

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA - TRABALHO FINAL

ANDRÉ FILIPE MARQUES POSTIGA

Indução da Prescrição: a perspetiva técnica e populacional

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
PROFESSOR DOUTOR LUIZ MIGUEL SANTIAGO

FEVEREIRO/2019

Índice

Resumo	3
Abstract	4
Introdução	6
O Ato de Prescrever	7
Fatores Inerentes ao Médico	7
Fatores Inerentes ao Doente	7
Fatores Inerentes à Classe Farmacêutica	8
Fatores Inerentes aos Cuidados de Saúde e à Sociedade	9
Erros de Prescrição	10
Polifarmacoterapia	10
Abordagem à Polifarmacoterapia	11
Enquadramento deste Estudo	12
Material e Métodos	13
Discussão	26
Conclusão	32
Agradecimentos	33
Referências Bibliográficas	34
Anexos	36

Resumo

Introdução: A polifarmacoterapia é um problema cada vez mais prevalente na população e com tendência para vir a aumentar ainda mais nos próximos anos. O consumo de vários fármacos em simultâneo pode estar indicado e ser adequado em alguns doentes, mas é

também causa de iatrogenia e efeitos adversos.

Objetivos: Pretendeu-se estudar e comparar a perspetiva técnica (médicos e farmacêuticos)

e a populacional sobre a indução da terapêutica farmacológica.

Material/métodos: Aplicou-se um questionário a utilizadores de cuidados de saúde em que

estes indicavam a abordagem preferida perante um novo problema de saúde e o mesmo

questionário a profissionais, médicos e farmacêuticos de oficina, em que estes indicaram

não só como preferiam tratar, mas também qual julgavam ser a preferência dos doentes. Foi

realizada estatística descritiva e inferencial adequada.

Resultados: Amostra de conveniência de 253 utilizadores de cuidados de saúde e de 252

profissionais. Os utilizadores de cuidados de saúde, estando doentes ou não, indicam que a

sua preferência é ser tratados com fármacos apenas a longo prazo (41,1%), quando for

seguramente necessário. Os profissionais afirmam que preferem tratar com fármacos

também só a longo prazo (65,9%) mas julgam que os doentes preferem prescrição

farmacológica imediata (66,3%).

Discussão: Os dados indicam que doentes e profissionais concordam em retardar o início do

tratamento farmacológico quando existem dúvidas ou quando este não é mandatório. Por

outro lado, os profissionais pensam que a preferência dos doentes é, quando procuram

ajuda profissional, serem tratados com fármacos de imediato. Esta aparente dessintonia

pode originar sobre-medicalização. Mais trabalhos são necessários para perceber o impacto

da formação técnica e da informação em geral ao público para poder contornar este

problema que até a medicação de venda livre pode incrementar.

Conclusão: Os profissionais de saúde têm a noção de que os doentes, perante um novo

problema de saúde, preferem ser tratados de imediato com fármacos o que parece não

corresponder à noção mais frequentemente expressa por doentes.

Palavras-chave: Fármacos; Prescrição; Polifarmacoterapia; Multimorbilidade.

3

Abstract

Introduction: The excessive consumption of drugs, and polypharmacy, are a serious and

relevant problem. Its prevalence has been increasing and will increased more in the future.

Drug sales, and medicines use, have been continuously rising on the last few years. In some

patients, polypharmacy might be indicated, namely in the multimorbidity context, but it is

associated with higher expenses, side effects and worse health outcomes.

Objectives: With this work, we intended to study and compare the technical (doctors and

pharmacists) and population perspective regarding pharmacological treatment induction.

Material/Methods: We applied a questionnaire to patients in which they could indicate their

preferred approach facing a new health issue and the same questionnaire was applied to

professionals, in which they indicated not only their preferred approach to treatment, but also

what they thought their patients would prefer.

Results: After descriptive and inferential statistical analysis, we observed that patients'

preference is to be only treated with drugs in long term (41.1%), when surely necessary.

Professionals also prefer to only treat with drugs in long term (65.9%) but they think patients

prefer immediate pharmacological prescription (66.3%).

Discussion: Results indicate that patients and professionals agree in postponing the start of

pharmacological treatment when there are doubts or it is not mandatory. On the other hand,

healthcare professionals think that patients prefer to be immediately treated with drugs when

they search for specialized care. This disagreement may be due to multiple causes and lead

to over-treatment, and later become a possible cause for polypharmacy. More studies are

necessary to understand the influence of each patient individual factors, technical formation

and general public information, to solve this problem that can even increase over-the-counter

medication sales.

Conclusion: Professionals consider that patients, facing a new health issue, prefer to be

immediately treated with drugs. This does not seem to correspond to the will expressed by

the majority of patients. This conclusion deserves to be object of reflection by the medical

and pharmaceutical community, in order to optimize future therapies.

Keywords: Drugs; Prescription; Polypharmacy; Multimorbidity.

4

Lista de Abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde

ECD – Exames Complementares de Diagnóstico

MGF – Medicina Geral e Familiar

MM – Multimorbilidade

MNSRM - Medicamento não sujeito a receita médica

UCS - Utilizadores Cuidados de Saúde

Introdução

Todo o médico tem por objetivo tratar os seus doentes curando as doenças que estes apresentam. A Medicina surgiu e existe para, perante um novo problema na saúde, resolvê-lo e devolver o pleno bem-estar físico, mental e social à pessoa, ou apenas mitigá-lo. O tratamento de qualquer patologia é como uma viagem em que existem vários caminhos que podem ser tomados e, em que, por vezes, é necessário mudar de rumo. Cabe ao médico, com base no seu conhecimento científico e na sua experiência clínica, propor um caminho, ou seja, propor um tratamento, e cabe ao doente, aceitar ou não esse caminho, esse tratamento.

Sem dúvida que a via mais utilizada pelos médicos para atingir a cura dos seus doentes é a via farmacológica. O fármaco é prescrito pelo médico, dispensado pelo farmacêutico e tomado pelo doente. A sua ação tem por objetivo a resolução da doença e a cura do doente. Mas algo extremamente positivo e eficaz, se mal utilizado pode transformarse num problema. Ninguém duvida de que o tratamento farmacológico é uma arma importantíssima na prática médica e que é, ele próprio, transversal à história da medicina.

Os dados fornecidos pelo INFARMED sobre o consumo de fármacos e sobre os impactos económicos deste, quer a nível do SNS, quer a nível dos utentes, lançam-nos um alerta. O consumo farmacológico em Portugal parece estar a aumentar ano após ano, o que é confirmado pelos números de venda de embalagens farmacológicas. Isto, leva a que os gastos em saúde se sintam cada vez mais, quer a nível estatal com o financiamento do SNS, quer a nível familiar com a compra de medicamentos suportada pelos utentes, segundo as Figuras 1 e 2. Fonte: Infarmed – Relatórios Anuais Estatística do Medicamento (1).

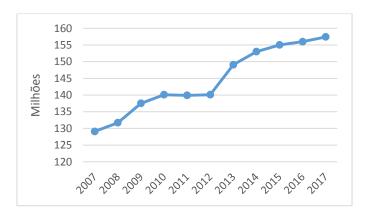


Figura 1 - Número de embalagens medicamentosas vendidas em Portugal.

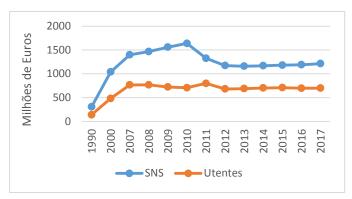


Figura 2 - Gastos do SNS e utentes com fármacos.

O Ato de Prescrever

Quando o médico se depara com um novo problema de saúde, após o diagnóstico, tem a tarefa de propor ao doente, uma terapêutica. Para cada ato de prescrição, o médico realiza um processo de raciocínio terapêutico. No entanto, quais são os fatores que levam o médico a optar pela terapêutica farmacológica? Pensará antes de prescrever em todos os prós e contras desse ato?

Para melhor poder ser pensado o intricado processo da terapêutica farmacológica, devermos abordar fatores estruturais e processuais que agruparemos em:

Fatores Inerentes ao Médico

As respostas a estas perguntas são peças-chave para percebermos as possíveis causas do aumento exponencial do consumo farmacológico. Existem diversos fatores que pesam na hora do clínico prescrever, nomeadamente, a sua formação científica, as normas orientadoras vigentes, as práticas seguidas por colegas, o *marketing* farmacêutico e a sua propaganda, o próprio sistema de prescrição, a medicina baseada na evidência e ainda os fatores inerentes ao próprio doente.

O número de consultas e o número de utentes que cada médico observa também influencia a decisão de prescrever visto que consultas mais rápidas levam a menos tempo com os doentes, e ainda a pressão inerente ao cumprimento de metas temporais, poderão influenciar a capacidade de avaliação e de decisão do médico (2).

Fatores Inerentes ao Doente

A Esperança Média de Vida (EMV) em Portugal aumentou substancialmente nos últimos anos. Esta alteração originou mudanças epidemiológicas e demográficas, com a prevalência das doenças crónicas a aumentar substancialmente.

As doenças crónicas são atualmente, e serão ainda mais no futuro, um grande desafio e um grande problema para os sistemas de saúde. A presença simultânea de duas

ou mais doenças crónicas, designa-se por Multimorbilidade (MM) (3). A MM altera por completo a abordagem médica ao doente em si e a cada doença em particular. Doentes com MM exigem a cooperação entre diferentes clínicos de diferentes especialidades, o que culmina em maior número de consultas e logo, maior utilização de recursos humanos e financeiros. A prevalência da MM em Portugal estima-se que seja de 72,7% (4).

Os doentes com MM são doentes associados a maior risco de iatrogenia, incapacidade física ou mental, problemas psicológicos e consumo excessivo de cuidados de saúde como consultas, exames e terapêuticas. A MM constitui um desafio para o médico de qualquer especialidade visto que deixa de ser possível tratar uma patologia isoladamente, isto é, sem considerar as outras que o doente também sofre. Quando isso não acontece e o médico opta por tratar uma doença de forma isolada, incorre num erro grave e com múltiplas consequências. Interações medicamentosas, prescrição para tratar efeitos adversos de outros fármacos e diminuição da adesão à terapêutica são apenas alguns dos riscos. A jusante este processo culmina na polifarmacoterapia. O continuar deste processo agrava as patologias já presentes, possibilita o desenvolvimento de outras, aumentando ainda mais a MM e a polifarmacoterapia.

Os idosos são ainda mais vulneráveis à polifarmacoterapia pela maior frequência que recorrem aos serviços de saúde em que contatam com diferentes prescritores, originando por vezes duplicação de tratamentos (5). Existem ainda poucos estudos sobre a polifarmacoterapia, mas um estudo na população espanhola concluiu que 97% dos idosos que vivem em lares e 61% dos idosos que vivem em sua casa consomem um fármaco inadequado (6).

A complexidade ligada à MM acarreta dificuldades na gestão dos cuidados de saúde e das terapêuticas e pode assumir diferentes níveis: individual (paciente), organizacional (sistema de saúde) e profissional (médico), sendo o clínico de Medicina Geral e Familiar (MGF) o que mais contata com este problema (7).

Fica assim claro que a MM é um fator indubitavelmente indutor da prescrição médica, originando muitas vezes polifarmacoterapia, que pode estar indicada e traduzir-se em melhorias para os doentes, mas que quando gerida inadequadamente é causa de iatrogenia, dano aos doentes e de agravamento da própria polifarmacoterapia.

Fatores Inerentes à Classe Farmacêutica

A classe farmacêutica tem um contato muito próximo com os doentes e em muitas das situações, é o primeiro profissional de saúde a quem o doente recorre após o surgimento de um novo problema de saúde. É mais acessível, mais rápido e mais fácil para o doente procurar ajuda de um farmacêutico ao invés da procura de ajuda do médico com a

marcação de uma consulta. Na sociedade atual, em que as pessoas cada vez mais lutam contra a falta de tempo, esta prática dos doentes procurarem uma ajuda nas farmácias tem tendência a aumentar.

Assim, perceber também quais são os fatores que levam o farmacêutico a tentar tratar imediatamente o doente, por exemplo com a venda de um medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM) ou pelo contrário, a aconselhar a visita a um médico, poderão ser extremamente importantes. Os MNSRM mais utilizados são o paracetamol, AINE's, antihistamínicos e antagonistas H2 ou inibidores da bomba de protões (8).

Fatores como a incidência e a gravidade da doença serão chave visto que o farmacêutico sentir-se-á mais seguro e apto a tratar uma doença com a qual tem contato regular e cuja gravidade pensa ser baixa. Importante será também a gravidade que o farmacêutico atribui à situação, logo é fulcral que o farmacêutico seja capaz de identificar fatores de gravidade das diversas patologias. O "arsenal terapêutico" à disposição do farmacêutico com os MNSRM para a patologia em causa também influenciará a decisão.

Fatores Inerentes aos Cuidados de Saúde e à Sociedade

Importa ainda atentar em alguns aspetos que podem passar despercebidos ou serem desvalorizados e que podem também eles influenciar o consumo farmacológico (CF). O fato de ainda haver cerca de 700 mil portugueses sem médico de família (9) impossibilitando um acompanhamento regular, orientado e integrado de todo o doente, função desempenhada maioritariamente pelos médicos de MGF, é um problema que deveria ser resolvido de modo a otimizar o seguimento dos doentes, melhorando diversas consequências em saúde, entre eles, o da prescrição adequada.

Podemos observar na Figura 3 (Fonte: Infarmed – Relatórios Anuais Estatística do Medicamento) (1), que o número de locais de venda de MNSRM tem vindo a aumentar, fato muito valorizável visto que o consumo de MNSRM não é isento de riscos, pode originar efeitos adversos e interações medicamentosas com outros fármacos.

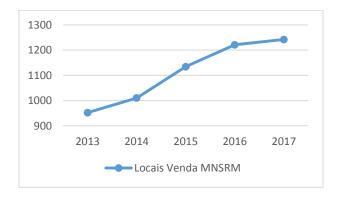


Figura 3 - Locais de venda medicamentos não sujeitos a receita médica.

O marketing farmacêutico presente em diversos meios de comunicação social, como os jornais, as televisões e as rádios, consegue transmitir mensagens de forma ampla e abrangente de uma forma muito fácil. A legislação existente e a vigilância das entidades competentes sobre os diversos anúncios com medicamentos no nosso país pode não ser a mais eficiente. É necessário e urgente, regulamentar e supervisionar de forma apertada o marketing farmacêutico visto que está envolvida a saúde das pessoas e das populações.

Erros de Prescrição

Existem diversas estratégias para minimizar ao máximo os erros de prescrição, nomeadamente, separar o processo de prescrever de outras tarefas ou distrações como possam ser conversas paralelas com os doentes ou outros funcionários e os sistemas eletrónicos de prescrição que vieram aumentar a segurança, a qualidade e o custo-efetividade da prescrição (10). Existem outras ferramentas desenvolvidas para auxiliar o médico no momento da prescrição. A lista de P-drugs, a Lista de BEERS ou critérios STOPP/START são ferramentas cujo objetivo é ajudar o médico a reduzir a prescrição potencialmente inapropriada.

<u>Polifarmacoterapia</u>

Todos os fatores atrás descritos como indutores do consumo farmacológico concorrem para um final comum – a polifarmacoterapia. "O consumo crónico de cinco ou mais fármacos designa-se por polifarmacoterapia, sendo considerada excessiva a toma de dez ou mais fármacos" (11).

Não há dúvida de que a polifarmacoterapia é atualmente um problema de saúde à escala global. Nos Estados Unidos da América, local onde esta problemática tem sido alvo de um maior número de estudos, estimou-se que a prescrição inadequada seria causa de gastos no valor de 7,2 mil milhões de dólares (12).

A polifarmacoterapia é um problema cuja responsabilidade poderá ser atribuída aos prescritores e também aos doentes. Os médicos contribuem para a polifarmacoterapia sempre que prescrevem de forma excessiva e/ou desadequada, quando tratam efeitos adversos de fármacos prescrevendo outros fármacos ou quando continuam tratamentos que já não são necessários. Os doentes, por sua vez, geram polifarmacoterapia quando se automedicam sem informar o médico, quando procuram tratar qualquer sintoma com um fármaco, quando se automedicam por conselhos do vizinho ou do amigo, quando não informam o médico dos fármacos que tomam ou outras substâncias que consomem como chás ou produtos de ervanárias, e ainda, com a recorrência a várias farmácias ao invés de utilizarem sempre a mesma (13). Os farmacêuticos também podem contribuir para a problemática quando vendem um medicamento sujeito a receita médica sem receita,

quando vendem um MNSRM sem saber o esquema terapêutico do doente ou sem este trazer benefício ao doente.

A polifarmacoterapia assume maior gravidade quanto maior o número absoluto de fármacos, o tempo de utilização e a dose prescrita. Os MNSRM, assim como os produtos de ervanária, como chás e dietéticos, são claramente fatores concomitantes.

Abordagem à Polifarmacoterapia

Encontrar medidas que combatam a polifarmacoterapia é urgente e necessário. A racionalização da polifarmacoterapia constitui uma medida de prevenção quaternária (prevenção de iatrogenia) (10).

No contexto atual, em que o nosso país possui uma população cada vez mais envelhecida, com MM e economicamente débil, a comunidade médica deve atuar de modo a evitar a iatrogenia, reduzir a morbilidade e mortalidade e melhorar, quer a funcionalidade quer a qualidade de vida.

A prática de medicina centrada no doente assente na perspetiva biopsicossocial é de extrema importância com o objetivo de promover uma maior educação populacional e assim, envolver o doente na decisão partilhada (14). O médico deve investir na relação médicodoente de modo a que, o doente se sinta informado e conhecedor do processo terapêutico que, juntamente com o seu médico, decidiram seguir. Isto, levará a melhores resultados terapêuticos e diminuirá o número de novas recorrências aos cuidados de saúde ou mesmo a instituição de outras terapêuticas não recomendadas por profissionais.

Os médicos podem ainda combater a polifarmacoterapia adotando estratégias na sua prática clínica como a formação científica contínua de modo a selecionar a melhor informação, o uso de protocolos baseados na melhor evidência científica, a compreensão de que sintomas não são clinicamente relevantes e ainda, não medicar problemas psicossociais ou efeitos adversos de outros fármacos (10).

É fundamental que os profissionais sejam capazes de compreender os anseios, preocupações e dúvidas destes doentes e que os esclareçam. Contudo, isto nem sempre é possível devido às diversas limitações que os médicos se deparam no seu dia-a-dia. Os limites temporais estabelecidos pelo sistema de cuidados de saúde, a desorganização e fragmentação dos serviços de saúde, a pressão para o uso de *guidelines* orientadas para doenças e áreas médicas específicas, ignorando toda a informação adicional de cada doente, levam a que os médicos se foquem na funcionalidade da doença que tem a tratar, em detrimento, das comorbilidades, da funcionalidade e da qualidade de vida do doente.

Outro aspeto a melhorar na gestão da polifarmacoterapia é a comunicação entre profissionais de saúde. Uma comunicação adequada entre os diversos profissionais de

saúde com que o doente irá contatar permitirá que os tratamentos e cuidados recebidos por um doente não sejam tão compartimentalizados, descoordenados e por vezes, sobreponíveis.

Alguns estudos sobre a intervenção de farmacêuticos na gestão do plano terapêutico de doentes sugerem uma diminuição dos gastos (15)(16) e um aumento da segurança (16).

Enquadramento deste Estudo

Por tudo isto, não há dúvidas de que a polifarmacoterapia é um problema extremamente grave, cada vez mais prevalente e no qual ainda há muito a fazer e a melhorar. Em Portugal ainda existem poucos estudos quer sobre fatores que conduzem à polifarmacoterapia na população portuguesa, quer sobre estratégias a adotar perante este problema.

Assim, este estudo surge no sentido de estudar um fator que também pode ser indutor de prescrição: a perspetiva que os doentes, médicos e farmacêuticos têm da terapêutica farmacológica e ainda, no caso dos profissionais, a que estes julgam ser a dos doentes. A relação médico/doente ou farmacêutico/doente tem sempre inerente a procura por parte do profissional de que o doente fique satisfeito após procurar a sua ajuda. Assim, a perspetiva que o profissional julga ser a do doente, no momento de decisão terapêutica, poderá ser um fator adicional à sua própria perspetiva e também à do próprio doente. Isto poderá constituir um fator indutor de prescrição que conduzirá ao uso excessivo de fármacos e à polifarmacoterapia.

Este estudo teve por objetivo comparar a perspetiva técnica e profissional da prescrição de modo a perceber se muitas vezes a prescrição excessiva surge de motivação médica, farmacêutica ou do próprio doente.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo observacional numa amostra de conveniência constituída por utilizadores de cuidados de saúde (UCS), médicos e farmacêuticos. A cada participante foi pedido o preenchimento de um questionário elaborado previamente pelos autores.

O questionário preenchido pelos utentes contém informação sobre sexo, idade, número de fármacos tomados diariamente e ainda as patologias que a pessoa sofre. Era ainda pedido que, perante um novo problema de saúde, a pessoa atribuísse um número, por ordem decrescente de preferência a três possíveis abordagens, que diferiam no tempo de prescrição farmacológica. Havia ainda um campo de resposta aberta em que poderia ser indicada uma outra opção (Anexo I).

O questionário preenchido por médicos e farmacêuticos apresentava uma seção com sexo e idade e pedia-se ao profissional de saúde que, dentro do que no seu dia-a-dia clínico realizava, atribuísse um número por ordem decrescente de preferência, a três possíveis condutas que pudessem ser tomadas relativas ao tratamento farmacológico quando um doente procurava a sua ajuda por um novo problema de saúde. Existia também um espaço de resposta aberta em que o profissional poderia indicar outra abordagem que preferisse. Em seguida, pedia-se ao profissional que preenchesse de igual modo a pergunta anterior, mas agora com a ordem de preferência que julgava ser a da pessoa que o procurava com um novo problema de saúde (Anexo II e III).

Dada a complexidade e dificuldade em elaborar um questionário que permitisse estudar de um modo simples e abrangente a abordagem a diferentes situações de saúde que poderiam divergir em um número e outros aspetos, incluiu-se no final do questionário de todos os participantes um espaço de opinião em que cada participante avaliava a dificuldade e a percetibilidade do questionário.

Todos os questionários foram anónimos e a participação no estudo foi voluntária após uma breve explicação dos objetivos. O projeto do trabalho foi submetido à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro tendo o parecer sido favorável.

A colheita de respostas decorreu durante o mês de dezembro de 2018, em papel e também em formato digital, sendo que a amostra de UCS foi colhida sobretudo à porta de Centros de Saúde da região de Coimbra e também através de distribuição de questionários em Vila do Conde/Póvoa de Varzim. A amostra de médicos e farmacêuticos obteve-se por contacto direto com centros de saúde e farmácias comunitárias e também através de suporte informático (correio eletrónico e redes sociais). Foram obtidas 505 respostas válidas (253 de pessoas, 150 médicos sobretudo médicos de MGF e 102 farmacêuticos).

Os dados recolhidos com o trabalho de campo, foram organizados em formato Excel e, posteriormente, tratados com recurso a SPSS. Para efeito de simplificação do estudo das patologias que os doentes referiram no questionário, estas foram agrupadas segundo o ICD-10 (Anexo IV).

Foi verificada a não normalidade dos dados através do Teste de *Kolmogorov-Smirnov* e realizada estatística descritiva. Foi utilizada estatística descritiva e inferencial. Esta consistiu nos testes não paramétricos U de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*.

Resultados

Começámos por caracterizar a amostra de 253 UCS quanto ao sexo, idade, número de patologias que sofrem e o número de fármacos tomados diariamente. Esses dados estão apresentados na Tabela I.

Verificámos que a amostra é predominantemente do sexo feminino, com uma idade média de 39,3 anos, e que sofre maioritariamente entre 1 a 2 patologias (média 1,42) e toma entre 1 a 2 fármacos (média de 1,51).

Tabela I - Caracterização da amostra de UCS quanto ao sexo, idade, número de diferentes patologias que sofre e número de fármacos que toma diariamente.

	Sexo	Idade	n patologias	n fármacos
n	253	253	253	253
Média	1,74	39,30	1,42	1,51
Desvio Padrão	0,44	16,12	1,44	1,90
Significância (Teste KS)		p<0,001	p<0,001	p<0,001

Na Tabela II caracterizam-se as variáveis número de fármacos que toma diariamente e número de diferentes classes de patologias em relação ao sexo.

Os dados indicam-nos uma média de fármacos tomados diariamente ligeiramente superior no homem (1,58) em relação à mulher (1,48). Também o número de patologias é, em média, ligeiramente superior no homem (1,57) do que na mulher (1,36).

Tabela II - Caracterização de número de fármacos que toma diariamente e número de diferentes patologias por sexo.

	Hor	nens	Mulheres		
	n fármacos	n patologias	n fármacos	n patologias	
n	67	67	108	186	
Média	1,58	1,57	1,48	1,36	
Mediana	1,00	1,00	1,00	1,00	
Moda	0	1,00	0	1,00	

A maioria dos doentes refere tomar nenhum ou um fármaco por dia (67,7%). A prevalência de polifarmacoterapia na nossa amostra é de 9,1% visto que tomam 5 ou mais fármacos.

Também em relação ao número de patologias crónicas, a amostra situa-se maioritariamente entre 0 e 1 (59,7%). No entanto, a MM está bastante presente com 40,3% a sofrer de duas ou mais doenças crónicas.

Tabela III - Distribuição da amostra em relação ao número de fármacos tomados diariamente e ao número de patologias.

Número de Fármacos	n	Número de Patologias	n
0	64 (34,4)	0	82 (32,4)
1	62 (33,3)	1	69 (27,3)
2	29 (15,6)	2	58 (22,9)
3	8 (4,3)	3	21 (8,3)
4	6 (3,2)	4	9 (3,6)
5	5 (2,7)	5	11 (4,35)
6	8 (4,3)	6	2 (0,8)
7	3 (1,6)	7	1 (0,4)
13	1 (0,5)		

Na amostra cerca de 30% das pessoas afirma ter uma patologia que se enquadra na classe V – Transtornos Mentais ou Comportamentais. Este número é preocupante e deve merecer atenção visto que cada vez mais as doenças do foro mental são medicadas precocemente e muitas vezes de um modo excessivo.

Tabela IV - Distribuição das patologias apresentadas pela amostra pelo ICD-10.

Classe ICD-10	n	Classe ICD-10	n
I	0	ΧI	7 (2,77)
II	10 (3,95)	XII	0
III	11 (4,35)	XIII	27 (10,67)
IV	47 (18,58)	XIV	2 (0,8)
V	77 (30,43)	XV	0
VI	42 (16,60)	XVI	0
VII	1 (0,40)	XVII	2 (0,8)
VIII	1 (0,40)	XVIII	1 (0,4)
IX	48 (18,97)	XIX - XXII	0
X	21 (8,30)		

Em seguida, apresentam-se os dados sobre a preferência atribuída pelos doentes às possíveis abordagens, ser tratado imediatamente, ser tratado após exames complementares de diagnóstico ou apenas mediatamente (Tabela V, VI e VII).

Os UCS parecem preferir como 1ª opção, a opção C (41,1%) ou a opção B (40,7%). A abordagem menos pretendida é a opção A (61,3%). Entre sexo, notar que os homens escolhem mais a opção A como a sua preferida do que as mulheres e escolhem menos a opção C como a sua preferida, o que poderá indicar que os homens preferem um tratamento farmacológico mais imediato.

Tabela V - Opção A – Ser tratado imediatamente com fármacos.

	Se		
	Masculino	Feminino	Total
1 – Abordagem preferida	15 (22,4)	31 (16,7)	46 (18,2)
2 – Abordagem intermédia	14 (20,9)	38 (20,4)	52 (20,6)
3 – Abordagem menos pretendida	38 (56,7)	117 (62,9)	155 (61,3)
Total	67 (100,0)	186 (100,0)	253 (100,0)

Tabela VI - Opção B – Ser tratado com fármacos apenas após exames complementares de diagnóstico ou outros.

	Se		
	Masculino	Feminino	Total
1 – Abordagem preferida	29 (43,3)	74 (39,8)	103 (40,7)
2 – Abordagem intermédia	33 (49,3)	99 (53,2)	132 (52,2)
3 – Abordagem menos pretendida	5 (7,5)	13 (7,0)	18 (7,1)
Total	67 (100,0)	186 (100,0)	253 (100,0)

Tabela VII - Opção C – Ser tratado mediatamente (aguardar e observar evolução do problema sendo medicado apenas passado algum tempo, se persistência do problema).

	Se		
	Masculino	Feminino	Total
1 – Abordagem preferida	23 (34,3)	81 (43,5)	104 (41,1)
2 – Abordagem intermédia	20 (29,9)	49 (26,3)	69 (27,3)
3 – Abordagem menos pretendida	24 (35,8)	56 (30,1)	80 (31,6)
Total	67 (100,0)	186 (100,0)	253 (100,0)

Os doentes puderam ainda, se o entendessem, indicar outra abordagem que preferissem. As respostas encontram-se na Tabela VIII.

É de salientar entre estas os tratamentos naturais que foi a abordagem mais indicada no espaço de outras e que correspondeu a 2% do total da amostra.

Tabela VIII - Outras abordagens indicadas pelos UCS.

Alívio Sintomático	2 (0,8)
Tratamentos Naturais	5 (2,0)
Medicinas Alternativas	2 (0,8)
Medicina Holística	2 (0,8)
Alteração estilo de vida	1 (0,4)
Homeopatia	2 (0,8)

Avaliação do Questionário pelos UCS, quanto à dificuldade e percetibilidade.

A maioria dos doentes considerou que foi fácil responder ao questionário (84,6%) e também que este era percetível (82,2%). Estes dados são extremamente importantes para percebermos que as pessoas que responderam perceberam a ideia do estudo e que as suas respostas foram dadas de uma forma conhecedora e esclarecida.

Tabela IX - Avaliação da dificuldade do questionário feita pelos doentes.

	Se		
	Masculino	Total	
Fácil	54 (80,6)	160 (86,0)	214 (84,6)
Intermédio	13 (19,4)	24 (12,9)	37 (14,6)
Difícil	0 (0)	2 (1,1)	2 (0,8)

Tabela X - Avaliação da percetibilidade do questionário feita pelos doentes.

	Se		
	Masculino	Total	
Percetível	58 (86,6)	150 (80,6)	208 (82,2)
Intermédio	9 (13,4)	25 (13,4)	34 (13,4)
Confuso	0	11 (5,9)	11 (4,3)

Pelo Teste de *Mann-Whitney* apenas a variável idade dos doentes apresentou p significativo na análise por sexo.

Tabela XI - Teste Mann-Whitney da amostra de UCS.

Variával	Idado	n	n	Opção	Opção	Opção	Dificuldado	Percetibilidade
valiavei	riável Idade	fármacos	patologias	Α	В	С	Diliculdade	reicelibilidade
Sexo	0,048	0,96	0,22	0,31	0,69	0,21	0,31	0,22

Apresentamos agora os dados relativos à amostra de profissionais de saúde (médicos e farmacêuticos) (Tabela XII).

Tabela XII - Distribuição da amostra de profissionais de saúde segundo a idade.

Idade	
n	252
Média	36,0
Desvio Padrão	11,12
Significância (Teste KS)	P<0,001

A amostra é constituída por 150 médicos e 102 farmacêuticos, sendo ambos maioritariamente do sexo feminino (Tabela XIII).

Tabela XIII - Análise da idade da amostra de profissionais de saúde segundo o sexo.

	Sex		
	Masculino	Total	
Médico	50 (78,1)	100 (53,2)	150 (59,5)
Farmacêutico	14 (21,9)	88 (46,8)	102 (40,5)
Total	64 (100,0)	252 (100,0)	
(x)	P<0		

Em seguida, apresentam-se os dados sobre a preferência atribuída pelos profissionais de saúde às possíveis abordagens.

A abordagem preferida dos profissionais parece ser a opção C, sendo a opção B a mais votada como segunda opção (60,7) e a opção A a menos pretendida (82,9), o que indica que os profissionais preferem não medicar rapidamente os novos problemas de saúde que surgem.

Tabela XIV - Opção A – Tratar imediatamente com fármacos.

	Se		
	Masculino	Feminino	Total
1 – Abordagem preferida	3 (4,7)	8 (4,3)	11 (4,4)
2 – Abordagem intermédia	9 (14,1)	23 (12,2	32 (12,7)
3 – Abordagem menos pretendida	52 (81,3)	157 (83,5)	209 (82,9)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

Tabela XV - Opção B – Tratar com fármacos apenas após algum tempo (após exames complementares de diagnóstico ou após recomendar visita ao médico).

	Se		
	Masculino Feminino		Total
1 – Abordagem preferida	17 (26,6)	58 (30,9)	75 (29,8)
2 – Abordagem intermédia	42 (65,5)	111 (59,0)	153 (60,7)
3 – Abordagem menos pretendida	5 (7,8)	19 (10,1)	24 (9,5)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

Tabela XVI - Opção C – Tratar com fármacos apenas a longo prazo (aguardar evolução e medicar apenas se o problema persistir ou agravar).

	Se		
	Masculino	Feminino	Total
1 – Abordagem preferida	44 (68,8)	122 (64,9)	168 (65,9)
2 – Abordagem intermédia	13 (20,3)	55 (29,3)	68 (27,0)
3 – Abordagem menos pretendida	7 (10,9)	11 (5,9)	18 (7,1)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

Também os profissionais puderam indicar uma outra abordagem, num campo de resposta aberta. A resposta mais indicada pelos profissionais foi "depende da situação clínica (8,3%)". Importa também realçar para os objetivos do estudo a resposta "satisfação do doente" que foi indicada por três profissionais (1,2%).

Tabela XVII - Outras abordagens indicadas pelos profissionais.

Depende da situação clínica				
Prescrição imediata apenas quando não estão indicados MCD	1 (0,4)			
Decidir apenas após realizar HC completa	1 (0,4)			
Terapêuticas não farmacológicas	7 (2,8)			
Medicina centrada no doente	2 (0,8)			
Satisfação do doente	3 (1,2)			
Seguir o protocolo/guideline de abordagem a esse problema	1 (0,4)			

Perspetiva que os profissionais julgam ser a dos doentes.

Segundo o ponto de vista dos profissionais, a opção preferida pelos doentes é a opção A – ser tratado imediatamente com fármacos (66,3%). A opção B – ser tratado com fármacos após ECD ou outros é vista como a preferência intermédia dos doentes (62,7%). A opção C – ser tratado mediatamente na perspetiva dos profissionais de saúde é a que os doentes menos preferem (63,1%).

Tabela XVIII - Opção A – Ser tratado imediatamente com fármacos.

	Se		
	Masculino	Feminino	Total
1 – Abordagem preferida	39 (60,9)	128 (68,1)	167 (66,3)
2 – Abordagem intermédia	13 (20,3)	28 (14,9)	41 (16,3)
3 – Abordagem menos pretendida	12 (18,8)	32 (17,0)	44 (17,5)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

Tabela XIX - Opção B – Ser tratado com fármacos apenas após exames complementares de diagnóstico ou outros.

	Se		
	Masculino	Feminino	Total
1 – Abordagem preferida	13 (20,3)	32 (17,0)	45 (17,9)
2 – Abordagem intermédia	39 (60,9)	119 (63,3)	158 (62,7)
3 – Abordagem menos pretendida	12 (18,8)	37 (19,7)	49 (19,4)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

Tabela XX - Opção C – Ser tratado mediatamente (aguardar e observar evolução do problema sendo medicado apenas passado algum tempo, se persistência do problema).

	Se		
	Masculino	Feminino	Total
1 – Abordagem preferida	12 (18,8)	28 (14,9)	40 (15,9)
2 – Abordagem intermédia	12 (18,8)	41 (21,8)	53 (21,0)
3 – Abordagem menos pretendida	40 (62,5)	119 (63,3)	159 (63,1)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

Avaliação do questionário pelos profissionais de saúde

Também os profissionais de saúde tiveram a possibilidade de avaliar o questionário do estudo. A maioria dos profissionais classificou o questionário como fácil (65,9%) e percetível (64,7%). Esta informação é importante para percebermos que, de facto, os profissionais perceberam o objetivo do estudo e aquilo que pretendíamos avaliar com o questionário.

Tabela XXI - Avaliação da dificuldade do questionário feita pelos profissionais de saúde.

	Se		
	Masculino	Total	
Fácil	47 (73,4)	119 (63,3)	166 (65,9)
Intermédio	16 (25,0)	62 (33,0)	78 (31,0)
Difícil	1 (1,6)	7 (3,7)	8 (3,2)

Tabela XXII - Avaliação da percetibilidade do questionário feita pelos profissionais de saúde.

	Se		
	Masculino	Total	
Percetível	45 (70,3)	118 (62,8)	163 (64,7)
Intermédio	13 (20,3)	47 (25,0)	60 (23,8)
Confuso	6 (9,4)	23 (12,2)	29 (11,5)

Pelo teste de U de *Mann-Whitney* nenhuma das variáveis apresentou p significativo (Tabela XXIII).

Tabela XXIII - Teste Mann-Whitney da amostra de UCS.

Variável	Opção A	Opção B	Opção C	Opção A – PD	Opção B – PD	Opção C – PD	Dificuldade	Percetibilidade
Sexo	0,68	0,75	0,79	0,35	0,64	0,77	0,13	0,28

Em relação à amostra dos profissionais de saúde, estudamos as diferenças estatisticamente relevantes entre as respostas dadas pelos médicos e pelos farmacêuticos.

A amostra de médicos apresenta uma idade média de 33,89 anos e a dos farmacêuticos 33,11 anos. O desvio padrão da amostra médica é superior à farmacêutica (12,18/8,66 respetivamente).

Tabela XXIV - Comparação de idade entre médicos e farmacêuticos.

		n	Média	Desvio Padrão	р
Idade	Médico	150	33,89	12,18	<0,001
	Farmacêutico	102	33,11	8,66	10,001

Ao comparar as respostas dadas por médicos e farmacêuticos, encontramos uma diferença significativa entre as respostas dadas à opção B e opção C na pergunta em que pedíamos a sua própria perspetiva.

Os dados indicam que para os médicos a opção B é maioritariamente uma abordagem intermédia (71,3%) enquanto que os farmacêuticos, praticamente, se dividem entre a abordagem intermédia (45,1%) mas também a abordagem preferida (48,0%).

A opção C é a abordagem preferida da classe médica (78,0%). Por outro lado, a classe farmacêutica divide-se entre classificá-la como abordagem preferida (48,0%) e abordagem intermédia (45,1%).

Tabela XXV - Diferenças entre as respostas médicas e farmacêuticas à opção B.

	Médico	Farmacêutico
1 – Abordagem preferida	26 (17,3)	49 (48,0)
2 – Abordagem intermédia	107 (71,3)	46 (45,1)
3 – Abordagem menos pretendida	17 (11,3)	7 (6,9)

Tabela XXVI - Comparação entre as respostas médicas e farmacêuticas à opção C.

	Médico	Farmacêutico
1 -Abordagem Preferida	117 (78,0)	49 (48,0)
2 – Abordagem Intermédia	22 (14,7)	46 (45,1)
3 – Abordagem menos pretendida	11 (7,3)	7 (6,9)

No que respeita a perspetiva que médicos e farmacêuticos atribuem aos doentes também encontramos diferenças significativas, nomeadamente, nas respostas à opção B e C.

Os médicos consideram que a opção B corresponde à abordagem de preferência intermédia para os doentes (70,0%). Os farmacêuticos concordam, mas em menor grau (52,0) sendo que 35% afirma que esta abordagem é a menos pretendida pelos doentes.

Em relação à opção C, os médicos afirmam que é a opção que os doentes menos procuram (71,3%). Os farmacêuticos, por outro lado, indicam que esta abordagem é a que menos agrada aos doentes (51,0) mas uma parte significativa considera também que esta poderá ser intermédia (36,3%).

Tabela XXVII - Diferença entre as respostas dadas à opção B pelos médicos e pelos farmacêuticos sobre a perspetiva que julgam ser a dos doentes.

	Médico	Farmacêutico
1 – Abordagem preferida	31 (20,7)	14 (13,7)
2 – Abordagem intermédia	105 (70,0)	53 (52,0)
3 – Abordagem menos pretendida	14 (9,3)	35 (34,3)

Tabela XXVIII - Comparação entre as respostas dadas à opção C pelos médicos e pelos farmacêuticos sobre a perspetiva que julgam ser a dos doentes.

	Médico	Farmacêutico
1 – Abordagem preferida	27 (18,0)	13 (12,7)
2 – Abordagem intermédia	16 (10,7)	37 (36,3)
3 – Abordagem menos pretendida	107 (71,3)	52 (51,0)

Foram estudadas algumas possíveis correlações entre variáveis, nomeadamente, entre a idade, o número de fármacos e o número de patologias das pessoas e as respostas por elas dadas no que toca à preferência da abordagem de modo a perceber, se a idade, a presença de polifarmacoterapia ou MM poderiam alterar a visão dos doentes sobre os fármacos.

Apenas para o número de fármacos se observaram diferenças significativas nas respostas dadas pelos doentes.

Pelo teste de *Kruskal Wallis* verifica-se que a idade não influencia de modo significativo a preferência dos doentes relativamente às diferentes abordagens.

Tabela XXIX - Teste de Kruskal Wallis relacionando a idade com as opções terapêuticas das pessoas.

	Idade		
	Opção A	Opção B	Opção C
Qui-quadrado	2,07	0,14	1,57
gl	2	2	2
Significância	0,36	0,93	0,46

Discussão

A polifarmacoterapia é um problema devido não só a uma causa, mas a um conjunto de fatores. Isto faz com que seja complicado intervir de um modo eficaz e satisfatório. Estão descritas algumas formas de melhorar o problema, tais como, capacitar os profissionais de saúde na gestão do processo terapêutico, a obrigação de justificar uma polimedicação acima de 5 fármacos e ainda, a integração de informação adequada entre os diferentes prestadores de cuidados como indica a Norma da DGS para o envelhecimento ativo e saudável de 2017 (17).

Já foram estudadas possíveis táticas com vista à redução da polifarmacoterapia como rever frequentemente a medicação dos doentes de modo a otimizar o regime terapêutico e procedendo a alterações sempre que estas se justifiquem (18), a criação de equipas multidisciplinares com a presença de farmacêuticos (15)(16), a elaboração de um plano terapêutico para cada doente tendo em conta não só as suas patologias mas também a sua esperança de vida e o ganho que poderá vir a ter com a prescrição (19) e ainda, a utilização de ferramentas capazes de identificar prescrição potencialmente inadequada sobretudo na população idosa (20). Parece ainda haver um longo caminho a percorrer e a necessidade de mais estudos visto que a evidência disponível sobre os riscos da exposição à prescrição inadequada é ainda limitada (21). Contudo, apesar destas recomendações e de alguns estudos realizados, a realidade mostra-nos que as táticas têm sido pouco utilizadas ou estão a mostrar-se ineficazes visto que o problema continua a agravar-se ano após ano. Os estudos e as orientações com vista a combater e a estudar a polifarmacoterapia focamse sempre no doente idoso. É certo que o doente idoso pelas múltiplas doenças que apresenta, pela sua menor reserva funcional, pelo maior contato com os serviços de saúde e ainda por outros fatores já descritos, é quem mais está sujeito a polifarmacoterapia.

Mas importa refletir se a polifarmacoterapia é um problema exclusivo da população idosa. E ainda, se este problema surge apenas com o envelhecimento e com o surgimento de doenças e em alguns casos de MM ou se poderá ser um problema com origem anterior e apenas se tornar evidente quando o doente envelhece. É que o peso da pressão para prescrever que os profissionais sofrem está ainda mal caracterizado e pouco estudado. Esta pressão pode ser criada pelos doentes, pelos "media" ou ainda pelo medo que o profissional tem de criar um conflito legal cuja legislação é ainda pouco clara.

Assim, pretendemos com este estudo estudar possíveis fatores independentes do envelhecimento, que mais tarde contribuirão também para que surja polifarmacoterapia. Esses possíveis fatores seriam a visão que os intervenientes diretos num processo de prescrição: os próprios doentes, os médicos e os farmacêuticos, têm dos fármacos. Perante um novo problema de saúde, estabelecemos três possíveis *timings* de prescrição

farmacológica: curto, médio e longo prazo. Ao estudar as suas preferências perante um novo problema de saúde em que, seria possível e adequado poder optar por mais do que uma abordagem pretendemos avaliar se a própria preferência do doente ou do profissional poderá influenciar o processo de prescrição. Como o profissional de saúde procura sempre oferecer ao seu doente satisfação e contentamento com o seu trabalho, achamos importante também saber qual a perspetiva que os profissionais atribuiriam às preferências dos doentes.

Estudamos uma amostra de 253 pessoas que utilizam os cuidados de saúde, maioritariamente mulheres, com uma idade média de 39,3 anos, com doenças conhecidas ou completamente saudáveis, para que a possível presença de polifarmacoterapia ou MM não influenciasse já a preferência do doente. A prevalência de polifarmacoterapia na amostra foi de 9,1% e a prevalência de MM fixou-se em 40,3%.

As respostas dos UCS à pergunta em que avaliávamos a sua preferência na abordagem a um novo problema de saúde mostraram que, maioritariamente, as pessoas preferem uma abordagem não farmacológica *ab initio* (81,9%), sendo que apenas 18,1% afirma que prefere como medida inicial ser medicado. Uma terapêutica a longo prazo com seguimento e monitorização do problema (41,1%) ou abordar o problema de uma forma intermédia com a realização de ECD (40,7%) são o que o doente prefere. Importa também notar que, a hipótese de o problema de saúde ser estudado por ECD ou outra opção, está na preferência inicial ou intermédia de 92,9% dos UCS o que mostra que esta opção é muito bem aceite e vista pelos doentes. Pelo contrário, a opção de uma abordagem a longo prazo, apesar de ser a que mais pessoas preferem (41,1%), para uma parte significativa (31,6%) é a que menos agrada. Isto demonstra que para cerca de 1/3 da população, o profissional de saúde propor uma abordagem a longo prazo sem prescrição farmacológica ou pedido de ECS, a um novo problema de saúde é algo que deixa o doente insatisfeito e descontente.

Estes dados realçam ainda mais a necessidade dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, fomentarem uma correta relação médico/doente, ouvindo as preocupações destes, usando uma linguagem acessível e percetível ao doente, explicando que por vezes, perante determinados problemas a conduta mais indicada e com maior benefício ao doente é apenas vigiar e monitorizar e que proceder de outro modo seria provocar iatrogenia e efeitos indesejados nos doentes. No entanto, o peso do medo médico ainda não é conhecido.

Para comparar estes dados com a perspetiva profissional, colhemos uma amostra de 252 profissionais de saúde (150 médicos e 102 farmacêuticos), maioritariamente do sexo feminino e com uma idade média de 36,0 anos. Procuramos que a amostra de profissionais fosse, em número, semelhante à amostra de UCS.

Os profissionais afirmam que medicar imediatamente o doente é a abordagem que menos preferem neste contexto (82,9%). Apenas 4,4% prefere prescrever um fármaco de imediato. Uma abordagem a médio prazo, com realização de ECD no caso do médico ou recomendar a visita a um médico no caso dos farmacêuticos, recolhe a preferência intermédia na maioria dos profissionais (60,7%). Por fim, abordar o problema numa perspetiva de longo prazo é a opção preferida dos profissionais (65,9%). Estes dados confirmam que os profissionais de saúde reconhecem que a prescrição deve ser um processo ponderado e ajustado às necessidades, e que estão alertados para os perigos inerentes, optando assim por prescrever quando a indicação clínica é segura e fundamentada.

Comparando as respostas de médicos e farmacêuticos em relação à abordagem a médio e longo prazo, existiram diferenças significativas. Enquanto que, para os médicos a abordagem a longo prazo é a preferida para 71,3% e a de médio prazo é a de preferência intermédia para 70,0%, os farmacêuticos praticamente dividem as duas preferências iniciais entre estas duas abordagens. A abordagem a longo prazo é a preferida para 48,0% e a abordagem intermédia para 45,1% dos farmacêuticos. De igual modo, a abordagem a médio prazo constitui a preferida para 48% e a intermédia para 45,1% dos profissionais de farmácia. Isto mostra-nos que, os farmacêuticos perante um doente que procura a sua ajuda optarão por recomendar uma abordagem a longo prazo ou a visita a um médico, num número semelhante de vezes. Esta preferência dos farmacêuticos pode ser explicada pelo facto de diagnosticar ser uma função médica e não farmacêutica e assim, o farmacêutico sentir-se mais seguro e confortável ao recomendar ao doente que seja visto pelo médico ao invés de comunicar ao doente que o seu problema não necessita, pelo menos para já, de tratamento. Assim, e tendo em conta que os doentes muitas vezes a primeira ajuda que procuram é na farmácia, torna-se evidente que uma correta formação e capacitação dos farmacêuticos para reconhecer sinais de alarme ou gravidade de modo a realizar uma melhor orientação dos doentes a quem deverão recomendar uma visita médica ou não, poderá ser algo extremamente importante na gestão dos doentes e dos cuidados de saúde.

O ponto-chave do estudo foi a perspetiva que os profissionais julgavam ser a dos doentes de modo a comparar com a preferência de doentes e profissionais e ver se existem diferenças significativas. Na perspetiva dos profissionais, os UCS preferem a abordagem a curto prazo, sendo imediatamente medicados (66,3%). A abordagem a médio prazo é, segundo os profissionais, a abordagem de preferência intermédia para os doentes (62,7%) e a abordagem a longo prazo a menos pretendida (63,1%).

Também neste aspeto, a comparação entre médicos e farmacêuticos revelou diferenças significativas em relação à abordagem a médio e a longo prazo. Para os

médicos, o que os doentes menos preferem é serem tratados a longo prazo (71,3%) sendo a abordagem a médio prazo intermédia (70,0%). Por outro lado, os farmacêuticos parecem ter mais dúvidas. Em relação à abordagem a longo prazo, apenas 51% concorda com os médicos de que é a abordagem menos pretendida, mas em relação à amostra médica, um maior número considera intermédia. No que toca à abordagem a médio prazo, 52,0% também concorda com os médicos de que esta é a preferência intermédia, mas comparando com a opinião médica, um maior número considera esta a menos pretendida.

A perspetiva que os profissionais atribuíram aos doentes apresentou grandes diferenças em relação às respostas que cada grupo deu em relação a si. Este estudo enquadra-se, sobretudo, nas situações de dúvida em que não existe evidência clara de adotar uma abordagem mais imediata ou pelo contrário, uma abordagem mais a longo prazo. É claro e ninquém duvida ou põe em causa o doente que teve um AVC e vai fazer dupla antiagregação ou o doente asmático que deve fazer a sua medicação de manutenção. O que pretendemos estudar e que são situações bastante frequentes na atividade médica, sobretudo para os médicos de MGF, são casos em que várias abordagens são possíveis. Por exemplo, um doente que recorre aos cuidados de saúde porque diz que anda a dormir mal ou que anda triste ou stressado, um doente que apresenta ligeiras alterações numas análises de rotina ou ainda um doente que se queixa de dores nas costas com ritmo mecânico após o trabalho. Nestes casos, medicar imediatamente os doentes ou pelo contrário tentar antes disso, mudar o estilo de vida, tentar medidas não farmacológicas ou corrigir possíveis efeitos causais é igualmente válido e foi aqui que quisemos estudar o que poderá levar para um ou outro caminho, avaliando os fatores determinantes: a preferência dos doentes, médicos e farmacêuticos.

Cerca de 30% da amostra afirmou sofrer de uma patologia mental (Classe V do ICD-10). Este número é bastante expressivo e, segundo o Programa Nacional para a Sáude Mental em 2017, entre 2012 e 2016 o consumo de psicofármacos aumentou cerca de 22,04% em Portugal (22). Estes números poderão indicar um sobrediagnóstico de algumas patologias, uma medicalização excessiva de alguns problemas ou ainda uma prescrição demasiado imediata. Apesar da importância e da necessidade de os médicos valorizarem e estarem atentos à patologia psiquiátrica, os efeitos adversos dos psicofármacos também devem ser valorizados para assim, prescrever com rigor e exatidão, apenas nas situações adequadas. Serão problemas de saúde do indivíduo ou do meio social?

Os UCS, os médicos e os farmacêuticos afirmam, maioritariamente, que preferem adiar ao máximo o início de terapêutica farmacológica. Contudo, os profissionais pensam que os doentes quando procuram a sua ajuda pretendem uma terapêutica farmacológica imediatamente. Cada fármaco que um doente toma é potencialmente um indutor de

polifarmacoterapia no futuro. O doente sente-se melhor, fica familiarizado com o fármaco e assim, numa próxima vez que tenha sintomas parecidos vai tomá-lo, vai recomendar esse medicamento a um familiar ou amigo quando achar que este tem algo parecido com o que teve, no caso de ser um fármaco para uma doença crónica vai tomá-lo durante um longo período de tempo e quando ao longo do seu envelhecimento, surgirem problemas de saúde que inequivocamente têm indicação para terapêutica farmacológica há uma acumulação e a bagagem farmacológica que o doente tinha e que talvez pudesse ter sido evitada ou reduzida, origina a polifarmacoterapia e toda a morbilidade a ela associada.

Medidas como a criação de uma ferramenta onde toda a terapêutica do doente é integrada com geração de alertas sempre que um profissional vai prescrever um fármaco que seja inadequado naquele esquema, aumentar a vigilância sobre as prescrições médicas e sobre as vendas das farmácias, campanhas de sensibilização sobre os riscos dos fármacos e notificar o INFARMED de todas as reações adversas de fármacos ou entre fármacos, poderão ser muito importantes no sentido de diminuir o consumo excessivo, a prescrição inadequada e a iatrogenia farmacológica.

Para o melhor tratamento dos doentes com polifarmacoterapia, a presença de farmacêuticos nos centros de saúde e a criação de uma consulta de integração em que os doentes seriam vistos em conjunto pelo seu médico e pelo seu farmacêutico para o ajuste correto da sua tabela terapêutica e para que ambos ficassem a conhecer o doente podendo este recorrer a algum deles em caso de necessitar de ajuda, poderá ser uma medida a ser estudada e pensada para ser implementada no futuro. Alguns estudos apontam a intervenção do farmacêutico no processo de gestão terapêutica como gerador de melhor tratamento e redução de gastos com o processo terapêutico.

Parece haver a necessidade de estudos adicionais nesta área, de modo a identificar outros fatores possíveis de gerar polifarmacoterapia de modo a poder corrigi-los ou pelo menos melhorá-los. A nível nacional, existem muito poucos dados e estudos sobre este assunto. Tentar perceber a percentagem de internamentos que os nossos hospitais fazem relacionados com iatrogenia farmacológica, estudar o impacto económico do crescente consumo de fármacos na gestão do orçamento da saúde e dos hospitais, analisar a relação entre a polifarmacoterapia e outras variáveis que poderão induzir um maior consumo farmacológico ou ainda estudar possíveis estratégias para lidar com o problema. Em relação a este trabalho, seria útil no futuro comparar estes resultados com uma amostra de doentes mais velhos, com polifarmacoterapia e MM de modo a perceber se o processo de excessiva medicação muda a visão que os doentes têm dos fármacos. Seria também interessante estudar a relação entre a satisfação dos utentes com outros fatores como a prescrição de

fármacos, a duração da consulta ou nível de percetibilidade do que lhe foi dito para perceber aquilo que realmente os doentes mais valorizam num contacto com o profissional de saúde.

Conclusão

Com a realização deste trabalho, concluímos que adiar ao máximo a prescrição em casos de dúvida ou *borderline* é algo que todos os intervenientes dizem preferir. Contudo, os profissionais afirmam que os doentes preferem tratamento farmacológico imediato. Para que esta ideia pré-concebida pelos profissionais não seja um fator com impacto na decisão, torna-se ainda mais desejável e importante fortalecer a relação médico-doente, que o médico exponha o problema ao paciente e lhe explique as diferentes possibilidades, os aspetos positivos e negativos de cada uma e que o doente participe na decisão estando informado e esclarecido. De igual modo, deverão proceder os farmacêuticos quando os doentes procuram a sua ajuda explicando e informando os doentes que em muitas situações não é indicado vender qualquer medicamento e que isso será o melhor para si.

Há ainda um longo caminho a percorrer nesta área da polifarmacoterapia e do consumo excessivo de medicamentos. É urgente alertar as pessoas para os riscos inerentes a esta problemática. É um dever dos profissionais de saúde e da sociedade, consciencializar as pessoas de que não existem medicamentos inertes ou sem efeitos adversos.

Em suma, a polifarmacoterapia é um problema grave, que está a aumentar e que no futuro será um grande desafio para a área da saúde. Com este trabalho, conseguimos indicar e alertar para um fator possivelmente indutor de polifarmacoterapia – a opinião que os profissionais julgam que os doentes têm sobre os medicamentos. Nas situações de dúvida ou em que a abordagem poderá variar, o profissional pode ser levado a decidir numa direção consoante aquilo que julga que vai agradar mais ao seu doente. Por outro lado, os doentes afirmam que não pretendem ser tratados com fármacos numa fase inicial pelo que isto indica-nos que muitas vezes quando os doentes procuram o profissional de saúde, a valorização e aceitação das suas queixas, a empatia por parte do profissional e a explicação ao doente por parte do profissional de diversas estratégias para lidar com esse problema poderão ter um efeito terapêutico e agradar mais ao doente do que uma prescrição farmacológica. Assim, estes aspetos podem ser indutores da prescrição e a longo prazo contribuir também para a polifarmacoterapia.

Agradecimentos

Por fim, gostaria de agradecer ao Professor Doutor Luiz Miguel Santiago por todo o suporte, disponibilidade e ajuda durante a realização deste trabalho. Sem a sua colaboração o caminho teria sido bem mais sinuoso e difícil pelo que lhe envio um caloroso e sentido agradecimento. Foi sem dúvida uma grande ajuda e um excelente orientador. Muito obrigado!

Referências Bibliográficas

- Relatórios Anuais INFARMED. Disponível em: www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacaomercado/estatistica-anual/relatorios-anuais. Acedido em 19/12/2018.
- 2. Vancelik S, Beyhun NE, Acemoglu H, Calikoglu O. Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. BMC Public Health. 2007;7:1–8.
- 3. Ording AG, Sorensen HT. Concepts of comorbidities, multiple morbidities, complications, and their clinical epidemiologic analogs.Clin Epidemiol. 2013;5(1)199–203.
- 4. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: A cross-sectional study. BMJ Open. 2015;5(9).
- 5. LeSage J. Polypharmacy in geriatric patients. Nurs Clin north Am. 1991.
- 6. Villares P, Patiño FB, Letona JML de, Jiménez A. El paciente anciano polimedicado: Efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. 2015;(January 2005).
- 7. Broeiro P. Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade. Rev Port Med Geral Fam. 2015;31:158–60.
- 8. Jansen PAF, Brouwers JRBJ. Clinical Pharmacology in Old Persons. Hindawi Publ Corp Sci. 2012;1.
- 9. Falta Médicos Família em Portugal. Revista Sábado. Disponível em: www.sabado.pt/portugal/detalhe/portugueses-sem-medico-de-familia-tiram-o-sono-a-secretario-de-estado. Acedido a 27/12/2019.
- Broeiro P, Maio I, Ramos V. Polifarmacoterapia: estratégias de racionalização. Rev Port Clin Geral. 2008;24:625–31.
- 11. Díez-Manglano J, Giménez-López M, Garcés-Horna V, Sevil-Puras M, Castellar-Otín E, González-García P, et al. Excessive polypharmacy and survival in polypathological patients. Eur J Clin Pharmacol. 2015; June.
- 12. Fu AZ, Jiang JZ, Reeves JH, Fincham JE, Liu GG, Perri M. Potentially Inappropriate Medication Use and Healthcare Expenditures in the US Community-Dwelling Elderly. Med Care. 2007.
- 13. Turpin C, Dear M, Walters P. Louisiana Drug Utilization Review (LADUR) Education. Polypharmacy: consequences and management.

- 14. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. Rev Port Clin Geral. 2007;23:289–93.
- 15. Campins L, Serra-Prat M, Palomera E, Bolibar I, Martínez MÀ, Gallo P. Reduction of pharmaceutical expenditure by a drug appropriateness intervention in polymedicated elderly subjects in Catalonia (Spain). Gaceta. 2017;
- 16. Tasaka Y, Tanaka A, Yasunaga D, Asakawa T, Araki H, Tanaka M. Potential drugrelated problems detected by routine pharmaceutical interventions: safety and economic contributions made by hospital pharmacists in Japan. J Pharm Heal Care Sci. 2018;4(1):33.
- Norma da Direção Geral da Saúde Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Disponível em: www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ ENEAS.pdf. Acedido a 10/01/2019.
- 18. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. Cochrane Database Syst Rev. 2016;(2).
- Costa JPV, Veríssimo PMTM. Consequências da polimedicação em doentes idosos em ambulatório. Tese Mestr Área Científica Geriatr. 2014.
- 20. Silva PC, Oliveira P, Carneiro C, Fernandes AI, Costa FA da, Periquito CM de N. Revisão Da Medicação Em Idosos Institucionalizados: Aplicação. 2014;211–20.
- 21. Hilmer S, Gnjidic D. The Effects of Polypharmacy in Older Adults. Clin Pharmacol Ter. 2008;November.
- 22. Programa Nacional para a Saúde Mental 2017. Disponível em: www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-do-programa-nacional-para-a-saude-mental-2017.aspx. Acedido a 22/01/2019.

Anexos

Anexo I – Questionário aplicado aos UCS.

Questionário para Estudo sobre Indução da Prescrição: perspetiva técnica e populacional

Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

dade:;
Sexo: Feminino () ; Masculino ()
Doenças que sofre:

Número de fármacos que toma diariamente:
1 - Preencha a seguinte tabela, de acordo com a sua ordem preferencial para as várias abordagens possíveis quando procura um profissional de saúde devido a um novo problema de saúde que o preocupa.
Faça corresponder a cada uma das seguintes abordagens um número, sendo que, número: 1 Abordagem preferida; 2 - Abordagem intermédia; 3 – Abordagem menos satisfatória.
1) Perante um novo problema de saúde, quando procura um profissional de saúde prefere:
Opção A - Ser tratado imediatamente com medicamentos.
Opção B - Ser tratado com medicamentos após exames complementares de diagnóstico ou outros.
Opção C - Ser tratado mediatamente (aguardar e observar evolução do problema sendo medicado apenas passado algum tempo, se persistência do problema).
Prefere uma outra abordagem? Se sim, qual?

Opinião:
Assinale com uma cruz uma das seguintes opções.
Considero que responder a este questionário foi:
Fácil
Intermédio
Difícil
Considero a ideia deste questionário:
Perceptível
Intermédia
Confusa
Consentimento Informado
Aceito participar de forma voluntária e anónima no estudo da autoria de André Postiga, com vista à realização do trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina e cujo objetivo principal consiste em identificar os fatores que conduzem ao uso excessivo de fármacos e logo à polifarmacoterapia.

Anexo II - Questionário aplicado aos médicos.

Questionário para Estudo sobre Indução da Prescrição: perspetiva técnica e populacional

Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Combia
<u>Médico</u>
Idade:;
Sexo: Feminino (); Masculino ()
1 - Preencha a seguinte tabela, de acordo com a sua ordem preferencial para as várias abordagens possíveis quando um doente procura a sua ajuda devido a um novo problema de saúde que o preocupa.
Faça corresponder a cada uma das seguintes abordagens um número, sendo que, número:
1 - Abordagem preferida; 2 - Abordagem intermédia; 3 - Abordagem menos satisfatória.
Perante um doente que procura a sua ajuda devido a um novo problema de saúde que o preocupa:
Opção A - Prescrever fármacos imediatamente.
Opção B - Prescrever fármacos apenas após exames complementares de diagnóstico ou outros.
Opção C - Prescrever fármacos mediatamente (aguardar e observar evolução do problema prescrevendo apenas se necessário).
Prefere uma outra abordagem? Se sim, qual?
2 – Preencha agora, de igual modo, segundo a perspetiva/preferência que julga ser a dos doentes.
Perante um novo problema de saúde, quando procura um profissional de saúde, o doente prefere:
Opção A - Ser tratado imediatamente com fármacos.
Opção B - Ser tratado com fármacos após exames complementares de diagnóstico ou outros.

Opção C - Ser tratado mediatamente (aguardar e observar evolução do problema sendo medicado

apenas passado algum tempo, se persistência do problema).

Opinião:
Assinale com uma cruz uma das seguintes opções.
Considero que responder a este questionário foi:
Fácil
Intermédio
Difícil
Considero a ideia deste questionário:
Perceptível
Intermédia
Confusa
Consentimento Informado
Aceito participar de forma voluntária e anónima no estudo da autoria de André Postiga, com vista à realização do trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina e cujo objetivo principal consiste em identificar os fatores que conduzem ao uso excessivo de fármacos e logo à polifarmacoterapia.

Anexo III - Questionário aplicado a farmacêuticos.

Questionário para Estudo sobre Indução da Prescrição: perspetiva técnica e populacional

Trabalho Final do Mestrado Integrado em Medicina – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Farmacêutico

ldade:;
Sexo: Feminino () ; Masculino ()
1 - Preencha a seguinte tabela, de acordo com a sua ordem preferencial para as várias abordagens possíveis quando um doente procura a sua ajuda devido a um novo problema de saúde que o preocupa.
Faça corresponder a cada uma das seguintes abordagens um número, sendo que, número:
1 - Abordagem preferida; 2 - Abordagem intermédia; 3 – Abordagem menos satisfatória.
Perante um doente que procura a sua ajuda devido a um novo problema de saúde que o preocupa:
Opção A - Tratar imediatamente com fármacos.
Opção B - Tratar com fármacos apenas após observação médica e prescrição deste.
Opção C - Tratar com fármacos mediatamente (recomendar voltar ou procurar ajuda médica apenas se problema persistir ou agravar).
Prefere uma outra abordagem? Se sim, qual?
2 – Preencha agora, de igual modo, segundo a perspetiva/preferência que julga ser a dos doentes.
Perante um novo problema de saúde, quando procura um profissional de saúde, o doente prefere:
Opção A - Ser tratado imediatamente com fármacos.
Opção B - Ser tratado com fármacos após exames complementares de diagnóstico ou outros.
Opção C - Ser tratado mediatamente (aguardar e observar evolução do problema sendo medicado apenas passado algum tempo, se persistência do problema).

Opinião:
Assinale com uma cruz uma das seguintes opções.
Considero que responder a este questionário foi:
Fácil
Intermédio
Difícil
Considero a ideia deste questionário:
Perceptível
Intermédia
Confusa
Consentimento Informado
Aceito participar de forma voluntária e anónima no estudo da autoria de André Postiga, com vista à realização do trabalho final do Mestrado Integrado em Medicina e cujo objetivo principal consiste em identificar os fatores que conduzem ao uso excessivo de fármacos e logo à polifarmacoterapia.

Anexo IV - Classificação ICD-10

- I Certain infectious and parasitic diseases;
- II Neoplasms;
- III Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism;
- IV Endocrine, nutritional and metabolic diseases;
- V Mental and behavioural disorders;
- VI Diseases of the nervous system;
- VII Diseases of the eye and adnexa;
- VIII Diseases of the ear and mastoid process;
- IX Diseases of the circulatory system;
- X Diseases of the respiratory system;
- XI Diseases of the digestive system;
- XII Diseases of the skin and subcutaneous tissue;
- XIII Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue;
- XIV Diseases of the genitourinary system;
- XV Pregnancy, childbirth and the puerperium;
- XVI Certain conditions originating in the perinatal period;
- XVII Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities;
- XVIII Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified;
- XIX Injury, poisoning and certain other consequences of external causes;
- XX External causes of morbidity and mortality;
- XXI Factors influencing health status and contact with health services;
- XXII Codes for special purposes;