a quase totalidade da bibliografia e das estatísticas que envolvam os dois sexos, mostram que existe maior consumo de medicamentos entre as mulheres e que este aumenta com a idade.

Ao fazer-se a análise do consumo de medicamentos, relativamente ao Sistema Orgânico em que actuam e à Classe Terapêutica a que pertencem, também não



existem surpresas. Esta utilização, é facilmente explicada fazendo referência às patologias mais frequentes nos idosos, as quais são a principal causa de morbidade, incapacidade e mortalidade e com grandes custos tanto a nível pessoal como a nível social:

- \* Insuficiência cardíaca
- \* Depressão
- \* Demência
- \* Insuficiência renal crónica
- \* Angina peito
- \* Osteoartrite
- \* Osteoporose
- \* Incontinência
- \* Insuficiência vascular periférica
- \* Obstipação
- \* Diabetes
- \* Alterações sensoriais
- \* Alterações do sono
- \* Anemia
- \* Reacções adversas aos fármacos (RAM)<sup>66</sup>

Não será pois difícil perceber o porquê das prescrições, tratando-se de idosos, são pessoas que apresentam graves quadros confusionais, ao entrarem em instituições a adaptação nem sempre é fácil e o caminho para uma depressão é curto. Mostram-se muito ansiosos com tudo o que os rodeia. Bem como padecimentos mais graves tais como Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer. Saliente-se que as doenças degenerativas a nível do SNC, também tendem a aumentar dado o crescimento da

esperança média de vida da população Outra das situações que conduz a um grande consumo de psicofármacos por parte dos idosos, são as insónias.

É normal, os idosos dormirem menos além do mais, como estão menos activos também não existe o cansaço que conduziria a um adormecimento mais rápido. Os idosos passam menos tempo nas fases profundas do sono e mais tempo nas fases superficiais, daí que, depois de adormecerem despertam com facilidade e com mais frequência, o que leva à sonolência diurna. Mas embora estes argumentos possam ser repetidos até à exaustão não são por eles bem aceites. A literatura diz que os fármacos indutores do sono quando utilizados em doses baixas e durante períodos curtos são seguros.

Mas o problema que se coloca é que uma vez iniciada a terapêutica com estes fármacos, ela é feita de forma contínua, dada a dependência que criam.

As benzodiazepinas são geralmente os indutores do sono escolhidos, sendo mais utilizadas as de acção curta pois são mais seguras, uma vez que permanecem menos tempo no organismo. As de acção prolongada provocam instabilidade no andar, maior risco de quedas, confusão mental e desorientação<sup>67</sup>.

Relativamente aos fármacos para tratamento de patologias do Sistema Cardiovascular, também se compreende porque razão o seu número é tão elevado, uma vez que as Doenças Cardiovasculares lideram as patologias crónicas mais frequentes nos idosos e a Hipertensão aparece em segundo lugar do grupo.

A hipertensão é uma das patologias que está muito presente na população portuguesa e nos nossos idosos<sup>68</sup>. Constitui um dos mais importantes e actuais problemas de saúde pública, sendo a doença cardiovascular mais comum e o maior factor de risco no desenvolvimento da doença aterósclerótica cerebral e coronária. Nos países desenvolvidos, (onde Portugal se inclui), afecta cerca de 20% dos indivíduos de raça caucasiana e 30% dos de raça negra, com idades superiores a 18 anos. Contudo, a prevalência da hipertensão arterial aumenta com a idade, afectando 60 a 65% da população com mais de 65 anos<sup>34</sup>. Embora não seja esse o âmbito do trabalho, podemos contudo tecer algumas considerações sobre o mau controlo que existe desta patologia, sendo contudo gasta anualmente uma importante fatia dos valor dos medicamentos pagos pelo SNS, com os vários fármacos usados para o tratamento da mesma seja em monoterapia ou ainda seguindo as Guidelines Internacionais para o Controlo da Hipertensão Arterial Hipertensão<sup>69</sup>, com o uso de associações. Não esquecer contudo, que o problema da hipertensão não se encerra

em si, muitos outros problemas podem advir de um mau controlo da hipertensão. Entre eles contam-se aumento da incidência:

- Acidentes vasculares cerebrais

- Insuficiência renal

- Doença coronária

- Insuficiência cardíaca

- Doença vascular periférica

Mas esta é uma das patologias, que não depende somente das medidas farmacológicas, as medidas não farmacológicas desempenham um importante papel, entre elas contam-se:

- redução do peso

- prática de exercício físico

- restrição no consumo excessivo de sal

- redução no consumo de álcool e bebidas ricas em cafeína

Outros grupos de fármacos a ter em conta são os AINE e os analgésicos. Sabemos, através da experiência profissional e também pelo que diz a literatura, que os fármacos destes grupos são dos mais consumidos entre os idosos, devido a variadas patologias que os atormentam, da quais se destacam as Doenças musculo – esqueléticas<sup>65</sup>. As dores osteoarticulares incomodam e tiram qualidade de vida, logo existe a necessidade de as «combater».

Contudo, são fármacos a serem utilizados com grande precaução pois provocam aumento da pressão arterial e também devido ao risco de hemorragias gastrointestinais.

No que respeita à utilização de fármacos para tratamento de patologias do foro respiratório, convém referir que eles ocupam o terceiro lugar seja quando se fala a nível de sistema orgânico ou de classe terapêutica. Deve-se referir, que a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das que surge na lista das patologias crónicas da OMS<sup>65</sup>. Na nossa amostra, sendo ela constituída maioritariamente por

mulheres, com idades avançadas, não existe suspeita que se relacione com o tabagismo.

Outro grupo de fármacos que aparece representado, são os modificadores da motilidade gástrica. Para além das patologias que necessitam destes fármacos para tratamento das mesmas, temos ainda a sua utilização como protectores gástricos face a outras medicações que são utilizadas nomeadamente os AINE e AAS, os quais podem provocar graves hemorragias gastrointestinais que podem mesmo ser fatais.

Mas tudo aquilo que temos estado a referir em relação aos grupos de fármacos que verificámos serem os mais utilizados durante este trabalho de investigação, podemos ver em relação às estatísticas feitas a nível nacional<sup>70</sup>, que os resultados são praticamente sobreponíveis. Tal facto é evidenciado na Tabela 17, onde são referidos os subgrupos farmacoterapêuticos que representam maior encargo financeiro para o Serviço Nacional de Saúde (SNS).

**Tabela 17** – Subgrupos farmacoterapêuticos com maior encargo financeiro para SNS, Continente, 2006

<b>Subgrupos farmacoterapêuticos</b>	<b>Percentagem do encargo em relação ao encargo total (%)</b>
<b>Anti-hipertensores</b>	<b>20,9</b>
<b>Psicófarmacos</b>	<b>12,3</b>
<b>Antiácidos e antiulcerosos</b>	<b>9,3</b>
<b>Antidislipidémicos</b>	<b>6,9</b>
<b>Anti-inflamatórios não esteróides</b>	<b>5,7</b>
<b>Antibacterianos</b>	<b>5,6</b>
<b>Insulinas, antidiabéticos orais e Glucagon</b>	<b>4,7</b>
<b>Anticoagulantes e antitrombóticos</b>	<b>4,3</b>
<b>Antiasmáticos e broncodilatadores</b>	<b>3,7</b>
<b>Vasodilatadores</b>	<b>3,1</b>
<b>Total</b>	<b>76,7</b>

**Fonte:** INFARMED, Estatística do Medicamento

Como é óbvio, um trabalho deste tipo, onde o objectivo geral é fazer baixar o MRCI num Lar de Idosos, não será muito oportuno fazer um estudo aprofundado a nível de despesas com medicamentos. Mas cabe no âmbito do mesmo, fazer um enquadramento relativamente ao que tem sido o aumento dos gastos com medicamentos nestes últimos anos<sup>70</sup>, pois tal facto relaciona-se com o aumento da população idosa no nosso País e também com a institucionalização.

**Tabela 18** – Número de receitas, de embalagens, de embalagens por receita e receitas e embalagens *per capita*, Continente, 1995 – 2006.

Anos	Nº receitas (1000)	Nº embalagens (1000)	Embalagens p/receita	Receitas per capita (1)	Embalagens per capita(1)
1995	33812,6	92108,3	2,72	4,7	12,9
1996	36943,8	99745,6	2,70	5,1	13,9
1997	39332,0	105758,2	2,69	5,4	14,6
1998	40429,0	109115,3	2,70	5,6	15,0
1999	42216,5	113594,8	2,69	5,8	15,6
2000	43344,5	117739,5	2,72	5,9	16,1
2001	44584,1	121815,4	2,73	6,0	16,5
2002	45404,8	123134,6	2,71	6,1	16,5
2003	49744,3	120079,2	2,41	6,6	16,0
2004	51399,0	124408,5	2,42	6,8	16,5
2005	52705,9	127704,5	2,42	6,6	16,0
2006	53944,9	127609,7	2,37	6,7	15,9

(1) Valores calculados com base numa estimativa da população utente do SNS.

Fonte: DEPS; ARS; INE; INFARMED, Informação Estatística e Estatística do Medicamento

Ao fazer a análise da tabela 18, podemos ver que, o número de receitas bem como o número de embalagens, tem vindo sempre a aumentar no período referido (1996-1999).

Quanto ao número de embalagens por receita, o valor tem vindo a diminuir ao longo dos anos; contudo, as receitas e as embalagens *per capita* só começaram a decrescer a partir do ano de 2004. Coincidência ou não, mas tal acontece com o lançamento do Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas<sup>13</sup>, onde se faz um grande envolvimento em torno do Envelhecimento activo<sup>17</sup>.

Gostava mesmo de citar uma das frases do documento<sup>13</sup>, que penso resumir bem o que se pretende explicar. «*A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade*».

Para além de querer reverter os gastos monetários, há também que reverter as Estatísticas no que diz respeito à mortalidade, pois é de realçar o facto de Portugal ser o País da União Europeia com a mais elevada mortalidade nos dois sexos, na população acima dos 64 anos<sup>71</sup> e com as doenças do Aparelho Circulatório a assumirem grande destaque (Tabela 19)

**Tabela 19** – Mortalidade acima dos 64 anos em Portugal entre 1996-1999

Causa de Morte (por 100000)	Homens		Mulheres	
	1996	1999	1996	1999
Doenças Aparelho Circulatório	2851,3	2585,2	2629,5	2390,7
Tumores Malignos	1330,1	1373,9	675,8	674,8
Sinais, sintomas e afecções mal definidas	695,8	658,3	662,9	658,3
Doença Aparelho Respiratório	688,6	885,4	386,3	507,2
Doenças Aparelho Digestivo	284,5	249,0	145,1	137,3
Causas Externas	189,3	179,8	84,5	81,2
<b>Total</b>	<b>6543,8</b>	<b>6524,3</b>	<b>5004,8</b>	<b>4938,5</b>

**Fonte:** Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Direcção de Serviços de Informação e Análise, Direcção-Geral da Saúde.

Deve ser também referida a importância da racionalização da prescrição médica, de forma a reduzir a polimedicação e assim a possibilidade de ocorrerem eventos adversos quando esta aumenta<sup>72,61</sup>. Broeiro et al.<sup>65</sup>, com base noutros autores elaborou um quadro (Quadro1), que indica os factores a ter em atenção para fazer uma correcta racionalização da terapêutica.

#### **Quadro 1 - Racionalização da Prescrição**

- Rever o «saco dos medicamentos» e manter o registo actualizado de todos os medicamentos*
- Identificar todos os medicamentos pela Designação Comum Internacional (DCI)*
- Conhecer o perfil dos medicamentos prescritos (P-drugs)*
- Assegurar que não há alternativa não farmacológica (P- treatment)*
- Certificar que cada medicação tem indicação adequada (evidência)*
- Assegurar que não existe duplicação de medicamentos da mesma classe*
- Preferir medicamentos com dupla acção (ex. IECA)*
- Especificar e explicitar objectivos terapêuticos (decisão partilhada e empnderamento)*
- Suspender medicamentos de benefício desconhecido*
- Suspender medicamentos sem indicação clínica*
- Substituir fármacos tóxicos por outros mais seguros (Lista de Beers nos Idosos)*
- Evitar a cascata e prescrição (tratar um efeito indesejável com outro medicamento)*
- Procurar utilizar a regra «uma doença, um medicamento, uma vez ao dia»*
- Utilizar suportes informáticos para minimizar o erro*
- Considerar o custo do medicamento*
- Fornecer instruções que incluam indicação, duração e objectivos a atingir com o tratamento*
- Rever regularmente os planos terapêuticos*
- Coordenar prescrições de diferentes prestadores*
- Recomendar o uso da mesma farmácia*



Mas por vezes a tentativa de fazer baixar a complexidade da medicação através da redução do número de medicamentos, pode falhar como aconteceu num estudo de Shalansky et.al.<sup>73</sup> ; onde isso levou à redução do cumprimento com a terapêutica instituída. Tal facto não é inédito no que diz respeito aos idosos, pois são pouco dados a alterações quando acreditam na terapêutica.

Também é importante, definir as características associadas aos idosos que apresentam problemas relacionados com a medicação (PRM)<sup>74</sup> (Tabela 20).

**Tabela 20** – Características comuns aos idosos com Problemas Relacionados com Medicamentos.

<b>Características comuns aos idosos com Problemas Relacionados com Medicamentos</b>
- 85 anos ou mais
- Mais do que seis doenças crónicas activas e com diagnóstico médico
- Função renal diminuída (estimativa da clearance da creatinina <50 ml por minuto)
- Baixo peso corporal ou baixo Índice Massa Corporal (IMC)
- Nove ou mais medicamentos
- Mais que 12 doses de medicação por dia
- Tenham ocorrido reacções adversas a medicamentos anteriormente

Outra situação que esta autora refere e muito oportunamente é a necessidade que existe de estarmos atentos aos factores que podem vir a pôr em causa o sucesso da terapêutica, e como consequência a saúde dos nossos utentes <sup>74</sup> (Tabela 22); além dos factores que se encontram associados aos problemas relacionados com medicamentos (PRM) (Tabela 21).

**Tabela 21** – Factores associados com Problemas Relacionados com Medicamentos

<b>Factores associados a Problemas Relacionados com Medicamentos</b>
- Erro ou não necessidade de uma medicação prescrita
- Não necessidade de nova medicação
- Erros medicação (contraindicações, inapropriados para a situação a tratar)
- Dosagem muito baixa ou muito alta
- Reacções adversas a medicamentos
- Não adesão aos tratamentos (erros prescrição, custo, falhas na toma medicação)

**Tabela 22** – Factores que interferem com o sucesso da Terapêutica

<b>Factores que podem Influenciar com a segurança e o sucesso da terapêutica</b>
- Impedimento na identificação das necessidades para obter o tratamento( cultural, económico, físico ou psicológico)
- Apresentação atípica de determinada doença
- Múltiplas Doenças
- Demência
- Diminuição da visão e da audição
- Impedimentos à adesão (culturais, económicos, físicos, psicológicos)
- Polimedicação
- Aumento de susceptibilidade para reacções adversas
- Alterações fisiológicas próprias da idade (absorção, distribuição, metabolismo e excreção)

Como foi referido durante o capítulo «O Idoso e as Reacções Adversas», uma das situações que predispõe os nossos idosos às reacções adversas a Medicamentos (RAM) e eventuais Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM) é a institucionalização (como é o caso da nossa amostra). Mais uma vez, reportamos a estudos realizados em residências para idosos nos Estados Unidos da América (EUA)<sup>75</sup>. Os farmacêuticos têm um importante papel na prevenção de PRM, os quais nos EUA contabilizam anualmente 200 000 vidas perdidas e 200 biliões de dólares gastos sem necessidade; estima-se que mais de metade das doenças e das mortes prematuras por PRM poderiam ser prevenidas. Os PRM estão associados a factores tais como polimedicação e medicação desadequada<sup>63</sup>, em especial nos doentes idosos. Quando se fala de idosos institucionalizados, pode-se tornar mais fácil o controlo uma vez que as medicações são geridas ao nível da própria Instituição. Zagaria<sup>75</sup> protagoniza existirem factores de risco relativos a RAM, nas Instituições para Idosos que são modificáveis e outros não modificáveis (Tabela 23).

**Tabela 23** – Factores Risco Modificáveis e não Modificáveis para Reacções Adversas Medicamentos em Instituições para Idosos

<b>Factores de Risco para Reacções Adversas Medicamentos nas Instituições para Idosos</b>
<b>Factores de Risco Modificáveis</b>
- Dieta
- Medicações de alto risco
- Monitorização inapropriada de certas terapias (ex: varfarina)
- Formulações com múltiplos ingredientes (ex: antigripais)
- Vários farmacêuticos
- Vários prescritores
- Número de medicamentos
- Prescrições sem conhecimento dos efeitos, doses, interacções e os efeitos adversos

<b>Factores de Risco não Modificáveis</b>
<b>- Idade</b>
<b>- Sexo masculino</b>
<b>- Condições de saúde</b>
<b>- Admissão recente na Instituição</b>
<b>- Hospitalização recente</b>

Continuando a citar e a analisar mais alguns autores, vemos por exemplo Gallagher<sup>76</sup> e Routledge et al.<sup>77</sup>, que fazem referência mais uma vez ao pouco cuidado que existe em correlacionar a idade dos utentes com as prescrições feitas, bem como as doses utilizadas e o número de medicações o que leva ao incremento da potencialidade de ocorrência de RAM nos idosos e com consequências que podem ser extremamente graves.

Segundo Field et al.<sup>60</sup>, num estudo prospectivo realizado, identificaram RAM em 410 residentes dos 18 Lares de Idosos estudados. Nos factores independentes estavam, o ser novo residente no Lar, tomar antipsicóticos, antidepressivos e anti-infecciosos. O número de medicações regulares estavam associadas ao aumento do risco de ocorrência de RAM. A tabela 24 resume os resultados do estudo.

**Tabela 24** – Factores de Risco Independentes para sofrer uma RAM

<b>Factores de Risco Independentes para sofrer uma RAM</b>	
<b>Factor de Risco</b>	<b>Odds Ratio<sup>*</sup> (95% intervalo confiança)</b>
Novo residente (entre 1ª semana e 2º mês)	2,8 (1,5-5,2)
Número de medicações regulares	
<5	1,0 (referência)
5-6	2,0 (1,2-3,2)
7-8	2,8 (1,7-4,7)
>= 9	3,3 (1,9-5,6)
<b>Medicações Correntes</b>	
Antibióticos/anti-infecciosos	4,0 (2,5- 6,2)
Antipsicóticos	3,2 (2,1-4,9)
Antidepressivos	1,5 (1,1-2,3)
Nutrientes/ Suplementos	0,42 (0,27-0,63)

\*Ajustado à idade e ao sexo.

Também se deve referir, que as populações idosas que residem em Lares de Idosos, não são frequentemente incluídas em estudos farmacoepidemiológicos. Um estudo de Castellar et. Al<sup>78</sup>, à semelhança do estudo que nós realizamos, utilizou como amostra, idosos internados num Lar de Idosos; os dados foram obtidos a partir dos registos médicos existentes na Instituição. Foram recolhidos os dados relativos à idade, sexo, valor da pensão e grau de escolaridade, entre outros. Foram ainda registados o nome comercial e DCI de cada medicamento e a forma de aquisição. Para o estudo em questão as unidades de análise foram os idosos e os princípios activos dos medicamentos. Como conclusão, observou-se um maior número de prescrições o que

pode ser justificado pela complexidade dos casos que se encontram institucionalizados. O número de medicamentos prescritos quanto à média e ao número pode ser considerada alta quando comparada com pesquisas feitas em idosos no domicílio.

Outra situação a considerar é o da adesão ao tratamento por parte dos idosos. A análise que é feita por Almeida et. Al.<sup>54</sup>, mostra que o idoso institucionalizado, depende de outras pessoas para a compreensão da prescrição e posologia dos seus medicamentos, deixa de ser uma responsabilidade sua e passa a ser do seu cuidador, de quem ele espera um uso eficaz dos mesmos. Isto é um factor de adesão, pois se o idoso não confiar no seu cuidador conseguirá arranjar forma de não cumprir com a terapêutica. Essa não adesão ao regime terapêutico, é uma das principais razões para a redução do benefício clínico, da qualidade de vida dos utentes e do aumento de complexidade da medicação, pois por se julgar que os tratamentos usados não estão a ser efectivos passam-se a outros.

Com os utentes idosos também pode acontecer outra coisa, em especial com os institucionalizados. São pessoas que habitualmente estão pouco ocupadas, o facto de muitas vezes nem as próprias famílias os visitarem conduz a uma maior degradação do seu estado de saúde. Assim, dizem estar constantemente doentes, com necessidade de recorrer ao médico do Lar ou até mesmo ao Hospital mais próximo.

O número de medicamentos a tomar não os assusta, pelo contrário, quantos mais melhor, pois assim, aos olhos dos outros e no seu entender serão os mais doentes, aqueles que requerem maiores cuidados e atenção.

O estudo efectuado por Muir et. Al.<sup>50</sup>, reflecte a realidade que também nós constámos ao realizar o nosso trabalho de pesquisa. Estes autores tinham como objectivo determinar até que ponto uma simples visualização por parte do médico da grelha de medicação do paciente onde se encontra o registo da medicação e as posologias pode levar a diminuição do MRCI.

Como amostra, utilizaram os pacientes que à data da admissão tomassem pelo menos 5 medicamentos e como participantes as equipas de médicos e de estagiários do serviço de Medicina Interna de um Hospital.

Também este foi um ensaio controlado, onde existia o grupo de intervenção (GI) e o grupo de controlo (GC).

Os resultados obtidos dão conta de um decréscimo de 0,92 por paciente no número de medicamentos no GI e um acréscimo de 1,65 no GC.

No que diz respeito ao número de doses /dia o GI apresentou um decréscimo de 2,47 por paciente, enquanto o GC teve um aumento de 3,83 por paciente.

Outro estudo<sup>79</sup> que decorreu durante 5 anos, obviamente sempre com novos pacientes a entrar e a sair, verificaram que durante o período do ensaio o número de pacientes a tomar 10 ou mais medicamentos passou de 67 para 9 e o número médio de medicamentos a tomar por paciente passou de 5,5 para 4,6, graças a uma intervenção simples.

Deve-se ainda referir, que o estudo de Muir et al teve uma particularidade, a resposta que foi dada pelos médicos à intervenção. Tratando-se de uma população idosa, com inúmeras doenças crónicas, requerem múltiplos medicamentos, mas para combater a polimedicação tem que se actuar em conjunto médico, farmacêutico e paciente.

Em conclusão, uma simples intervenção recorrendo a uma grelha de medicação, teve um impacto significativo na redução do MRCI.

Mas ao consultar outro ensaio<sup>80</sup>, onde se estudou durante 12 meses pacientes em regime de ambulatório de um Hospital, onde também aqui houve a intervenção de um farmacêutico e dos médicos assistentes, num ensaio controlado e randomizado. Contudo neste caso, o número de medicamentos por paciente no GI apenas decresceu de 7,6 para 6,9, resultado que não foi estatisticamente diferente do GC. Tal facto pode-se prender com o tipo de intervenção utilizada, a mesma tem que ser fácil, rápida e concisa.

Para finalizar esta já longa discussão, não é demais mostrar que a revisão da terapêutica em utentes institucionalizados, passa por nós farmacêuticos. A prová-lo estão alguns estudos realizados ao longo dos anos como o de Zermansky et al<sup>53</sup>, onde o objectivo se centra em medir o impacto que pode ter a revisão da medicação num Lar de Idosos conduzida por um farmacêutico. Concluíram que os médicos não fazem revisão da medicação com regularidade<sup>81</sup>. O farmacêutico pode fazer essa revisão, apresentá-la ao médico com as devidas recomendações as quais foram quase sempre aceites. Houve alterações significativas nos regimes terapêuticos, com ganhos monetários (devido à redução de custos) e ganhos em saúde, por exemplo houve uma redução no número de quedas.

Também Veggeland et. al<sup>62</sup> explica a contribuição que o farmacêutico teve na melhoria da medicação dos pacientes numa unidade geriátrica hospitalar na Noruega. Neste caso a participação foi muito modesta, resumiu-se a uma vez por mês num período de 4 anos, o farmacêutico participava na ronda clínica feita pela unidade, registava os PRMs e que eram discutidos durante essa ronda. Foram sendo feitos os registos dos resultados das decisões tomadas pelo médico acerca das alterações que foram sugeridas pelo farmacêutico.

Dos 250 pacientes estudados, foi encontrado pelo menos um PRM em 188 deles, o que corresponde a 75 % da amostra. O médico tomou 606 decisões relativas a alterações de medicação, uma média de 3,2 alterações por paciente. As decisões foram desde a suspensão de medicamentos, passando pelo reajuste de doses. O que interessa reter foi o facto da avaliação da medicação feita pelo farmacêutico ter levado a melhorar as alterações e o seguimento da medicação desses idosos.

Chumney et.al<sup>41</sup>, ao fazer uma busca de material em outros artigos escritos, consegue tocar diferentes pontos que não deixam ninguém insensível. Para além da diminuição do número de medicamentos e de tomas que geralmente é conseguido com o acompanhamento farmacoterapêutico (AF), outros pontos devem também ser abordados, tais como:

- Melhoria na qualidade de vida dos utentes, com diminuição dos efeitos adversos, houve inclusive um estudo num Lar de Idosos em que a taxa de mortalidade do grupo de intervenção era de 2,5 enquanto a do grupo de controlo era de 8,1.

- Poupança para a Instituição, (isto também se aplica ao nosso trabalho). Todas as instituições são receptivas à poupança, se além do mais significar uma melhoria a nível do serviço ainda melhor. Em utentes que tomavam muitos medicamentos, as intervenções farmacêuticas produziram poupanças significativas, não só monetárias como também na diminuição dos PRM e RAM. Segundo Christensen et.al<sup>62</sup>, no estudo que levaram a cabo, a implementação da intervenção farmacêutica no Lar de Idosos conseguiu poupanças que variavam entre os 218 e 335 dólares americanos por utente ao ano, que estão relacionadas apenas com a diminuição de idas ao médico e de hospitalizações. Mas o mesmo estudo, refere ainda a poupança que pode ser feita a nível dos medicamentos, e os valores não deixam de ser na mesma surpreendentes, com a implementação da intervenção farmacêutica naquela instituição foi possível uma redução nos custos com medicamentos de 30,33 dólares americanos por paciente e por mês.



São valores que provavelmente não deixariam qualquer gestor de uma dessas instituições indiferentes.

Os dados estão lançados, cabe a nós farmacêuticos demonstrarmos a nossa mais valia, pois bases documentais não faltam a mostrar o efeito que as intervenções farmacêuticas podem ter tanto ao nível dos resultados clínicos, como humanos e económicos.

Apesar de haver uma preponderância das evidências positivas para a implementação destas intervenções, ainda estão pouco divulgadas em especial ao nível das instituições para idosos e em Portugal então muito pouco. Uma das formas de podermos entrar nesta área é demonstrando a melhoria que isso trás aos utentes, como é evidente, mas mostrando como podem diminuir os custos que habitualmente só sobem a nível da instituição. Desta forma a justificação será com certeza suficiente para ampliar a sua implementação.

## 7- Conclusões

Realizado o trabalho, obtidos os resultados e discutidos resta agora tecer as conclusões.

Passa-se então a enumerar as que penso ser as conclusões a retirar:

- 1- No início do estudo, na primeira medição a qual designámos por «baseline», o valor do MRCI era de 22,9 e os utentes tomavam em média 7,8 medicamentos. Após a randomização o número de medicamentos a tomar era de 8 no GC e 7,5 no GI. Na fase pós - intervenção, foram notadas melhorias significativas no GI. Assim, o número de medicamentos desceu significativamente no GI, onde passou de 7,3 para 6,5. Para o GC a descida foi menor, passou de 8,0 para 7,2.
- 2- Ao analisar o MRCI, na fase de randomização, era de 23,6 para o GC e de 22,2 para o GI. Na fase pós – intervenção, verificou-se que o GI sofreu um abaixamento significativo do mesmo, com valores que passaram de 22,2 para 16,8. O mesmo não se pode dizer relativamente ao GC pois a descida foi bem menor, de 23,6 para 20,0 respectivamente.
- 3- Quanto à descida do MRCI, verificou-se que ela ocorreu para os três parâmetros de análise (forma farmacêutica, posologia e indicações adicionais), mas com especial destaque para a posologia (reduziram as tomas a fazer de 12 em 12 horas) e nas indicações adicionais (reduziu o uso directo).

- 4- Relativamente à existência de polimedicação entre os idosos e esta poder ser agravada com a institucionalização, não restam dúvidas. Nenhum dos utentes tomava menos de 2 medicamentos. A maior parte deles tomava 5 e 7 medicamentos (14 para cada um deles) respectivamente. Além do mais existiam 12 utentes a tomar mais de 10 medicamentos por dia. Existe pois, uma marcada polimedicação *major*.
- 5- A importância da intervenção farmacêutica no que respeita à revisão da terapêutica. O médico ao ser confrontado com a proposta de abaixamento do MRCI, tem necessidade de rever os processos dos utentes e desta forma, existe sempre alguma coisa que é necessário alterar. A melhor forma de intervir é de forma simples, com esclarecimentos sucintos ao médico sobre o objectivo a atingir. Para uma boa intervenção não são necessários meios muito dispendiosos, basta uma folha como foi aqui elaborada, onde constem os dados necessários, os quais são observados e alterado o que o médico entender e volta a passar ao farmacêutico. Processos morosos e caros não recrutam adeptos.



## 8- Considerações Finais

Realizado todo o trabalho, existem considerações que são importantes, pois não só servem de balanço ao que foi feito, como de ponto de reflexão ao que ainda se pode vir a fazer.

Nem sempre os resultados obtidos são o que tínhamos delineado nos objectivos, mas importa é ter conseguido demonstrar a utilidade do trabalho realizado. Houve sem dúvida ganhos em saúde para os nossos utentes, se não para os 86 com os quais iniciamos o estudo, pois infelizmente nove deles faleceram durante a sua realização, pelo menos para os restantes 77 que viram as suas medicações serem revistas.

Este foi pois um trabalho que realizei com grande paixão, com o qual gostaria de seguir entrando em linha de conta com outras coisas aqui não consideradas por não se enquadrarem no âmbito do mesmo.

Há em Portugal, muito trabalho a fazer na área do Acompanhamento Farmacoterapêutico, temos de ser nós os farmacêuticos, desculpem-me a repetição da expressão ao longo do texto, a demonstra aquilo que podemos fazer além do que todos sabem que fazemos.

Não nos podemos «encostar» à designação de especialistas do medicamento, temos de provar com novas acções, tudo aquilo que podemos fazer, onde podemos ser úteis.

Gostaria ainda de tecer outra opinião, para que os nossos utentes possam sair a ganhar, é importante criar equipas de saúde multidisciplinares, onde todos são válidos e têm o seu papel. Tem de haver coesão e vontade de cooperar, não púnhamos à frente da saúde dos nossos utentes interesses de classes.

Para todos aqueles que colaboraram comigo na realização desta tese não deixo um adeus mas sim um até sempre. Há ainda muito trabalho a realizar.

## 9- Bibliografia

---

- <sup>1</sup> Horta MR. Intervenção Farmacêutica no Idoso Guia Prático – Volume I, Medicamentos e o Idoso. Associação Nacional das Farmácias 2007.
- <sup>2</sup> Beers, Mark H.; Jones, Thomas V. «The Merck Manual of Health & Aging», MMIV by Merck &Co., Inc. 2004.
- <sup>3</sup> Martins, RML. Envelhecimento Demográfico. <http://www.ipv.pt/> (acesso 04-12-06).
- <sup>4</sup> Vaz ME et al. Estudo sobre o envelhecimento em Portugal: Resultados preliminares Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia- Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Acção Atelier: Modernidade, Incerteza e Risco: 32-38.
- <sup>5</sup> Destaque do INE - Informação à comunicação social 11 de Setembro de 2008 Estatísticas Demográficas de 2007. <http://www.ine.pt/> (acesso 27-02-2009).
- <sup>6</sup> Moniz J. A Enfermagem e A Pessoa Idosa. Luso Ciência 2003: 39-57.
- <sup>7</sup> Destaque do INE – Informação à Comunicação Social 27 de Setembro de 2007. Dia Internacional do Idoso, 1 de Outubro de 2007. <http://www.ine.pt/> (acesso 27-02-2009)
- <sup>8</sup> Actualidades do INE O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. 2002 Lisboa.
- <sup>9</sup> Destaque do INE- Informação à Comunicação Social 2 de Setembro de 2003 Estatísticas Demográficas – Mortalidade, Resultados definitivos de 2002. <http://www.ine.pt/> (acesso 27-02-2009).
- <sup>10</sup> Portal do Governo Complemento Solidário para Idosos - só para quem mais precisa. <http://www.portugal.gov.pt/> (acesso 27-02-2009).
- <sup>11</sup> INE. Estimativas provisórias de População residente, 2007. Portugal, NUTS II, NUTS III e municípios. Lisboa: INE- IP, 2008
- <sup>12</sup> INE. Censos /91 Idosos / População – Pessoas com idade superior a 65 anos
- <sup>13</sup> Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas Despacho Ministerial de 08-06-2004; Ministério da Saúde: Direcção – Geral da Saúde.

- 
- <sup>26</sup> Destaque do INE- Informação à Comunicação Social 21 de Outubro de 2002 Censos 2001. <http://www.ine.pt/> (acesso 03-03-2009)
- <sup>27</sup> Carta Social Relatório 2006 . <http://www.cartasocial.pt/> (acesso 03-03-2009)
- <sup>28</sup> Costa,M. Arminda M. Questões demográficas: repercussões nos cuidados de saúde e na formação dos enfermeiros O Idoso: problemas e realidades 1999: 7-22 Coimbra:Formasau.
- <sup>29</sup> World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidences for action. Library Cataloguing; Publication 2003.
- <sup>30</sup> Manesse CK, Ridder MAJ, Veld AJM, Van der Cammen TJM. Adverse drug in elderly patients as contributing factor for hospital admission: cross sectorial study. *BMJ* 1997; 315(7115): 1057-1058.
- <sup>31</sup> Mateus, AL. Promoção e protecção da saúde nas diferentes fases da vida – Saúde do Idoso. *Mgf* 2000. <http://www.mgf.pt/> (acesso 11-02-2009)
- <sup>32</sup> Ferreira R. Consumo crónico de medicamentos na População de um Centro de Saúde. *Rev. Port. Clin. Geral* 2007; 23: 125-132.
- <sup>33</sup> Antunes P. Medicação crónica numa lista de utentes. *Rev.Port.Clin. Geral* 2000; 16 : 113-124.
- <sup>34</sup> *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas – Manual de Farmacologia e Farmacoterapia, Capítulo I «Fármacos e Medicamentos»: 15-16; Capítulo XVIII «O medicamento e a sua prescrição- Prescrição de medicamentos a doentes idosos»: 1149-1156; Capítulo 37 « Anti—hipertensores»: 535-557; 4ª edição, Porto Editora.*
- <sup>35</sup> Cardão M. Medicamentos e o Idoso. *Farmácia Técnica* Janeiro 2007: 1-4.
- <sup>36</sup> Galvão C. O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Rev. Port. Clin. Geral* 2006; 22: 747-752.
- <sup>37</sup> Monane M, Monane S, Sembla T. Optimal Medication use in Olders – Key to Succcessful Aging. *Successful Aging. West J Med* 1997; 167: 233-237.

- 
- <sup>38</sup> Recomendação da UEMO para uma prática medicamentosa mais segura no idoso (Texto aprovado na Reunião de Outono da UEMO, Istambul, 15 de Outubro de 2005), Rev Port Clin Geral 2006; 22: 111-112.
- <sup>39</sup> Oliver D, Connelly JB, Victor CR, Shaw FE, Whitehead A, Genc Y, Vanoli A, Martin FC and Gosney MA. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta – analyses. BMJ 2007; 334 (downloaded from bmj.com on 26 January 2007).
- <sup>40</sup> Correr CJ, Pontarolo R, Ferreira LC, Baptistão SAM. Drug- related problems risks in patients of a geriatric institution Rev. Bras.Cienc.Farm. 2007; 1(43): 55-62.
- <sup>41</sup> Chumney EC, Robinson LC. The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy. Pharm Pract (Internet) 2006;4 (3): 103-109
- <sup>42</sup> Silva P, Luis S, Biscaia A. Polimedicação um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. Rev. Port. Clin. Geral 2004; 20: 323-336
- <sup>43</sup> Masooudi FA, Baillie CA, Wang Y, Bradford WD, Steiner JF, Havranek EP, Foody JM, Krumholz HM. The complexity and cost of drug regimens of older patients hospitalized with Heart Failure in the United States, 1998-2001. Arch Intern Med. 2005;165: 2069-2076.
- <sup>44</sup> Cano MP. Cuidados Farmacêuticos em Lares de Idosos II Simpósio Lusófono de Cuidados Farmacêuticos Partilhar experiências para ir mais longe; 26 Maio de 2007.
- <sup>45</sup> Steinman MA, Seth LC, Rosenthal GE, Berthenthal DS, Saunak & Kalobi, Peter J. Polypharmacy and prescribing quality in older people. J Am Geriatr Soc 2006; 54 (10): 1516-1523.
- <sup>46</sup> Johnson G, Yee-Teng P, Michael JB, David CMK, Kay S. Development and validation of Medication Regimen Complexity Index. Ann Pharmacother 2004; 38: 1369-1376.
- <sup>47</sup> Melchioris AC, Correr CJ, Fernandez-Llimós F. Translation and validation into Portuguese Language of the Medication Regimen Complexity Index. Arq Bras Cardiol 2007; 89 (4): 210-218.

- 
- <sup>48</sup> Yeager KA, Dilorio C, Shafer PO, McCarty F, Letz R, Henry T, Schomer D. The complexity of treatments for persons with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2005;7: 679-686.
- <sup>49</sup> Dilorio C, McDonnell M, McCarty F, Yeager K. Initial testing of Antiretroviral Medication Complexity Index. *J Assoc Nurs AIDS* 2006; 17(1): 26-36.
- <sup>50</sup> Muir AJ, Sanders LL, Wilkinson WE, Schmader K. Reducing Medication Regimen Complexity – a controlled trial. *J Intern Med* 2001;16(2) :77-82.
- <sup>51</sup> Soares MA. O Medicamento e o Idoso. [http:// www.portalfarmacia.com.br/](http://www.portalfarmacia.com.br/) (acesso 05-12-2006).
- <sup>52</sup> Soares M, Fernandez- Llimós F, Lança C, Cabrita J, Morais JA. Operacionalização para Portugal – Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos Doentes Idosos. *Acta Med Port.* 2008; 5: 441-452.
- <sup>53</sup> Zermansky AG, Alldred DP, Petty DR, Raynor D K, Freemantle N, Eastough J. and Bowie P. Clinical medication review by a Pharmacist of elderly people living in care homes – randomised controlled trial. *Age Ageing*, 2006; 35(6) : 586-591.
- <sup>54</sup> Almeida HO et al. Treatment adherence among the elderly. *Com. Ciências Saúde*, 2007; 18(3), 57-67.
- <sup>55</sup> Hughes C M. Medication non-adherence in the elderly: now big is the problem? *Drugs Aging* 2004; 21(12): 793-811.
- <sup>56</sup> Richter A, Aston SF, Koch P, Dennett SL. The impact of reducing dose frequency on Health Outcomes. *Clin Ther* 2003; 25(8):2307-2335.
- <sup>57</sup> Williams B, Shaw A, Durrant R, Crinson I, Pagliari C and Lusignan S. Patient perspectives on multiple medications versus combined pills: a qualitative study. *Q J Med* 2005; 98: 885-893.
- <sup>58</sup> Richter A, Anton SF, Koch P and Dennett SL. The impact of reducing frequency on health outcomes. *Clin Ther* 2003; 8 (25): 2307-2335.
- <sup>59</sup> Problemas relacionados com medicamentos (PRM) no Idoso Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados . Fevereiro 2008.



---

<sup>60</sup> Fields TS, Gurwitz JH, Avorn D, McCornick D, Jain S, Eckler M, Benser M, Bates DW. Risk Factors for Adverse Drug Events Among Nursing Home Residents. Arch Inter Med. 2001; 161: 1629-1634.

<sup>61</sup> Good CB. Polypharmacy in Elderly Patients With Diabetes. Diabetes Spectrum 2002; 4 (15): 240-248.

<sup>62</sup> Veggeland T, Dyb S. The contribution of a clinical pharmacist to the improvement of medication at a geriatric hospital unit in Norway. Pharm Pract (Internet) 2008; 6(1): 20-24.

<sup>63</sup> Critérios de Beers 2002, Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.

<sup>64</sup> Wikipédia. Org/ wiki/Viana\_do\_Alentejo; Abril 2008.

<sup>65</sup> Broeiro P, Maio I, Ramos V. Polifarmacoterapia: estratégias de racionalização. Rev Port Clin Geral 2008; 24: 625-631.

<sup>66</sup> Clara JG. As patologias mais frequentes dos idosos. A comorbilidade e a pluripatologia. Setembro 2005.

<sup>68</sup> Fonseca T, Clara JG. Polifarmacoterapia e Aderência à Terapêutica no Idoso Hipertenso. Rev. Port. Cardiol. 2000; 19(9):855-872.

<sup>69</sup> Guidelines Subcommittee (1999) World Health Organization – Internacional Society of Hypertension. Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens 17: 151-183.

<sup>70</sup> Elementos Estatísticos Saúde/2006 – Informação Geral; Capítulo 5- Consumo de bens e serviços; 5.1- Medicamentos 2008: 115-119; Direcção Geral da Saúde, Lisboa.

<sup>71</sup> Ferrinho P, Bugalho M, Pereira JM. For better health in Europe. Report with the support of the European Commission. (Lisboa, Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Portugal, 2001).

---

<sup>72a</sup> Oliveira SM, Soares MA, Foppe van M; Cabrita J. Inappropriate drug use by Portuguese elderly outpatients – effects of the Beers criteria update. *Pharm World Sci* 2006;5 (28): 296- 301.

<sup>72</sup> Denneboom W, Dautzenberg MGH, Grol R, de Smet PAGM. Analysis of polypharmacy in older patients care using a multidisciplinary expert panel. *Br J Gen Pract* 2006; 528 (56): 504-510.

<sup>73</sup> Slalansky SJ and Levy AR. Effect of number of medications on Cardiovascular Therapy Adherence. *Ann Pharmacother* 2002; 36: 1532-1539.

<sup>74</sup> Williams CM. CAPT MC Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, Maryland Using Medications Appropriately in Older Adults. *Am Fam Phys* 2002; 10 (22): 1917-1924.

<sup>75</sup> Zagaria MAE. Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medication in the Elderly. *US Pharm*. 2006; 10:112-116.

<sup>76</sup> Gallagher LP. The potential for adverse drug reactions in elderly patients. *App Nurs Res* 2001;4 (14): 220-224.

<sup>77</sup> Routledge PA, O`Mahony MS, Woodhouse KW. Adverse drug reactions in elderly patients. *Br J Clin Pharmacol* 2004; 57 (2): 121-126.

<sup>78</sup> Castellar JI, Karnikowski MGO, Vianna LG, Nóbrega OT. Estudo da Farmacoterapia Prescrita a Idosos em Instituição Brasileira de Longa Permanência. *Acta Med Port* 2007; (20): 97-105.

<sup>79</sup> Hamdy RC, Moore SW, Whalen K. et al Reducing polypharmacy in extended care. *South Med J*. 1995; 88: 534-538.

<sup>80</sup> Hanlon JT, Weinberger M, Samsa GP et al. A randomized, controlled trial of a clinical pharmacist intervention to improve inappropriate prescribing in elderly outpatients with polypharmacy. *Am J Med*. 1996; 100: 428-437.

<sup>81</sup> Roughead E, Pratt N, Peck R, Gilbert A. Improving medication safety: influence of a patient- specific prescriber feedback program on rate of medication reviews

---

performed by Australian general practitioners. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007; 16: 797-803.

<sup>82</sup> Christensen D, Trygstad T, Sullivan R, Garmise J, Wegner SE. A pharmacy management intervention for optimizing drug therapy for nursing home patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2004; 2 (4): 248-256.

---

## **Anexos**

---

**Anexo I**

**Universidade de Évora**



**Mestrado Acompanhamento Farmacoterapêutico**

**Folha de Registo**

**da**

**Recolha de Dados**

**Redução do Índice de Complexidade  
da Medicação  
em Lar de Idosos**

**Lar de Idosos da Santa Casa da Misericórdia das  
Alcáçovas**

**Sara Cristina Cupido Carmo Grou Sim Sim Pajote**

**2007**

---

## MEDICATION REGIMEN COMPLEXITY INDEX (MRCI)

### 1-Dados Socio – Demográficos

Nome:

Utente ID:    Idade:              anos

Nº Utente:    Sexo: F          M

Intervenção: S          N

Data de Recolha dos Dados: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data de Recolha dos Dados pós – intervenção: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### 2- Dados Farmacoterapêuticos

Número Total de Medicamentos:

(Todos os que constem do Registo Clínico do Utente)

---

<b>Nome Comercial</b>	<b>Denominação Comum Internacional (DCI)</b>	<b>Forma Farmacêutica</b>	<b>Posologia</b>	<b>Indicações Adicionais</b>

	Inaladores de dose medida (bombinha)	
	Nebulizador (ar comprimido/ ultra-sónico)	
	Oxigénio/ concentrador	
	<i>Turbuhalers</i> (pó seco para inalação)	
	Outros inaladores de pó seco	
<b>Outros</b>	Fluído para diálise	
	Enemas	
	Injecções: - Pré-carregadas; - Ampolas/ frascos-ampolas	
	Supositórios/ óvulos vaginais	
	Analgesia controlada pelo paciente	
	Supositório	
	Crems vaginais	
	<b>Total da Secção A</b>	

### 3- Medication Regimen Complexity Index

A- Forma Farmacêutica		
Forma Farmacêutica		Peso
<b>Oral</b>	Cápsulas/ comprimidos	1
	Gargarejos/ colutórios	2
	Gomas/ pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/ grânulos	2
	<i>Spray</i> / comprimidos sublinguais	2
	<b>Tópicos</b>	Crems/ géis/ pomadas
Emplastros		3
Tinturas/ soluções de uso tópico		2
Pastas		3
Adesivos transdérmicos/ <i>patches</i>		2
<i>Spray</i> de uso tópico		1
<b>Ouvido, olhos e nariz</b>		Gotas/ crems/ pomadas para o ouvido
	Colírios/ gotas para os olhos	3
	Géis/ pomadas para os olhos	3
	Gotas/ crems/ pomadas nasais	3
	<i>Spray</i> nasal	2
	<i>Accuhalers</i> (pó seco para inalação/ diskus)	3
	<i>Aerolizers</i> (cápsulas para inalação)	3



## B- Frequência de Dose

Frequência de Dose	Medicações	Total	Peso
1x dia			1
1x dia S/N			0.5
2x dia			2
2x dia S/N			1
3x dia			3
3x dia S/N			1.5
4x dia			4
4x dia S/N			2
12/ 12h			2.5
12/12h S/N			1.5
8/ 8h			3.5
8/ 8h S/N			2
6/ 6h			4.5
6/ 6h S/N			2.5
4/ 4h			6.5
4/ 4h S/N			3.5
2/ 2h			12. 5
2/ 2h S/N			6.5
S/N			0.5
Dias alternados ou menor frequência			2

Oxigénio S/N			1
Oxigénio <5h			2
Oxigénio >15h			3
<b>Total da Secção B</b>			

### C- Indicações Adicionais

Instruções Adicionais	Medicações	Total	Peso
Partir ou triturar o comprimido			1
Dissolver o comprimido/ pó			1
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex., 2 comprimidos, 2 jactos)			1
Dose variável (p. ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jactos)			1
Tomar/ usar em horário específico (p. ex., manhã, noite, 8 AM)			1
Relação com alimento (p. ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1
Tomar com líquido específico			1
Tomar/ usar conforme indicado			2
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2
Doses alternadas (p. ex., 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2

---

---

**Total da Secção C**

**MRCI = A+B+C=**

**MRCI PÓS- Intervenção = A+B+C=**

---

**ANEXO II**

**Folha de Intervenção**

**Redução do Índice de Complexidade da Medicação**

**No Lar Idosos da Santa Casa Misericórdia**

**de Alcáçovas**

**Nome doente:**

**Utente ID:**

**NºUtente:**

**Data:**

**Medicação actual:**

---

**Índice Complexidade (MRCI) para doente:**

**Média Índice Complexidade (MRCI) no Lar:**

**Sugestão para Redução do Índice Complexidade (MRCI):**

58	S	AINE tópica, analgésico tomado S.O.S
59	N	med.tomado dose multipla
60	N	
61	S	med.tomado deitar
62	S	2 med.tomados deitar,med.em toma multipla, med.liquido tomado às colheres
63	N	me.partido a meio, med.tomado jejum, med.tomado deitar
64	N	2med.partidos a meio,med.analgésico S.O.S, 2 med.aplicação tópica, diurético deitar?
65	S	med. partido a meio, med.deitar
66	S	
67	N	med.tomado deitar, 2 med.tomados 12em 12horas, med.liquido tomado colheres
68	S	med.tomado deitar
69	N	2 med.part. a meio, 2 med.tom. deitar,2 med.tom.12em12horas,aplic.colirio,med.S.O.S
70	N	amp.bebivel diária
71	S	med.tomado 15min.antes ref. (jejum)
72	N	med.tom.15min.antes ref.(jejum), 3med.tom.12em12h, med.liq.tom.colheres
73	N	med.tomado deitar, AINE aplicação tópica
74	S	
75	S	4med.partido a meio, med.tomado deitar
76	S	med.15min.antes ref.(jejum), med.tomdo jejum, amp.bebivel diária
77	N	
78	N	AINE oral tomado S.O.S, med.partido a meio
79	N	3med partidos a meio,med.tomado jejum, med.tomado deitar
80	N	med.partido a meio
81	S	comp.dispersível diário, me.tomado deitar
82	S	med.tomado deitar, med.analgésico tomado S.O.S
83	S	med.tomado 4em4h (entre 8-24h),aplicação tópica
84	N	med.tomado 12em12horas, med.liquido tomado colheres

analgésico tomado em S.O.S

### Anexo III- Elementos que contribuem para o aumento do MRCI (antes e após intervenção) . Dados registados em Excel

UTENTES	Intervenção	Elementos que contribuem para aumento grau comp. med.1 (Março)
1	S	med.tomado jejum; medpartido a meio
2	S	
3	N	2 med.tomados jejum,med.tomado ao deitar
4	N	2 med.S.O.S,med.tomado deitar,med.partido a meio,2med.aplic.tóp.med.semanal inj.mensal vit.B12,2 meds.deitar(captopril), comp.eferv.diário,aplicação casal
5	S	calcitoninainj.mensal
6	S	med.partido a meio
7	S	2 med.deitar,analgésico em S.O.S
8	N	analgésico em S.O.S,med.antes 3 ref.(jejum), creme vaginal aplicação deitar
9	S	2 med.partido a meio, med.com paragem fim-semana,med.jejum,aplic.tóp.,med.12em12h
10	N	med.partido a meio, med.tomado jejum
11	N	aplicação sup. Noite
12	S	2 antibióticos tomados 12em 12 horas, med.tomado deitar
13	S	med.partido a meio,med.tomado 15 min. antes ref.med.tomado deitar
14	N	2med.aplic.tóp.,sist.trasdermico,med.tomado deitar, 2med.toma multipla,med.8em8 h
15	N	
16	N	2 med.partidos a meio,
17	N	med.partido meio,2meds.tomados deitar,med.tomS.O.S, 2sist.inalação,2meds.12em12 h
18	S	med.toma multipla, med.tomado deitar, med.liquido tomado 12 em 12 horas
19	S	med.tomado deitar
20	S	2 meds.partidos a meio, med.dose multipla, med.tomado 24 em 24 horas
21	S	med.analg.S.O.S,med.deitar, 2 med.aplicação tópica, 2 med.tomados 12 em 12 horas
22	N	med.c/paragem fim semana, med.partido meio,med.jejum, med.deitar
23	S	med.partido meio,med.jejum, med.deitar
24	S	med.c/paragem fim semana, med.tomado deitar
25	S	2med.partidos a meio,3 med.deitar,3med.jejum, utilização de 3 sist.inalação
26	N	
27	N	med.partido a meio
28	S	
29	N	10 gotas 12em12 horas, amp.beb.diária,med.tomado 12em12 horas,med.tom.15min a.r
30	S	sistema trasdémico nitroglicerina
31	S	med.tomado 15min.antes ref.
32	S	med.deitar,med.tomado 12em12 h,aplicação colirio,comp.eferv.diário
33	N	med.tomado em dose multipla,med.partido a meio
34	N	
35	N	comp.efervescente diário
36	S	
37	N	
38	N	aplicação corticóide tópico e AINE topico
39	N	
40	S	med.c/paragem fim-semana,med.deitar, toma varfarina(sujeita a ajustes doses)
41	N	administração insulina 2xdia,med.grânulos deglutidos com agua, med.tomado noite
42	N	2 anti-agregantes plaq.em simultâneo,med.jejum, med.paragem fim semana,med.S.O.S
43	N	med.partido meio, med.tomado jejum, med.tomado jantar
44	N	administração insulina 2xdia,susp.oral em saquetas,med.aplicação tópica
45	N	3 med.partidos a meio, med.tomado deitar
46	S	med.partido a meio
47	S	aplic.colirio,aplic.tópica AINE,med.anaig.S.O.S,med.tomado deitar
48	N	med.partido meio
49	N	
50	N	3med tomados deitar,med.tomado 12em12h,med.tomado dose multipla
51	S	2analgésicos em S.O.S,med.tomado jejum, bifosfonato semanal, AINE aplicação tópica
52	S	insulina 2xdia, 2 aplic. topicas,2 med.12 em 12 horas,med.dissolvido agua,apli .colirio
53	S	med.tomado jejum, med.tomado deitar, med.tomado S.O.S
54	S	2 AINE aplicação tópica, med.partido a meio, med.tomado 12em12horas
55	S	med.partido a meio
56	S	3 med.tomado ao deitar,toma varfarina (sujeita a ajustes doses)
57	N	3 med.inalados 8em8 horas(c/ câmara expansora)med.deitar,med.12em12h,O2 S.O.S

---

## Elementos que contribuem para aumento grau comp. Med.2 (Setembro)- Int. Médico

analgésico tomado em S.O.S

3 meds.tomados em jejum,med.tomado deitar, AINE aplicação tópica,toma de amp.beb.,med.tomado 12 em 12 horas,analgésico tomado er S.O.S

### Falecido (Maio 2007)

inj.mensal Vit.B12,comp.eferv.diário,aplicação nasal calcitonina, 1 med.deitar  
med.partido a meio

2 med.deitar,analgésico S.O.S

med.dose multipla,med.antes 3 ref.(jejum), analgésico em S.O.S

med.com paragem fim-semana,med.partido meio,med.tomado jejum

med.partido a meio, med.tomado jejum

aplicação sup.noite

2 med.tomados ao deitar

med.partido meio,med,tomado jejum, med.tomado deitar, med.tomado 15 min.antes ref.

sist.trasdermico,1 med.toma multipla, med.tomado 12 em 12 horas

1med.partido a meio

igual

med.toma multipla,med.pó dissolver água, med.tomado deitar,med.liquido tomado 12 em 12 horas

med.tomado deitar, med.tomado 15 min.antes 3 refeições (jejum)

### Falecida (Junho 2007)

med.tomado deitar

igual

med.partido meio, med.tomado deitar

med.com paragem fim-semana

1med.partido a meio,2 med.jejum, 2 med.deitar,3 sist.inalação

### Falecido (Maio 2007)

igual

med.partido a meio, med.tomado jejum

igual

### Falecido (Maio 2007)

igual

med.c/paragem fim-semana, toma varfarina(sujeita a ajustes doses),med.jejum, med.deitar

igual

1 anti-agregante, med.c/paragem fim-semana,med.tomado jejum

igual

igual

igual

igual

aplicação tópica AINE, med.tomado deitar

igual

igual

med.partido meio, med.tomado deitar,med.tomado jejum

administração insulina 2xdia, 2 aplicações tópicas

med.tomado S.O.S

1 AINE aplicação tópica, analgésico tomado S.O.S

2 med.deitar,med.tomado jejum, toma varfarina (sujeita a ajustes doses)

igual

igual

2.med.tomados deitar,med.partido a meio

1med.tomado deitar, med.em toma multipla

igual

### Falecido (Junho 2007)

igual

---

med.tomado deitar, med.tomado jejum  
med.tomado 15min.antes ref.(jejum), med.partido meio, med.tomado jejum  
2med.par.meio, 2 med.tom.deitar. 1 med.tom.12em12 horas,aplicação colírio  
igual

med.tom.15min.antes ref.(jejum), 2med.tom.12em12 horas, med.part. a meio, med.liq.tom. colheres  
igual

1med.partido a meio, med.tomado deitar, med.tomado jejum, inj.S.C 15em15 dias

aplicação de colírio

igual

igual

**Falecida (Junho 2007)**

igual

med.anal.S.O.S, med.tom.jejum, AINE aplicação tópica

**Falecida (Julho 2007)**



---

**Anexo IV-** Research Randomizer Results

1 of **42** unique number per set

Range: From **1** to **84** sorted from Least to Greatest

1,2,5,6,7,9,12,13,18,19,20,21,23,24,25,28,30,31,32,36,40,46,47,51,52,53,54,55,56,58,  
61,62,65,66,68,71,74,75,76,81,82,83

---

**Anexo V**



**Comissão de Ética**

**Área da Saúde e do Bem Estar**

**Formulário de Avaliação dos Projectos**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Título Projecto:**

Redução do Índice de Complexidade da Medicação num Lar de Idosos

**Nome dos Investigadores:**

Sara Cristina Cupido Carmo Grou Sim Sim Pajote

Fernando Fernandez-Llimos

**Nível da Investigação:**

Mestrado

---

**Responsáveis Académicos:**

Orientador/Investigador principal: Prof. Dr. Fernando Fernandez-Llimos

Colaboradores: Dr. Jorge Humberto Guia da Silva

**Resumo/Abstract (mais ou menos 250 palavras)**

**Introdução:** Nos últimos anos, tem-se assistido a um envelhecimento crescente da população em Portugal.

Tal facto prende-se com inúmeros factores sendo de destacar o aumento da esperança média de vida.

É normal, com o aumento da idade que as patologias se vão acumulando, o que implica uma polimedicação, a qual pode atingir um elevado índice de complexidade.

**Objectivo:** Avaliar a efectividade da intervenção de um farmacêutico para reduzir a complexidade da medicação dos doentes internados num lar de idosos.

**Metodologia:** Estudo de intervenção aleatorizado e controlado.

A informação será recolhida por consulta das folhas de registo de cada utente do Lar. Serão recolhidos dados sobre: Utente: (caracterizado pela idade e o sexo), Medicação: (caracterizada pelo nome comercial e pela posologia).

Nos doentes do grupo de intervenção realizar-se-á uma análise do perfil farmacoterapeutico, com o intuito de obter um relatório para o seu medico assistente, recomendando medidas para reduzir a complexidade da medicação prescrita.

Será feita uma análise descritiva com medidas de tendência central, e avaliar-se-á a melhoria atingida com testes emparelhados.

---

### **Fundamentação e pertinência do estudo:**

A população idosa tem vindo a aumentar de forma notória nestes últimos 20 anos. Segundo definição da Direcção geral de Saúde, são consideradas idosas, todas as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (a idade de reforma). Em Portugal, esta população representava em 2004 já 16,91% da população total.

De acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), em todo o mundo ouve um aumento notável da população idosa. Segundo esses dados, nos países desenvolvidos representa 20% da população e a tendência futura será atingir os 25%. Por sua vez, nos países em desenvolvimento já supera 10% da população mas nas próximas décadas chegará aos 20%.

O envelhecimento deve-se especialmente ao aumento da esperança de vida. Como é obvio quanto mais anos a pessoa viver, mais susceptível está ao desenvolvimento de patologias, nomeadamente as doenças geriátricas, ou seja, aquelas que são exclusivas de adultos de idade avançada.

Também são incluídas aquelas que afectam indivíduos de todas as idades, mas que são mais frequentes e mais graves na velhice, ou ainda, que causam sintomas ou complicações diferentes.

Como também será de esperar, um aumento do número de patologias conduz a um aumento no numero de medicamentos a tomar.

Logo é vulgar encontrar um idoso polimedicado. Existem dados que indicam números tais como:

-quatro em cada cinco idosos com 75 anos ou mais, tomam pelo menos um medicamento

-36% tomam quatro ou mais medicamentos, ou seja são polimedicados.

A polimedicação conduz em muitos casos a um aumento do Índice de Complexidade da Medicação.

---

Não se pode esquecer outro ponto a ser desenvolvido neste trabalho –a institucionalização de idosos.

Houve nestas ultimas três décadas em Portugal, uma alteração comportamental relativamente ao conceito de família.

Era vulgar encontrar-se à alguns anos atrás, na mesma habitação três gerações a coabitarem (avós, pais e netos), onde os idosos permaneciam até falecer.

Hoje em dia, grande parte dos nossos idosos encontram-se institucionalizados, pois as famílias não possuem disponibilidade para as manter no domicílio.

Este trabalho será desenvolvido com base em dados recolhidos num Lar de Idosos.

Pretende-se demonstrar, o elevado Índice de Complexidade da Medicação nos idosos que se encontram internados no Lar e contribuir se possível para redução do mesmo.

### **Objectivos:**

Avaliação da efectividade da intervenção farmacêutica para reduzir a complexidade da medicação dos utentes internados num lar de idosos.

### **Seleccção da amostra:**

População de referência: utentes internados no Lar Idosos da Santa Casa da Misericórdia de Alcáçovas..

Dimensão da amostra: 84 utentes de ambos os sexos.

Critérios de inclusão: Utesntes de ambos os sexos, que façam medicação habitual e que a medicação esteja inscrita nas folhas de registo de cada utente.

Critérios de exclusão: não existem

---

### **Procedimentos metodológicos:**

Estudo de intervenção aleatorizado e controlado.

São seleccionados aleatoriamente 50% dos utentes internados no Lar para representarem o grupo de intervenção, os restantes 50% serão o grupo de controlo. Para obter o valor basal, avalia-se a complexidade da medicação na totalidade dos utentes, utilizando o Medication Regimen Complexity Index.

Antes de iniciar a avaliação, será realizada uma sessão educativa de carácter geral ao médico assistente a exercer funções no Lar. A finalidade da mesma consiste em actualizar os conhecimentos do médico, relativamente ao conceito de complexidade da medicação e a importância da mesma nos riscos de polimedicação.

No grupo de intervenção realiza-se uma análise do perfil farmacoterapêutico utilizado por estes utentes

Com base nos resultados obtidos, prepara-se um relatório para o médico assistente, onde aparece o score de MRCI para esse utente e a média do MRCI em todo o Lar.

Passado um mês de ter sido feita a primeira intervenção, faz-se a avaliação final do MRCI de todos os utentes.

Realiza-se então uma análise estatística com testes emparelhados, para determinar qual o efeito da intervenção e as diferenças que existem em relação ao grupo de controlo.

### **Instrumentos de avaliação:**

O MRCI é um instrumento utilizado para medir a complexidade da farmacoterapia de um utente individual, dividido em três secções: A, B e C. A secção A corresponde às informações sobre formas de dosagens; a secção B, às informações sobre frequências de doses; e a secção C corresponde às informações adicionais, como horários específicos e uso com alimentos, entre outras. Cada secção é pontuada a partir da

---

análise da farmacoterapia do paciente e o índice de complexidade é obtido pela soma dos pontos (scores) das três secções.

#### **Como serão recolhidos os dados?**

Folha de recolha de dados desenhada para tal efeito. Essa folha ficará na posse da investigadora (SP), e após a conclusão do estudo será destruída convenientemente.

#### **Como será mantida a confidencialidade nos registos?**

No processamento de informação, não se poderá identificar o doente porque não existem dados que permitam essa identificação.

#### **Estudos prévios em que se baseia esta investigação:**

Divakaran VG, Murugan AT. Polypharmacy: an undervalued component of complexity in the care of elderly patients. *Eur J Intern Med.* 2008 May;19(3):225-6.

Muir AJ, Sanders LL, Wilkinson WE, Schmader K. Reducing medication regimen complexity: a controlled trial. *J Gen Intern Med.* 2001 Feb;16(2):77-82.

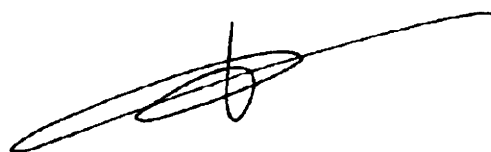
Melchior AC, Correr CJ, Fernández-Llimos F. Translation and validation into Portuguese language of the medication regimen complexity index. *Arq Bras Cardiol.* 2007 Oct;89(4):210-8.

George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong DC, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother.* 2004 Sep;38(9):1369-76.

---

Eu abaixo assinado,

na qualidade de investigador principal/orientador, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.



Fernando Fernandez-Llimos

Eu abaixo assinado,

na qualidade de investigadora, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes das Declarações de Helsínquia, da Organização Mundial de Saúde e da Comunidade Europeia, no que se refere à experimentação que envolva seres humanos.

Sara Cristina Cupido Carmo Grou Sim Sim Pajote





**Comissão de Ética**

**Área da Saúde e do Bem Estar**

Parecer:

Aceite:

Para Modificação:

Rejeitado:

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A Comissão de Ética para a Área da Saúde e do Bem Estar

---

Esta Dissertação de Mestrado tem no seu total 135 (cento e trinta e cinco) páginas, com início de paginação na Folha de Rosto.

A autora: Sara Cristina Cupido Carmo Grou Sim Sim Pajote

**FIM**