



**Ana Filipa Miranda
Matias**

**Perfil Terapêutico e Risco de Interacção
Medicamentosa no Idoso**



**Ana Filipa Miranda
Matias**

**Perfil Terapêutico e Risco de Interação
Medicamentosa no Idoso**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, realizada sob a orientação científica do Dr. Francisco Luís Maia Mamede Pimentel, Professor Doutor da Secção Autónoma de Ciências da Saúde da Universidade de Aveiro

Felizes os que falam comigo apesar do esforço que os meus ouvidos têm de fazer para perceber as suas palavras.

Felizes os que compreendem que a minha vista já está confusa e as minhas ideias meio baralhadas.

Felizes os que respeitam as minhas mãos enrugadas e os meus pés deformados.

Felizes os que com um sorriso me dão algum do seu tempo para conversar comigo.

Felizes os que nunca me dizem: é já a terceira vez que me conta essa história.

Felizes os que pacientemente me ajudam a evocar recordações de tempos passados.

Felizes os que me dizem que gostam de mim e que ainda presto para alguma coisa.

Felizes os que pela sua bondade tornam mais serenos e ajudam a viver os últimos dias da minha vida.

Autor Desconhecido

o júri

presidente

Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa
Professora Auxiliar com Agregação à Universidade de Aveiro

Professor Doutor José Pedro Lopes Nunes
Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Professor Doutor Francisco Luís Maia Mamede Pimentel (orientador)
Professor Associado Convidado da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Agradeço a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, directa, ou indirectamente, pela sua participação, compreensão e paciência.

palavras-chave

Idoso, envelhecimento, medicamentos, interacção.

resumo

O envelhecimento da população é um facto adquirido e com isso os idosos acarretam uma série de alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento fisiológico, bem como diversas patologias crónicas concomitantes, o que não impede que o seu envelhecimento seja bem sucedido. Este facto predispõe a faixa populacional geriátrica aos riscos da prática de polifarmácia, interacções entre medicamentos e reacções adversas provenientes destas causas.

Esta pesquisa centra-se no estudo do perfil terapêutico do idoso com mais de 65 anos e no risco de interacção medicamentosa que possa existir no padrão de consumo destes idosos.

Para atingir esse objectivo utilizamos um questionário com questões sócio-demográficas, questões relacionadas com a informação acerca de medicação em geral e uma tabela construída para obter informação sobre cada medicamento. Foi aplicado a 50 idosos com idade igual ou superior a 65 anos e para análise de alguns dados relacionados com interacção de medicamentos foi utilizado um programa especial, Lexi Interact que nos forneceu dados concretos sobre o tipo de interacção ocorrido em cada doente.

Os principais resultados indicam que 76% dos idosos têm doença crónica, 38% ouviu falar em interacção entre medicamentos, a grande maioria não sabe o que isso significa e a maioria não conhece os potenciais riscos que lhe estão associados. Sobre o conhecimento da medicação que consomem a maioria conhece a finalidade do medicamento, quase a totalidade sabe a via de administração e o horário. O número de medicamentos por doente varia de 3 a 13, a média de consumo por doente é 6,46 e o total 363 medicamentos. Os medicamentos mais usuais pertencem à Categoria dos Psicofármacos e Anti-Hipertensores.

Ocorreram 3 tipos de interacções, C, D e B respectivamente com maior frequência para menor, sendo D a mais grave a B a menos grave. Interacção C verificou-se em 141 medicamentos, a D em 37 e a B em 24, não ocorrendo qualquer interacção em 118 medicamentos. Ao relacionar o somatório as três interacções com o número de medicamentos, obtivemos uma correlação muito forte, o aumento do número de medicamentos eleva o aparecimento de interacções.

Concluimos que o nível de informação, o conhecimento que os idosos possuem sobre a medicação que tomam e o facto de cumprirem o regime terapêutico está significativamente relacionado com o potencial risco de interacção entre medicamentos. Constatamos ainda que não conseguimos obter uma relação positiva entre o número de prescritores e o risco de interacção entre medicamentos. O número médio de prescritores por doente é de 1,3, não se podendo estabelecer uma relação com um número tão baixo de prescritores por doente, ou seja, neste estudo o risco de interacção elevado não está associado ao aumento do número de prescritores.

keywords

Aged, aging, drug, interaction.

abstract

The aging population is a fact and the elderly carries with it some physiological changes resulting from the biologic aging process as well as several concurrent chronic diseases, which would not prevent its successful development. This fact predisposes the geriatric population to the risks of the polypharmacy practice, interactions between drugs and the adverse reactions from these causes.

This research focuses on the study of the therapeutic profile of the elderly over 65 years and the risk of drug interaction that may exist in their consumption's pattern.

To achieve this goal we used a questionnaire with socio-demographic questions, related to information about medication in general and built a table to obtain information about each drug they take. It was applied to 50 elderly aged over 65 years and to analyze some aspects related to the interaction of drugs we used a special program Lexi Interact which has given us a concrete data about the kind of interaction occurring in each patient.

The main results indicate that 76% of the older people have chronic disease, 38% heard of interaction between drugs, the vast majority do not know what that means and do not know the potential risks attached. About the medication knowledge they consume, the majority knows the purpose of the drug, and almost the entire forms of administration and time. The number of medicines per patient ranges from 3 to 13, the average consumption per patient is 6,46 and the total is 363. The drugs belong to the most usual category of Psychotropics and Antihypertensive.

Occurred 3 types of interaction, C, D and B respectively from higher to lower frequency, being D the most serious and B the lowest. C interactions were found in 141 drugs, the D in 37 and the B in 24. In 118 drugs did not occur any kind of interaction. Relating the sum of the three types of interaction with the number of drugs, we got a very strong correlation, increasing the number of drugs the appearance of interactions raises.

We conclude that the level of information, the knowledge that older people have about the medication taken and the way they follow the treatment's scheme, is significantly related to the potential risk of interactions between drugs. We still are not able to obtain a positive relation between the number of prescribers and the risk of interactions among drugs. The average number of prescribers per patient is 1,3 so it's not possible to establish a relation with a very low number of prescribers per patient, which means that, in this research the risk of high interaction is not associated with an increase in the number of prescribers.

INDICE

	Página
ÍNDICE	1
ÍNDICE DE QUADROS	3
SIGLAS	5
INTRODUÇÃO	6
CAPÍTULO I	7
ENVELHECIMENTO E O IDOSO	
1. ENVELHECIMENTO	8
1.1. Envelhecimento em Portugal	10
2. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA	12
CAPÍTULO II	14
IDOSO E MEDICAMENTOS	
1. ABUSO OU EXCESSO	15
2. FACTORES QUE CONDICIONAM O USO DE TERAPÊUTICA NO IDOSO	17
2.1. Patologias Concomitantes	17
2.2. Farmacocinética	17
2.3. Farmacodinâmica	18
2.4. Falta de Adesão Terapêutica	18
2.5. Perda de Capacidade Funcional	19
2.6. Automedicação/Medicamentos emprestados ou antigos	20
3. POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO	21
3.1. Interação entre Fármacos	21
3.2. Reacções Adversas a Medicamentos	24
3.3. Iatrogenia	26
CAPÍTULO III	28
ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DO USO DE MEDICAMENTOS NO IDOSO	
CAPÍTULO IV	31
IDOSO: PERFIL TERAPÊUTICO E INTERACÇÃO MEDICAMENTOSA	
1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	32
1.1. Enquadramento Teórico	32
1.2. Objectivos	32
2. METODOLOGIA	33
2.1. Instrumento	33
2.2. Amostra	30
2.2.1. Selecção e recolha da amostra	30
2.2.2. Caracterização da amostra	34
2.3. Análise dos Dados	37

CAPÍTULO V	39
APRESENTAÇÃO E LEITURA DOS RESULTADOS	
CAPÍTULO VI	57
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
CONCLUSÕES	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65

ÍNDICE DE QUADROS	Página
QUADRO 1 – FAIXA ETÁRIA	31
QUADRO 2 – SEXO	31
QUADRO 3 – ESTADO CIVIL	32
QUADRO 4 – TIPO DE DEPENDÊNCIA	32
QUADRO 5 – COM QUEM VIVE	32
QUADRO 6 – ESCOLARIDADE TRADUZIDA EM ANOS	33
QUADRO 7 – LOCAL DE RESIDÊNCIA	33
QUADRO 8 – RENDIMENTO MENSAL APROXIMADO	34
QUADRO 9 – FONTE DE INFORMAÇÃO	37
QUADRO 10 – DEIXAR DE COMPRAR MEDICAÇÃO POR FALTA DE DINHEIRO	37
QUADRO 11 – DOENÇAS CRÓNICAS	38
QUADRO 12 – POR QUEM É PREPARADA A MEDICAÇÃO	38
QUADRO 13 – LÊ O FOLHETO INFORMATIVO	38
QUADRO 14 – JÁ OUVIU FALAR DE INTERACÇÃO MEDICAMENTOSA	39
QUADRO 15 – SABE O QUE SIGNIFICA INTERACÇÃO MEDICAMENTOSA	39
QUADRO 16 – CONHECE OS POTENCIAIS RISCOS DE INTERACÇÃO MEDICAMENTOSA	39
QUADRO 17 – INFORMA O MÉDICO DA MEDICAÇÃO QUE TOMA	40
QUADRO 18 – CONHECE A FINALIDADE DO MEDICAMENTO	40
QUADRO 19 – CONHECE A VIA DE ADMINISTRAÇÃO	40
QUADRO 20 – HORÁRIO	41
QUADRO 21 – CONHECE O PRESCRITOR	41
QUADRO 22 – CRUZAMENTO IDENTIFICAÇÃO (DOENTE) E CONHECE O PRESCRITOR	42
QUADRO 23 - PRESCRITOR	43
QUADRO 24 – NÚMERO PRESCRITOR POR DOENTE	43
QUADRO 25 – CONHECE HÁ QUANTO TEMPO TOMA A MEDICAÇÃO	43
QUADRO 26 – TEM SUPORTE ESCRITO DA MEDICAÇÃO	44
QUADRO 27 – TOMA MEDICAÇÃO DE FORMA CORRECTA	44
QUADRO 28 – CATEGORIA FÁRMACO-TERAPÊUTICA DO MEDICAMENTOS	44

QUADRO 29 – NÚMERO DE MEDICAMENTOS CONSUMIDOS	46
QUADRO 30 – SOMATÓRIO DOS MEDICAMENTOS LEXI-INTERACT	46
QUADRO 31 – NÚMERO INTERACÇÕES D	46
QUADRO 32 – NÚMERO INTERACÇÕES C	47
QUADRO 33 – NÚMERO INTERACÇÕES B	47
QUADRO 34 – TOTAL DE INTERACÇÕES	47
QUADRO 35 – CORRELAÇÃO N°D COM N° MEDICAMENTOS DO LEXI-INTERACT	48
QUADRO 36 – CORRELAÇÃO N°C COM N° MEDICAMENTOS DO LEXI-INTERACT	48
QUADRO 37 – CORRELAÇÃO N°B COM N° MEDICAMENTOS DO LEXI-INTERACT	49
QUADRO 38 – CORRELAÇÃO C_D COM N° MEDICAMENTOS DO LEXI-INTERACT	49
QUADRO 39 – CORRELAÇÃO C_D_B COM N° MEDICAMENTOS DO LEXI-INTERACT	49
QUADRO 40 – CORRELAÇÃO INTERACÇÕES COM CONHECIMENTO DA FINALIDADE DO MEDICAMENTO	50
QUADRO 41 – CORRELAÇÃO INTERACÇÕES COM CONHECIMENTO DA VIA ADMINISTRAÇÃO DO MEDICAMENTO	50
QUADRO 42 – CORRELAÇÃO INTERACÇÕES COM CONHECIMENTO DO HORÁRIO DO MEDICAMENTO	51
QUADRO 43 – CORRELAÇÃO INTERACÇÕES COM CONHECIMENTO DA DURAÇÃO DO TRATAMENTO	51
QUADRO 44 – CORRELAÇÃO INTERACÇÕES COM LEITURA DO FOLHETO INFORMATIVO	51
QUADRO 45 – CORRELAÇÃO INTERACÇÕES COM INFORMAÇÃO FORNECIDA AO MÉDICO	52
QUADRO 46 – CORRELAÇÃO INTERACÇÕES COM CUMPRIMENTO DO REGIME TRAPÊUTICO	52
QUADRO 47 – CORRELAÇÃO INTERACÇÕES COM NÚMERO DE PRESCRITOR POR DOENTE	53

SIGLAS

INE – Instituto Nacional de Estatística
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONU – Organização Nações Unidas

INTRODUÇÃO

Estamos perante um envelhecimento populacional que atinge cada vez mais idades avançadas, o que acarreta para os idosos um conseqüente acumular de doenças crónicas e o aumento do consumo de fármacos. Torna-se urgente e preocupante perceber esta polifarmácia a que os idosos estão sujeitos e na sua maioria sem o conhecimento devido sobre os efeitos que esta lhes provoca.

Com o avançar da idade todos somos sujeitos a um envelhecimento natural e às alterações fisiológicas que o caracterizam. Cada fármaco actua de uma maneira muito própria e consoante o ambiente em que está envolvido. Um organismo com alterações fisiológicas, vai influenciar o fármaco quanto à sua farmacodinâmica (efeito dos fármacos nos órgãos e tecidos) e farmacocinética (factores que afectam a concentração e distribuição dos fármacos). Sendo o idoso “consumidor” de vários medicamentos que não potenciam o seu efeito conforme seria de esperar, existe o risco de reacções adversas e interacções medicamentosas.

Assistimos, no decorrer da nossa profissão a este envelhecimento e à prática diária da polifarmácia no idoso. É por isto pertinente, necessário e inadiável abordar esta temática e explorar a base desta interacção.

CAPÍTULO I
ENVELHECIMENTO E O IDOSO

1. ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um processo universal, inerente a todos os seres vivos. No envelhecimento podem ser analisados três níveis: envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico, e envelhecimento social.

Estes três componentes do envelhecimento têm uma influência decisiva no comportamento do idoso. Devido ao envelhecimento, as capacidades de adaptação do ser humano diminuem, tornando-o cada vez mais sensível ao meio ambiente.

O envelhecimento assenta na longevidade dos indivíduos ou seja, no aumento da esperança média de vida. A este conceito, aparece intimamente ligado o de envelhecimento biológico, definido pela comunidade médica como “a alteração progressiva das capacidades e adaptação, do corpo verificando-se, conseqüentemente, um aumento gradual das probabilidades de morrer devido a determinadas doenças que podem precipitar o fim de vida” (INE 2000).

O envelhecimento refere-se ao processo ou grupo de processos que ocorrem em organismos vivos, que com a passagem do tempo leva a uma perda de adaptabilidade, enfraquecimento funcional e eventualmente a morte (Spirduso e al, 1995).

O processo de envelhecimento está assim associado a deterioração do funcionamento dos órgãos e tecidos (Hall, 1993), porém a maioria dos sintomas e incapacidades que atingem os idosos devem-se às patologias de que são portadores e não ao envelhecimento.

Este processo é frequentemente caracterizado por alguns sinais, como sejam a calvície (alopécia), as rugas, diminuição de estatura, entre outros. Internamente as mudanças ocorrem a muitos níveis como veremos mais à frente.

Para além das alterações ao nível biológico, podem surgir ainda alterações a nível psicológico como, a perda de memória e, maior dificuldade de raciocínio. Apesar disso, estas alterações podem ser facilmente compensadas pela sabedoria de vida que estas pessoas podem transmitir.

Por outro lado, a população idosa encontra-se mais sujeita a factores externos que podem determinar alterações mentais e comportamentais, nomeadamente situações de discriminação social apenas pela idade e, constitui também um grupo vulnerável à pobreza. A todos estes factores associam-se outros como a maior probabilidade de doenças físicas

bem como algumas características individuais, que se manifestam e vivenciam de forma diferente em cada um dos sexos.

Ao nível social, são também frequentes situações deficitárias nas relações familiares e/ou sociais. O aumento destas situações cresce exponencialmente acompanhando o aumento da população idosa.

O isolamento é uma realidade cada vez mais presente, muitas vezes originado por situações de exclusão social que condiciona a vivência do envelhecimento com maior qualidade de vida.

Os estudos sobre esta temática crescem exponencialmente e, em várias vertentes, no entanto, deve estar sempre salvaguardada a individualidade, especificidade de cada indivíduo. Apesar de ser um facto indiscutível que o envelhecimento é inevitável, cada indivíduo é um ser único e, por isso mesmo este processo não é uniforme. Cada ser humano envelhece de uma forma própria, única e a seu ritmo. O processo de envelhecimento é sempre distinto de pessoa para pessoa, não é um processo homogéneo assim sendo, não podemos generalizar cada um dos aspectos inerentes ao envelhecimento.

É importante considerar, que os idosos de hoje são diferentes dos idosos de gerações mais antigas. Qualquer limitação cronológica para definir pessoas idosas será sempre um desafio uma vez que dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano.

O envelhecimento constitui um grande desafio para as sociedades actuais. Assim, a formação de novos profissionais assume uma relevância crescente, nomeadamente na área de prestação de serviços de comunitários e de solidariedade; ambiente e arquitectónicas diferentes; padrões de consumo específicos, produtos e serviços criados à imagem dos consumidores mais velhos com necessidades específicas. Assim, a sociedade em geral e cada um de nós em particular conseguirá dar as respostas mais adequadas a esta população com tantas especificidades.

1.1 - Envelhecimento em Portugal

O envelhecimento demográfico, define-se pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Esse aumento está relacionado com decréscimo da população jovem e/ou diminuição da população em idade activa.

Em Portugal, as alterações na estrutura demográfica estão bem marcadas nas diferenças acentuadas entre as pirâmides de idades de 1960 e 2000 (dados do INE).

A população jovem diminuiu e a projecção é que este decréscimo se venha a manter. Ao contrário desta, a população idosa (65 anos ou mais) regista uma tendência crescente (o ritmo de crescimento da população idoso é 4 vezes superior ao da população jovem).

O envelhecimento demográfico não é uniforme em todas as regiões do mundo. Tendo por base as dinâmicas regionais e, um pouco à semelhança da imagem mundial, também em Portugal a distribuição da população idosa não é homogénea. Tendo por base, resultados dos censos 2001, o Norte tem a percentagem mais baixa de idosos do continente. Os valores mais elevados registaram-se no Alentejo seguido do Algarve e do Centro, deixando transparecer uma faixa litoral bastante menos envelhecida. As regiões autónomas dos Açores e Madeira registam menores níveis de envelhecimento do país.

Para este estudo e, à semelhança do conceito adoptado por vários autores, consideram-se pessoas idosas, os homens e mulheres com idade igual ou superior a 65 anos, idade que em Portugal está associada à idade de reforma.

Alguns estudos na área do envelhecimento apontam que os idosos são um dos grupos mais vulneráveis à pobreza e, à exclusão social. Tanto por serem um grupo socialmente marginalizado quer por, na sua maioria, usufruírem de rendimentos que se situam abaixo do limiar de pobreza.

A população idosa acumula, baixos níveis de instrução, baixos rendimentos, isolamento físico e social, baixa participação social e cívica a que se juntam condições de saúde, de habitação e conforto desagradáveis (INE, 2002).

Citando o INE (3 de Agosto de 2007), referente ao Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006, a proporção de mulheres que utilizou consultas médicas é mais elevada do que a dos homens. Em ambos os inquéritos (1998/1999 e 2005/2006), a população com 65 e mais anos foi a que registou valores mais elevados (superiores a 70%).

No mesmo Inquérito não nos é fornecida informação sobre a especialidade médica mais frequentada, porém no Inquérito de 1998/1999, a especialidade médica com maior frequência foi a clínica geral, medicina geral e familiar (homens – 75,7% e mulheres – 81,6%). Das restantes especialidades salientam as consultas de cardiologia e urologia nos homens e, ortopedia e oncologia nas mulheres.

Ainda segundo a mesma fonte (INS), a grande maioria da população, idoso em particular, utiliza o subsistema do Serviço Nacional de Saúde, não havendo registo de formas alternativas nos cuidados de saúde. A percentagem da população que tem seguro de saúde é bastante baixa, particularmente na população idosa.

Este fenómeno social constitui um dos desafios mais importantes do século XXI.

Por um lado, levanta questões como a idade da reforma, meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, estatuto dos idosos na sociedade, solidariedade intergeracional e sustentabilidade dos sistemas de segurança social, saúde e social vigente.

Por outro lado, esta sociedade mais envelhecida pode criar outras oportunidades em diversos domínios, novas actividades económicas e profissões.

2. AVALIAÇÃO GERIÁTRICA

Envelhecimento bem-sucedido

Vive-se mais, e este sempre foi o intuito do ser humano. Neste momento, todos os esforços, devem ter em vista obter melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais. Pesquisas têm sido feitas no sentido de esclarecer os factores que contribuem para o chamado "envelhecimento bem - sucedido". Este seria uma "condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o indivíduo envelhece e às circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário".

Na II Assembleia Mundial das Nações Unidas (Madrid, 2002), foram traçados dois objectivos que deverão orientar as políticas inovadoras para responder a este fenómeno: 1) o envelhecimento tem que ser activo; 2) a sociedade é feita por todas as pessoas, em todas as idades.

“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” (*Kofi Anam, 2002*).

Os factores ou determinantes apontados pela OMS, para o envelhecimento activo e que foram submetidos a reflexão e debate na II Assembleia Mundial da ONU, realizada em Madrid em 2002 são: Factores sociais; Factores pessoais; Saúde e serviços sociais; Factores do meio físico; Factores económicos; Factores comportamentais.

De acordo com a OMS [2002], o envelhecimento activo é o processo de optimização das: Oportunidades de saúde ; Participação e Segurança.

O envelhecimento mais bem sucedido parecia ser caracterizado por uma boa saúde, mas muitos idosos que têm doenças crónicas podem ainda assim envelhecer bem (Gallo e al, 2001). Mesmo em idades avançadas é recomendável o uso de medidas preventivas de saúde, para melhorar, manter a qualidade e este envelhecimento bem sucedido.

Ainda são tímidas as iniciativas relacionadas com o bem-estar da população idosa. Lentamente surgem centros de convívio, surgem iniciativas de actividades desportivas, culturais e de lazer.

Existem já universidades abertas da terceira idade que, além de prestarem um importante serviço à comunidade idosa, desenvolvem pesquisas na área gerontológica.

Na área da Educação, existem variados cursos na área de Geriatria, tem-se desenvolvido um elevado número de estudos no entanto, no que concerne à área médica a Geriatria ainda não é reconhecida como especialidade. Este factor, condiciona o acesso de profissionais à formação adequada para lidar com os problemas sociais, económicos e de saúde que afectam a população idosa.

O envelhecimento bem-sucedido deve ser a meta a atingir.

Como dizia Jung, citado por Regiane Garrido e Paulo R Menezes:

"o anoitecer da vida deve também possuir um significado próprio e não pode ser, apenas, um apêndice lamentável da manhã da vida".

CAPÍTULO II
IDOSO E MEDICAMENTOS

1. ABUSO OU EXCESSO

Medicamentos são substâncias - designadas substâncias activas ou fármacos - ou misturas de substâncias que possuem propriedades curativas ou preventivas das doenças e dos seus sintomas. O uso de um medicamento tem como finalidade estabelecer um diagnóstico médico, restaurar, corrigir ou modificar as funções do corpo humano.

Conceptualmente, um medicamento é inadequado quando os riscos do seu uso superam seus benefícios.

“O uso racional de medicamentos (URM) requer que o paciente receba a medicação apropriada a sua necessidade clínica, em doses adequadas com seus requerimentos individuais, por um período de tempo adequado, e ao menor custo para o indivíduo e para sua comunidade” (Conferência Mundial sobre Uso Racional de Medicamentos, Nairobi, 1985).

Embora muitos autores ainda associem o passar do anos ao acumular de doenças, os actuais conceitos científicos demonstram que o processo natural de envelhecimento não é um factor impeditivo para a maioria das actividades quotidianas de um adulto em qualquer idade, e que as verdadeiras responsáveis pelas deficiências e disfunções atribuídas à velhice são as doenças, que podem ser prevenidas e/ou tratadas.

O idoso, pelas suas alterações fisiológicas, é afectado com mais doenças crónicas do que qualquer indivíduo e pelo uso excessivo de medicamentos. Esse facto predispõe a faixa populacional geriátrica aos riscos da prática de polifarmácia e aos efeitos adversos dos medicamentos (Nóbrega e al, 2003). Em substituição da prevenção ou das medidas não farmacológicas, tem se dado especial ênfase, infelizmente, às medidas farmacológicas que nem sempre têm o efeito desejado. Corremos sérios riscos de administrar fármacos com efeitos positivos em jovens, a idosos com toda a sua especificidade. O idoso é um ser único e que não pode ser comparado a um jovem. Para este, a farmacologia é necessariamente particular.

A polifarmácia, automedicação (cada vez mais usual), o uso abusivo de fármacos, o uso de fármacos pertencentes à mesma classe terapêutica, entre outros, conjuntamente com

os factores atrás descritos, aumentam a probabilidade de ocorrência de reacções adversas e de interacção medicamentosa.

Vários estudos apontam diferenças no padrão de consumo de medicamentos prescritos e não prescritos (automedicação), sendo os primeiros mais consumidos que estes, e alguns descrevem também os idosos como 50% dos consumidores de fármacos. Porém, estes são carentes de um acompanhamento terapêutico sistemático que lhes permita o cumprimento do regime terapêutico prescrito, o esclarecimento de dúvidas, a percepção de sintomas secundários, ou seja, de uma monitorização contínua da utilização dos fármacos e a sua reacção ao tratamento.

A informação sobre a terapêutica que o idoso tem prescrito, deveria estar disponível e acessível a toda a classe médica, para existir o conhecimento acertado da medicação que o doente consome na altura, ou deveria consumir. Consequentemente estabelecer-se-ia uma continuidade de cuidados e mais importante, seria realizada uma análise cuidadosa dos fármacos a prescrever. A inexistência desta monitorização terapêutica provoca uma grande lacuna na saúde do idoso. Esta lacuna deve ser erradicada, o que exige da parte de todos os profissionais que trabalham, servem, atendem a população idosa, uma formação cada vez mais completa e actualizada na área geriátrica.

Com o uso inadequado de medicamentos corremos o sério risco de sofrer as consequências, segundo *Wannmacher* (2006), e apresentado no II Congresso Brasileiro sobre o Uso Racional de Medicamentos em 2007:

- “Medicamentização” da saúde
- Prescrição desnecessária, particularmente de antibióticos e medicamentos injetáveis
- Tratamentos ineficazes e inseguros
- Exacerbação ou prolongamento da doença
- Aumento de reacções adversas
- Desconforto e dano ao paciente
- Aumento de resistência microbiana
- Falta de acesso
- Perda de confiança do usuário no sistema de saúde

2. FACTORES QUE CONDICIONAM O EFEITO DA TERAPÊUTICA NO IDOSO

2.1. Patologias concomitantes

Sabe-se que cerca de 80% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crónica, ao passo que 40% chegam a apresentar duas ou mais (Passarelli, 2005).

Com o envelhecimento o idoso é sujeito a alterações farmacocinéticas (absorção, distribuição e eliminação) e farmacodinâmicas (receptores e processos homeostáticos) que vão condicionar o funcionamento dos medicamentos.

2.2. Alterações Farmacocinéticas

Ocorre uma diminuição do HCl e da secreção gástrica com aumento do pH, há um atraso no esvaziamento gástrico por uma motilidade diminuída e reduzida área de absorção, redução do trânsito intestinal e um decréscimo no fluxo sanguíneo do tracto digestivo (Soares, 2000; Passarelli, 2005).

A distribuição dos fármacos é condicionada pela composição corporal, pela ligação às proteínas plasmáticas e pelo fluxo sanguíneo orgânico. No idoso há uma diminuição da percentagem total de água, e conseqüente redução do volume de distribuição dos medicamentos hidrossolúveis como a digoxina, aumento da percentagem de gordura total que é responsável pelo maior volume de distribuição dos fármacos lipossolúveis e uma diminuição significativa da albumina em doentes portadores de doenças crónicas e desnutridos.

Os principais processos de eliminação são o metabolismo hepático e renal, que no idoso estão francamente alterados. Há uma diminuição do tamanho do fígado e do fluxo sanguíneo hepático, diminuição da capacidade hepática de metabolizar os fármacos por diminuição dos processos oxidativos (Osswald, 2001), logo o fármaco se não diminuído na sua dose, permanecerá por mais tempo no organismo, como exemplo a meia-vida do diazepam passa de 24h num jovem para 90h no idoso (Passarelli, 2005). No que respeita à eliminação renal sabe-se que o fluxo sanguíneo renal, o índice de filtração glomerular e a função tubular diminuem com a idade, sendo a filtração glomerular reduzida 35% em

peessoas com 90 anos, ou seja, também os fármacos de eliminação renal, aumentam a sua concentração e permanência no organismo.

2.3. Alterações Farmacodinâmicas

Este tipo de alterações não está tão bem definido e conhecido como as alterações farmacodinâmicas, porém sabemos que alguns receptores sofrem uma diminuição como sejam, do sistema nervoso central, renais, do miocárdio e hepáticos.

A homeostase visa manter o equilíbrio do organismo, porém existe o declínio de certas funções orgânicas, o que aumenta a sensibilidade do mesmo a vários medicamentos. Ocorrem alterações no sistema nervoso central que pode estar suprimido de fluxo sanguíneo aumentando a sensibilidade aos benzodiazepínicos; há redução na acção do sistema nervoso autónomo, com o aumento da hipotensão ortostática e disfunções renais e intestinais; menor controlo postural por alteração na barorregulação; dificuldade de termorregulação, existindo no idoso maior tendência para hipotermia; queda da capacidade cognitiva; alterações metabólicas, como o aumento da intolerância à glicose e resposta imunitária diminuída, particularmente a celular (Franco e al, 2004).

2.4. Falta de adesão a terapêutica

A falta de adesão à terapêutica e erros na sua administração tende a aumentar com a idade, em parte devido à polimedicação, mas também devido à perda progressiva de memória e de visão, e a alterações na destreza e coordenação motora (Cedime, 2007).

As razões para não continuar o tratamento podem estar também associadas à própria pessoa, suas características físicas, psicológicas e sócio-demográficas, à doença (crónica ou não), ao tipo de tratamento, entre outras. Muitos idosos podem apresentar quadro de depressão, desinteresse pela vida, apatia, visão diminuída (que o poderá impossibilitar de ler a bula ou as instruções escritas pelo médico), memória alterada que conduz ao esquecimento da toma da medicação, má interpretação das indicações fornecidas pelo médico, condições sócio-económicas baixas que não permitem a compra da medicação na sua totalidade. *Coelho e al* reforçam esta ideia e associam ainda a adesão a medicamentos não prescritos, num estudo sobre o perfil de utilização de medicamentos por idosos, “pobreza e incapacidade estariam associados à maior tendência a uso de medicamentos

não-prescritos possivelmente por acarretarem maior dificuldade no acesso a profissionais médicos e serviços de saúde...”

O negar da doença é frequente nos idosos, sendo a medicação uma constante lembrança da mesma. Porém, o idoso defronta-se a maioria das vezes com obstáculos inerentes à própria doença, como seja a dependência física e incapacidade para a auto-administração da medicação, a dificuldade em engolir os comprimidos, as restrições alimentares, a ausência de sinais ou sintomas de uma doença e por outro lado a melhoria dos sintomas pode levar ao sentimento de não ser necessária a continuação da toma da medicação... Verifica-se também com frequência o idoso desconhecer totalmente a sua doença, ou pela não capacidade/ capacidade diminuída de adquirir conhecimento, a não explicação devida pelo médico e o ocultar da doença pela família, por opção. Isto leva a que o idoso não compreenda o porquê da medicação que toma e o abandono da mesma.

Quanto ao tipo de tratamento, existe a não crença por parte de alguns idosos na eficácia de determinados fármacos. Experimentar efeitos secundários, recear efeitos adversos ou dependência do fármaco, o tempo prolongado de tratamento (quanto maior o tempo de tratamento aumenta também o não cumprimento do mesmo), a quantidade, o tipo de fármacos a ingerir por dia e a sua coloração (factor que contribui positivamente para orientação do idoso quanto à toma dos fármacos), são realmente importantes nesta linha de cumprimento e adesão ao regime terapêutico como temos vindo a descrever.

2.5. Perda da capacidade funcional

Particularmente no idoso, um dos factores a ser analisado aquando da prescrição do fármaco, é a sua influência e dos efeitos negativos na qualidade de vida, uma vez que podem afectar a capacidade funcional.

A mobilidade é uma das perdas mais visíveis no idoso. *Ray et al* demonstraram a relação entre a administração de psicotrópicos e quedas. Fármacos benzodiazepínicos afectam significativamente a função cognitiva e o equilíbrio, provocam sedação, ataxia que originam quedas e consequentes fracturas.

A incontinência urinária, uma problemática frequente, não advém apenas do esforço e do envelhecimento “dito natural” do músculo, verificado principalmente nas mulheres.

Esta é também originada pelo uso de medicamentos que provoquem o relaxamento muscular e o aumento da pressão intravesical.

Medicamentos usualmente utilizados para diversos fins terapêuticos, provocam alterações na capacidade mental do idoso, como sejam alguns anti-hipertensivos, diuréticos, analgésicos, corticoesteróides, anticonvulsivantes, entre outros com fins neurológicos e psiquiátricos.

Estas são apenas exemplos de algumas perdas da capacidade funcional que os fármacos podem provocar, contribuindo de uma forma muito negativa para o bem estar do idoso, que se começa a sentir como um encargo para os outros cuidadores, sentindo nostalgia e revolta pela sua situação.

2.6. Automedicação/ Medicamentos emprestados ou antigos

“Grande parte dos medicamentos consumidos são o, na realidade, sem intervenção do prescriptor” (Osswald e al, 2001). Citando *Castro e al.*, a automedicação é conceituada como a prática de ingerir substâncias de acção medicamentosa sem o aconselhamento e/ou acompanhamento de um profissional de saúde qualificado (Paulo e Zanini, 1988; OMS 2005).

Esta é uma problemática mundial. Porém alguns autores defendem que não é de todo um problema, existe a vertente positiva da automedicação, dentro de limitações. *Osswald e al.* defende que esta situação é inevitável e até desejável, pois “não é possível fazer depender toda e qualquer administração medicamentosa, particularmente em situações banais e pouco graves (resfriados, cefaleias...) de uma prévia avaliação por parte do médico, pois nunca haverá médicos em número suficiente para tal cobertura sanitária” e porque “os pacientes não devem ter uma atitude passiva quanto ao tratamento dos seus males”. O mesmo autor refere também que esta vertente positiva é transformada em negativa quando há o consumo de medicamentos perigosos e que criam habituação. *Castro e al.*, mostra também esta perspectiva, pois “segundo a OMS, evita muitas vezes o colapso do sistema de saúde, pelo atendimento a casos transitórios ou de menor urgência”.

Todos os indivíduos e não apenas os idosos, tomam medicação por iniciativa própria ou aconselhamento de outros não especializados, familiares, amigos, vizinhos e até

medicação que foram guardando “para as eventualidades”. Este é um outro problema associado à automedicação, medicamentos antigos que os idosos guardam, muitas vezes sem o devido acondicionamento. Na altura de os consumir por sua auto-criação, estão fora do prazo de validade ou perderam a sua acção e, conseqüentemente pode provocar múltiplas reacções adversas. Existe também a possibilidade de reutilizarem receitas antigas que foram guardadas, denominando-se assim de automedicação orientada (Vilarinho e al, 1998).

Embora seja possível adquirir um medicamento sem prescrição médica, não permite que o idoso faça uso indevido do mesmo, ingerindo-o nas dosagens que achar por bem, à hora que quer e durante os dias que considerar necessários. De acordo com a Revista da Associação Médica Brasileira, “dados europeus indicam que, em média, 5,6 pessoas por farmácia e por semana fazem uso indevido de algum tipo de medicamento”. O uso indevido desta medicação pode gerar várias situações, como mascarar o início de uma doença, mascarar os sintomas de uma doença já a ser tratada (e vai prolongar o tratamento desta), resistência bacteriana, reacções de hipersensibilidade, entre outras, reacções adversas como já foi referido e interacção entre medicamentos. O indivíduo que não tem formação e conhecimento, não sabe prever as possíveis reacções com outros medicamentos que fazem parte do seu regime terapêutico e por isso mesmo, muitos sintomas que estes vivenciam, são devido a interacções provocadas pela automedicação com medicamentos prescritos.

É por isso importante esclarecer as pessoas e em particular o idoso, sobre o risco da automedicação, quando associada à sua medicação habitual prescrita pelo médico, é necessário explicar este tipo de ocorrências que para nós profissionais de saúde são simples e talvez básicos de entender, mas que são uma forma de tentar minimizar este problema.

3. POLIMEDICAÇÃO NO IDOSO

3.1. Interação entre fármacos

Interações medicamentosas são definidas como “alterações nos efeitos farmacológicos esperados em decorrência, principalmente, de modificações na sua farmacocinética e/ou farmacodinâmica” (Franco e al, 2007). Quando ocorre interacção, as

propriedades farmacológicas (efeito) de um dos medicamentos ou de ambos são aumentadas ou reduzidas. Podem ser benéficas/desejáveis, e ocorrem quando prescritos fármacos para acelerar/retardar um efeito, aumentar a adesão ao tratamento, ou indesejáveis se produzem um efeito contrário ao esperado (Sehn e al, 2003).

Alguns factores relacionados à utilização de medicamentos, como efeito farmacológico múltiplo, prescrições múltiplas, não compreensão do paciente em relação ao tratamento farmacológico, uso abusivo de medicamentos, desinformação dos prescritores e dispensadores e uso de medicamentos por automedicação, contribuem para a ocorrência de interacções medicamentosas (Sehn e al, 2003).

As interacções medicamentosas podem ser de natureza farmacêutica, farmacocinética ou farmacodinâmica. As interacções farmacêuticas são eventos físico-químicos que resultam na perda de actividade de um ou de ambos os fármacos (Grahame-Smith, Aronson, citado por Kawano 2006) e ocorrem quando juntamos dois fármacos na mesma seringa que não devem ser misturados.

As **interacções farmacodinâmicas** são assim designadas porque ambos os fármacos actuam no mesmo receptor, podendo ocorrer sinergismo ou antagonismo, actuam no mesmo local ou no mesmo sistema fisiológico e provocam alteração dos mecanismos de transporte intracelular (Osswald e al, 2001). Fármacos de acção semelhante podem apresentar um efeito sinérgico, ao passo que a co-administração dos que apresentam acções contrárias pode resultar em antagonismo (Sehn, 2003).

As **interacções farmacocinéticas** ocorrem nos principais processos a ela inerentes, absorção, distribuição, metabolismo e eliminação (Rang e al, 2003). Citando *Kawano*, estas interacções frequentemente provocam mudanças importantes nas concentrações plasmáticas, área sob a curva, início de acção e meia-vida do fármaco, consequentemente alterando a resposta clínica.

Na **absorção**, há fármacos que influenciam outros de diversas maneiras, impedindo que a sua absorção seja feita correctamente. Alguns antiácidos alteram o pH gástrico e podem aumentar ou diminuir a absorção de outros medicamentos dependendo da sua composição (quanto mais ácido for o pH, fármacos básicos tendem a demorar mais tempo a ser absorvidos) (Guastaldi, 2006). Os anticolinérgicos inibem a motilidade gástrica e

inversamente a metocloperamida que melhora a motilidade gástrica pode elevar a taxa de absorção de outros fármacos administrados simultaneamente (Passarelli, 2005), a colestiramina quando administrada com digoxina, formam complexos que diminuem a absorção intestinal e podemos ainda citar o efeito quelante da tetraciclina sobre o cálcio, reduzindo a absorção do antimicrobiano.

As interações que influenciam a **distribuição** dos fármacos pelo organismo (sangue, órgãos e tecidos) ocorrem por ligações reversíveis às proteínas plasmáticas, pelas quais competem os fármacos utilizados concomitantemente. A consequência farmacológica seria um aumento transitório da fracção livre do fármaco deslocado do sítio de ligação, com sua rápida distribuição aos tecidos (Passarelli, 2005). A albumina e a glicoproteína α_1 -ácida representam as principais proteínas relacionadas com este processo de interacção para fármacos com carácter ácido e básico, respectivamente (Franco e al, 2007). O nível sérico da varfarina pode ser elevado através da administração simultânea da aspirina que tem forte ligação às proteínas plasmáticas, aumentando assim o efeito anticoagulante e hemorrágico da varfarina.

A alteração do processo de **metabolismo** dos medicamentos decorrente de interações medicamentosas ocorre através de enzimas hepáticas as quais podem ser inibidas ou induzidas por alguns medicamentos, denominados inibidores e indutores enzimáticos respectivamente (Guastaldi, 2006). As enzimas do sistema oxidativo microsomal (citocromo P450 presente no retículo endoplasmático das células) são as mais importantes neste processo e responsáveis pelo metabolismo de cerca de 75% dos medicamentos. Um medicamento ao interferir com o metabolismo do outro através de inibição enzimática provoca um aumento dos níveis séricos do segundo, logo potencia a sua acção. Como exemplo apresentamos o diazepam cujo efeito é potenciado por fármacos como a cimetidina, fluoxetina, propranolol ou ácido valpróico, pois diminuem o seu metabolismo, ou seja inibem as suas ligações enzimáticas.

O processo de **excreção** é responsável pela eliminação dos fármacos e metabólitos do organismo e embora isto possa acontecer em diferentes órgãos e tecidos, o rim é o principal órgão neste processo. Além de processos patológicos, muitos fármacos compartilham do mesmo sistema de eliminação (proteínas carregadoras, etc), podendo ocorrer competição entre eles, resultando em interacção farmacológica (Franco e al, 2007).

Alguns dos mecanismos que explicam esta competição incluem as alterações da capacidade de filtração glomerular, secreção e reabsorção no tubo renal que consequentemente vão interferir no tempo de acção de cada fármaco.

Pacientes idosos apresentam riscos mais elevados de serem vítimas de interacções medicamentosas, em função de alterações fisiológicas importantes, que ocorrem com o envelhecimento, principalmente nas funções hepática, renal e cardíaca, além da diminuição da massa muscular, do nível de albumina sérica e da quantidade total de água no organismo, como já foi referido anteriormente. Além disso, os pacientes da terceira idade ainda apresentam frequentes estados de doença crónica e aguda e consomem grande número de medicamentos.

Lopéz & Díaz dizem que estudos epidemiológicos mostram que entre 9 a 17% dos doentes que são atendidos em ambulatório, podem apresentar uma interacção medicamentosa, consequência do seu regime terapêutico e segundo *Passarelli (2005)* estima-se em 30% o risco de interacções em pacientes que usam dois medicamentos ou mais, taxa que sobe paralelamente ao número de medicamentos.

Guastaldi (2006) refere um estudo europeu realizado com 1601 idosos que consumiam em média 7 medicamentos e dos quais 46% das prescrições apresentavam risco de interacção.

3.2. Reacções Adversas a Medicamentos (RAM)

A Organização Mundial de Saúde em 1972, definiu RAM como “*resposta a um medicamento que é nociva, não intencional e que ocorre em doses normalmente usadas no homem para profilaxia, diagnóstico, terapêutica ou para modificação de função fisiológica*”. Desde aí que este conceito tem sido estudado e muitos outros surgiram. Numa revisão da literatura de *Rissat e al 2008*, são apresentados outros conceitos/definições para reacção adversa que se encontram na tabela 1. Existem porém outros termos associados às reacções adversas e que podem ser confundidos, cabe-nos por isso distingui-los embora não exista ainda consenso no que diz respeito a estes conceitos. Problemas Relacionados com Medicação (PRM) *são problemas de saúde entendidos como resultados clínicos negativos, derivados da farmacoterapia que, produzidos por diversas causas, interferem*

no resultado terapêutico ou levam a efeitos indesejados (II Consenso de Granada 2002). A OMS define Eventos Relacionados com Medicamentos (EAM) como “*uma ocorrência médica inesperada que pode aparecer durante o tratamento com um produto farmacêutico, mas que não tem necessariamente uma relação causal com o tratamento*”.

Tabela 1

Conceitos/Definições de RAM	Referência/Ano
Qualquer resposta a um medicamento que é nociva, não intencional e que ocorre em doses normalmente usadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou terapia, excluindo falhas para alcançar a finalidade pretendida.	Karch & Lasagna 1975
Qualquer resposta a um medicamento que seja inesperada, não intencional, indesejada ou excessiva e que requeira descontinuidade (terapêutica ou diagnóstica); modificação da terapia; modificação da dose (excepto ajustes para sua diminuição); necessidade de hospitalização; prolongamento da estadia em estabelecimento de saúde; necessidade de tratamento de suporte; complique significativamente o tratamento; afecte negativamente o prognóstico ou resulte em dano temporário ou permanente, deficiência ou morte.	ASHP 1995 ASHP 1998
Qualquer resposta a um medicamento que é nociva e não intencional e que ocorre em doses normalmente usadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou terapia, ou para a modificação de função fisiológica, dado que esta resposta nociva não é devida a um erro de medicação.	Van Den Bemt et al. 2000
Uma reacção notavelmente perigosa ou desagradável, resultante de uma intervenção relacionada ao uso de um produto medicinal, que prediz o perigo de uma futura administração e justifica prevenção ou tratamento específico, ou alteração da dosagem ou retirada do produto.	Edwards & Aronson 2000
Dano causado directamente por um medicamento em doses normais.	Nebeker et al. 2004

Reacção adversa a medicamento também pode ser entendida como reacção nociva e desagradável, resultante de intervenção relacionada ao uso de um medicamento, cuja identificação permite prever riscos de futura administração, assegurar a prevenção e tratamento específico, bem como determinar alteração da dosagem ou cessação do tratamento.

Pereira (2007) diz que reacções adversas a medicamentos são classificadas com base em diferentes critérios. A classificação de RAM mais aceite actualmente foi proposta por Rawlins e Thompson que as agrupa em reacções do tipo A ou previsíveis e reacções do tipo B ou imprevisíveis.

O uso de medicamentos por idosos tem uma linha ténue entre o risco e o benefício, ou seja, a elevada utilização de medicamentos pode afectar a qualidade de vida do idoso, por outro lado, são os mesmos que em sua maioria ajudam a prolongar a vida. Logo, o

problema não pode ser atribuído ao consumo do medicamento, mas sim na irracionalidade de seu uso, que expõe o idoso a riscos potenciais (Andrade e al).

As reacções adversas em doentes idosos são frequentemente subtis, o que exige para a sua detecção maior perspicácia clínica do que em doentes mais novos (Osswald e al, 2001). Existem alguns fármacos documentados não recomendáveis para idosos e que são responsáveis mais frequentemente por reacções adversas, como os anti-hipertensores, antiparkinsónicos, antipsicóticos e sedativos (Soares, 2000).

Para que estas reacções sejam evitadas ou controladas foi criada a Farmacovigilância, que a Organização Mundial de Saúde define a como a ciência e as actividades relacionadas com a detecção, a avaliação e a compreensão de reacções adversas ou de qualquer problema que se relacione com a utilização de medicamentos (Martins 2007). Em Portugal foi criado em 1992, o Centro de Farmacovigilância e em 2001 criados 4 Centros Regionais.

3.3. Iatrogenia

“A introdução na prática clínica de medicamentos com maior eficácia e toxicidade veio tornar mais premente o problema da iatrogenia medicamentosa” (Osswald e al, 2001).

Não existe apenas iatrogenia medicamentosa, mas é esta que nos interessa particularmente, por ter origem num regime terapêutico errado ou utilização de medicação desnecessária, na interacção medicamentosa e efeitos adversos/secundários ou tóxicos do medicamento. A maioria dos medicamentos têm efeitos indesejáveis que não se traduzem em iatrogenia e a Organização Mundial de Saúde refere-se a esta como doença em situações específicas: acções adversas provocadas por determinado medicamento, quando usado nas doses correctas e que impliquem tratamento, redução ou interrupção da terapêutica causal ou que desaconselhem uma terapêutica posterior com o medicamento em causa.

A iatrogenia incide mais sobre doentes internados e entre 2-3% em doente de ambulatório, é maior nas crianças e idosos. Nos idosos pelas alterações fisiológicas e farmacocinética já faladas a nível principalmente da função renal e diminuição da

massa muscular que originam alterações nos níveis plasmáticos e tecidulares, e pelo número de doenças que acarretam.

CAPÍTULO III
ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A QUALIDADE DO USO DE
MEDICAMENTOS NO IDOSO

Segundo *Correr e al*, citando Gurwitz e al, entre as causas principais que condicionam o surgimento de um problema relacionados com medicamentos em idosos, estão as falhas ocorridas durante o processo de prescrição ou monitorização da farmacoterapia. Existem já documentados fármacos que não são adequados ao idoso, mas continuam a ser prescritos. Conhecer o perfil do idoso em toda a sua dimensão é o primeiro passo para se conhecerem os riscos subjacentes à terapêutica farmacológica. No entanto isso não é suficiente. É preciso conhecer o perfil das reacções adversas, dimensioná-las, identificar os seus impactos clínicos, sociais e monetários. O perfil de uso obedece a peculiaridades de idade, género, inserção social, estado de saúde e classe terapêutica. A inadequação traduz-se por quantidade e qualidade impróprias dos produtos empregados (Rozenfeld, 2003). É por isso necessário estabelecer estratégias que permitam melhorar a qualidade do uso de medicamentos entre idosos evitando possíveis reacções adversas e interacções medicamentosas.

Foram criados programas informáticos para auxiliar na prescrição médica de fármacos considerados essenciais na melhoria da qualidade de uso de medicamentos. São muitas as vantagens destes programas, quer pela informação detalhada sobre selecção de fármacos e de doses, quer pela informação pormenorizada que fornecem sobre possíveis interacções medicamentosas e reacções alérgicas, bem como pela existência de sinais de alerta sempre que é prescrito um segundo fármaco que possa interagir com os anteriormente prescritos (Galvão, 2006). A maioria dos estudos existentes aponta para uma redução drástica nos erros de medicação relacionados com a prescrição após a implementação da prescrição por computador (estimada por diferentes autores entre 66 a 94%, aliada a um suporte clínico de decisão) (Gonçalves, 2007). Não obstante estes programas, é necessário implementar a farmacoepidemiologia e farmacovigilância, que é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a ciência e as actividades relacionadas com a detecção, a avaliação e compreensão de reacções adversas ou de qualquer problema que se relacione com a utilização de medicamentos.

“Outra forma de evitar reacções adversas é usar doses inferiores no doente idoso, embora a maior parte dos fármacos mais frequentemente prescritos não tenha, nem indicações do fabricante, nem aprovação oficial para tal” (Galvão, 2006). Em cada consulta o médico deve verificar a necessidade e pertinência do medicamento, consultando a medicação que o idoso habitualmente faz para reduzir o risco de duplicação dos fármacos

e adaptar da melhor forma as dosagens. “De maneira geral, impõe-se especial cuidado na terapêutica de doentes geriátricos. O médico deve seleccionar os medicamentos menos agressivos, de mais fácil e cómoda administração. A dose a administrar, é em geral, menos que a usada no adulto jovem e pode, em regra, ser administrada com maiores intervalos” (Osswald e al, 2001).

O idoso que consulta vários especialistas deverá ser educado para um cuidado especial, levar consigo para todas as consultas a informação sobre os medicamentos que está a tomar, e o médico deve estar atento a esta realidade, tendo a preocupação de questionar o idoso sobre medicação prescrita por outro colega. Com maior precisão seria, se cada especialista fornecesse informação escrita detalhada sobre o regime que instituiu ao idoso, novas prescrições, fármacos já utilizados e qual o seu grau de actuação/benefício para aquele idoso em particular.

Nesta relação médico-paciente deve haver abertura e o profissional de saúde tem a obrigação de manter uma comunicação acessível e simples, explicando de uma forma sucinta mas compreensível, o objectivo de cada medicamento, o benefício que lhe vai proporcionar, as doses que vai tomar, quando e como, o que fazer no caso de esquecimento de alguma dose, onde guardar os medicamentos (cuidados a ter com temperatura, luminosidade...), entre outras informações. Para os idosos no geral, é útil e ajuda na adesão ao regime prescrito, se lhes for fornecida toda a informação em suporte de papel (preferencialmente a computador para ser legível). Caso o idoso não saiba ler, ou apresente outros défices cognitivos (visão, audição), deve ter o apoio de um familiar/cuidador próximo para auxiliar na percepção da informação e em conjunto delinear soluções, ou mesmo na própria administração da medicação.

Algumas estratégias poderão parecer extremamente simples, mas é corrigindo os pequenos erros que poderemos evitar outros ainda maiores como as reacções adversas e interacções medicamentosas muito graves, que podem comprometer definitivamente e até mortalmente a qualidade de vida à qual o idoso tem direito e da qual é merecedor.

CAPÍTULO IV
IDOSO: PERFIL TERAPÊUTICO E INTERACÇÃO MEDICAMENTOSA

1. CONCEPTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

1.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Sendo a Enfermagem uma profissão consciente das suas aptidões, que visa o bem-estar do doente em todas as suas vertentes aquando da situação de doença, deparamo-nos enquanto Enfermeiras do uso excessivo de medicamentos na faixa etária geriátrica.

Por isso se torna emergente analisar esta temática do conseqüente aumento de doenças crónicas, envelhecimento fisiológico característico do idoso, a polifarmácia, automedicação e conseqüentemente interacções entre os medicamentos e reacções adversas. Este estudo torna-se muito relevante pelo número reduzido de estudos nesta área e as suas implicações serão importantes, quer para Enfermeiros como para outros Profissionais de Saúde, para tentar minimizar este facto, corrigir, alertar e identificar potenciais riscos de interacções, para que o idoso possa ter um envelhecimento bem sucedido.

1.2. OBJECTIVOS

Esta pesquisa incide no estudo do risco de interacção entre fármacos, a que os idosos estão sujeitos. Assim, o objectivo geral deste estudo é caracterizar o perfil terapêutico do idoso com mais de 65 anos e avaliar o risco de interacção medicamentosa.

Em termos específicos procura-se:

- a) Explorar o grau de conhecimentos que o idoso possui acerca dos medicamentos que consome e sua relação com risco de interacção medicamentosa.
- b) Descrever a relação entre o cumprimento do regime terapêutico prescrito e o risco de interacção medicamentosa.
- c) Identificar o conhecimento de potenciais riscos associados à interacção entre medicação.
- d) Descrever a relação entre a quantidade de medicamentos consumidos e o risco de interacções medicamentosas
- e) Descrever a relação entre auto-medicação e possível interacção medicamentosa.
- f) Estabelecer uma relação entre número de prescritores e interacção medicamentosa.

2. METODOLOGIA

2.1. INSTRUMENTO

Neste estudo, o instrumento de dados utilizado envolve um questionário estruturado, constituído por 17 questões, com perguntas iniciais de características sócio-demográficas, questões fechadas, de escolha múltipla e questões filtro.

A questão número 2 reporta-se a uma escala complementar utilizada, o Índice de Barthel, que “avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez actividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965)”.

A questão número 14 referente ao esquema terapêutico do inquirido, aparece em anexo ao questionário, por se apresentar sobre a forma de uma tabela onde constam várias informações relativas a este assunto, permitindo de uma forma esquematizada sintetizá-las para melhor tratamento de dados.

2.2. AMOSTRA

A amostra deste estudo foi seleccionada através do método não probabilístico por conveniência e obedecendo aos critérios de inclusão: idade - 65 anos ou mais; apresentar-se consciente, orientado no tempo, espaço, auto e halo psiquicamente; apresentar discurso coerente; se não obedecer aos dois critérios anteriores, mas existir um cuidador informal que possuía informação sobre a medicação do doente.

2.2.1. Selecção e Recolha da Amostra

A aplicação do questionário decorreu no Hospital Infante D. Pedro - Aveiro, mais especificamente no Serviço de Medicina I.

Este era preenchido pela mestrandia, recorrendo ao doente ou cuidador através de entrevista e ainda ao processo clínico, quando de outra forma não era possível ter informação.

Nenhum dos doentes ou cuidador a quem foi solicitada colaboração, se recusou a participar no estudo.

2.2.2. Caracterização da Amostra

A amostra é composta por 50 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, salientando-se mais idosos com 65 anos seguido dos 71 e 76 anos.

Ao analisarmos por faixa etária, considerando que um Idoso Jovem compreenda idades dos 65-74 anos, Idoso dos 75-84 anos e Muito Idoso acima dos 85, verificamos que predomina na amostra o Idoso com 42%, não existindo grande diferenciamento entre o Idoso Jovem e o Muito Idoso.

Quadro 1 - Faixa Etária

Faixa Etária	N	%
Idoso Jovem	16	32,0
Idoso	21	42,0
Muito Idoso	11	22,0
Total	48	96,0
Desconh	2	4,0
Total	50	100,0

Em relação ao sexo, 44% dos idosos pertenciam ao sexo masculino e 56% ao sexo feminino, conforme o quadro abaixo.

Quadro 2 - Sexo

Sexo	N	%
Masculino	22	44,0
Feminino	28	56,0
Total	50	100,0

Relativamente ao estado civil existe uma clara evidência nos idosos casados. Obtivemos duas ausências de resposta a esta questão.

Quadro 3 - Estado Civil

Estado Civil	N	%
Solteiro	6	12,0
Casado	32	64,0
Viúvo	8	16,0
Divorciado	2	4,0
Não responde	2	4,0
Total	50	100,0

No quadro seguinte temos descrito o nível de (in)dependência dos idosos, segundo a Escala do Índice de Barthel, onde podemos observar dois extremos que se destacam, a Independência em 50% dos idosos e em seguida 24% que apresentam Dependência Total de outro familiar ou cuidador.

Quadro 4 - Tipo de Dependência(Índice Barthel)

Índice de Barthel	N	%
Independência ou ligeira	25	50,0
Independência Moderada	7	14,0
Dependência severa	6	12,0
Dependência total	12	24,0
Total	50	100,0

Ao analisarmos o quadro 5, constatamos que 46% dos idosos vivem com o cônjuge e 29% com a família. Apenas 4% vivem sós e 6% em instituição.

Quadro 5 - Com quem vive

	N	%
Só	2	4,0
Com Cônjuge	23	46,0
Com Família	19	38,0
Em Instituição	3	6,0
Com outro Cuidador	1	2,0
Não responde	2	4,0
Total	50	100,0

Os inquiridos foram questionados relativamente à sua escolaridade, traduzindo-se em anos de estudo. Destaca-se o intervalo de 1 a 4 anos de estudo, frequentado por 40% dos idosos e embora não seja dos valores com maior destaque, é importante verificar que 12% são analfabetos.

Quadro 6 – Escolaridade traduzida em anos

Escolaridade	N	%
Analfabeto	6	12,0
Sabe ler e escrever	8	16,0
1 a 4 anos	20	40,0
5 a 9 anos	8	16,0
10 a 12 anos	2	4,0
Não responde	6	12,0
Total	50	100,0

Pelo exposto no quadro 7, 52% dos inquiridos vivem na zona rural e 44% na zona urbana. Não responderam a esta questão 4% dos idosos.

Quadro 7 - Local de Residência

	N	%
Zona Rural	26	52,0
Zona Urbana	22	44,0
Não responde	2	4,0
Total	50	100,0

No quadro 8 é visível que o rendimento mensal dos idosos inquiridos situa-se, na sua maioria, no intervalo 177,05€-300€, seguindo-se o intervalo de 300,01€-500€. De destacar que a frequência de inquiridos que não responderam é ainda superior ao segundo intervalo que referimos.

Quadro 8 - Rendimento Mensal aproximado

	N	%
177,05€ - 300€	15	30,0
300,01€ - 500€	9	18,0
500,01€ - 700€	5	10,0
900,01€ - 1100€	3	6,0
> 1100€	5	10,0
Não sabe	1	2,0
Não responde	12	24,0
Total	50	100,0

2.3. ANÁLISE DE DADOS

O procedimento para a análise de dados envolveu a estatística descritiva, correlacional e inferencial, através do Programa SPSS, e ainda o Programa Software Lexi-Interact. Este último permite analisar todas as interações de um determinado medicamento, inserir o regime terapêutico específico de um doente para analisar o potencial para interações medicamentosas e a gravidade da interação. Além disso, permite ainda seleccionar o resultado de uma interação medicamentosa para obter informações detalhadas sobre a gestão da medicação do doente.

Neste programa existem 5 grupos de interações e cada um tem uma diferente leitura em relação ao tipo de interações.

A: *No known Interaction*, não foi demonstrado nenhuma interação quer farmacodinâmica ou farmacocinética.

B: *No action needed*, demonstra que os medicamentos podem interagir entre si, mas que não deve ser grande a preocupação clínica aquando do seu consumo em simultâneo.

C: *Monitor Therapy*, demonstra que os dois (ou mais) medicamentos podem interagir de uma forma clinicamente significativa. Os benefícios do uso destes dois medicamentos poderão superar os riscos, porém é necessário monitorizar os efeitos negativos. A dosagem em um ou mais desses medicamentos poderá ser necessária.

D: *Consider Therapy Modification*, os dados demonstram que os dois medicamentos podem interagir uns com os outros de uma forma clinicamente significativa. Métodos específicos de avaliação devem ser conduzidos para determinar se os benefícios da terapia concomitante superam os riscos. As acções específicas devem ser tomadas a fim de perceber os benefícios e / ou minimizar os efeitos tóxicos resultantes do uso concomitante dos agentes. Essas acções podem incluir a monitorização agressiva, optando por escolher agentes alternativos.

X: *Avoid Combination*, os dados demonstram que os medicamentos específicos podem interagir uns com os outros em uma forma clinicamente significativa. Os riscos associados com o uso concomitante destes medicamentos, habitualmente superam os benefícios. Estes, são geralmente considerados como contra.

Em anexo 1 segue um exemplo de interacção ocorrido num dos inquiridos em estudo.

CAPÍTULO V
APRESENTAÇÃO E LEITURA DOS RESULTADOS

Começamos por apresentar a fonte de informação através da qual obtivemos informação relativamente aos idosos deste estudo, verificando que 30 inquiridos dizem respeito ao próprio idoso, 11 inquiridos são cuidadores do idosos e 9 respostas foram obtidas através de informação constante do processo clínico do idoso internado.

Quadro 9 - Fonte de Informação

	N	%
Doente	30	60,0
Processo	9	18,0
Cuidador	11	22,0
Total	50	100,0

Motivo de Internamento

No internamento, cada doente tinha o seu diagnóstico específico, não conseguindo minimizar ou agrupar grande maioria destes. Porém, o valor mais elevado obtido, foi de 16% internados com Pneumonia, seguindo-se a percentagem de 6% de duas doenças também do foro Respiratório.

De acordo com o quadro 10, 13 inquiridos já deixaram de comprar medicação por falta de dinheiro face aos 26 que não o fizeram e aos 11 que não responderam.

Quadro 10 - Deixar de comprar medicação por falta de dinheiro

	N	%
Sim	13	26,0
Não	26	52,0
Não responde	11	22,0
Total	50	100,0

Perante o quadro apresentado em seguida, constatamos que 76% dos idosos têm pelo menos uma doença crónica e 24% refere não ter doença crónica.

Quadro 11 - Doenças Crônicas

	N	%
Não	12	24,0
Sim	38	76,0
Total	50	100,0

Ao questionar por quem é preparada a medicação, responderam 54% que era preparada pelo próprio, 24% pelo membro da família e 12% pelo cônjuge.

Quadro 12 - Por quem é preparada a medicação

	N	%
Próprio	27	54,0
Cônjuge	6	12,0
Membro da Família	12	24,0
Outro Cuidador	3	6,0
Não responde	2	4,0
Total	50	100,0

Em seguida apresentamos o nível de informação que os idosos ou cuidadores referem possuir.

Do total, realçamos que 27 inquiridos lêem o folheto informativo e ainda que 9 não responderam.

Quadro 13 - Lê o Folheto Informativo

	N	%
Sim	27	54,0
Não	14	28,0
Não responde	9	18,0
Total	50	100,0

No que diz respeito a esta questão, existe apenas uma diferença de 4 inquiridos entre a resposta positiva e negativa, sendo que responderam em maior número que nunca tinham ouvido falar em interação medicamentosa.

Quadro 14 - Já ouviu falar de Interação Medicamentosa

	N	%
Sim	19	38,0
Não	23	46,0
Não Responde	8	16,0
Total	50	100,0

No seguimento desta questão, vem o significado de interação medicamentosa. Aqui podemos constatar que a discrepância é bem maior, e se destaca que a grande maioria dos inquiridos não sabem o que significa este termo.

Quadro 15 - Sabe o que significa Interação Medicamentosa

	N	%
Sim	12	24,0
Não	30	60,0
Não responde	8	16,0
Total	50	100,0

Comparando com a análise da questão anterior, apenas difere que mais um inquirido respondeu que não conhece os potenciais riscos de interação medicamentosa (31 inquiridos) e menos um respondeu que conhecia (11 inquiridos).

Quadro 16 - Conhece o potenciais riscos da Interação Medicamentosa

	N	%
Sim	11	22,0
Não	31	62,0
Não responde	8	16,0
Total	50	100,0

O quadro seguinte refere-se à informação que os inquiridos fornecem ao médico sobre a medicação que tomam, cada vez que têm uma consulta médica, independentemente da sua especialidade. Não houve nenhuma resposta negativa e houve somente 7 ausências de resposta.

Quadro 17 - Informa o médico da medicação que toma

	N	%
Sim	43	86,0
Não responde	7	14,0
Total	50	100,0

Relativamente ao conhecimento que os inquiridos apresentam sobre os medicamentos que tomam ou que administram aos idosos apresentamos em seguida os resultados.

No que diz respeito ao conhecimento sobre a finalidade dos medicamentos, de um total de 363 medicamentos, é conhecida a finalidade de 197 e não sabiam ou não responderam a 103.

Quadro 18 - Conhece Finalidade do Medicamento

	N	%
Não	63	17,4
Não sabe, não responde	103	28,4
Sim	197	54,3
Total	363	100,0

No quadro seguinte verificamos que do mesmo total de medicamentos, é conhecida a via de administração de 293.

Quadro 19 - Conhece Via de Administração

	N	%
Não sabe, não responde	70	19,3
Sim	293	80,7
Total	363	100,0

Quanto ao horário, é notório que apenas não sabem de 58 medicamentos.

Quadro 20 - Horário

	N	%
Não sabe	58	16,0
Sabe	305	84,0
Total	363	100,0

Nos quadros 21, 22 e 23, podemos observar que os inquiridos conhecem o prescritor de 214 medicamentos.

Quadro 21 – Conhece o Prescritor

	N	%
Não	43	11,8
Não sabe, não responde	106	29,2
Sim	214	59,0
Total	363	100,0

Ao cruzar a variável “Doente/Identificação” e “Conhece o Prescritor”, ficamos com uma visão pormenorizada acerca do conhecimento de cada doente sobre o prescritor de cada medicamento que consome. As situações mais relevantes verificam-se no doente F11 e F31, onde verificamos que dos 12 e 11 medicamentos prescritos, respectivamente, não conhecem nenhum dos seus prescritores. No doente F09 e F22 dos 13 medicamentos não obtivemos resposta sobre o conhecimento dos prescritores. Os doentes F15 e F19 consomem 10 medicamentos e conhecem o prescritor de cada um, igualmente o doente F29 conhece de 10 medicamentos e apenas não conhece quem prescreveu dois deles. Seguem-se os doentes F01, F08 e F17 que dos 9 medicamentos têm conhecimento de todos os seus prescritores. Excepto alguns casos, a maioria dos doentes que têm conhecimento de quem prescreve os seus medicamentos, têm-no na sua totalidade.

Quadro 22 - Identificação * Conhece o Prescritor

Identificação	Conhece o Prescritor			Total
	Não	Não sabe/ responde	Sim	
F01	0	0	9	9
F02	0	0	8	8
F03	2	0	5	7
F04	0	0	8	8
F05	2	0	4	6
F06	0	0	7	7
F07	0	2	3	5
F08	0	0	9	9
F09	0	13	0	13
F10	0	2	6	8
F11	12	0	0	12
F12	0	1	5	6
F13	0	4	0	4
F14	0	0	5	5
F15	0	0	10	10
F16	0	0	7	7
F17	0	0	9	9
F18	0	0	4	4
F19	0	0	10	10
F20	0	5	3	8
F21	0	0	3	3
F22	0	13	0	13
F23	0	4	0	4
F24	0	9	0	9
F25	0	0	6	6
F26	0	0	7	7
F27	0	0	6	6
F28	0	0	6	6
F29	2	0	10	12
F30	0	11	0	11
F31	11	0	0	11
F32	0	11	0	11
F33	0	0	5	5
F34	0	0	4	4
F35	0	9	0	9
F36	0	10	0	10
F37	0	5	0	5
F38	5	0	0	5
F39	0	0	5	5
F40	0	0	6	6
F41	0	5	0	5
F42	0	0	7	7
F43	0	0	6	6
F44	0	2	4	6
F45	0	0	6	6
F46	4	0	2	6
F47	2	0	4	6
F48	3	0	3	6
F49	0	0	6	6
F50	0	0	6	6
Total	43	106	214	363

No quadro 23, ressalta que num total de 363 medicamentos, os inquiridos não conhecem a especialidade do prescriptor de 148 medicamentos e existe uma diferença de 13 números entre Clínica Geral e as restantes Especialidades, que foram todas agrupadas.

Quadro 23 – Prescritor

	N	%
Clínica Geral	101	27,8
Especialidade	114	31,4
Não Sabe	148	40,8
Total	363	100,0

O número de prescritores por doente é maioritariamente dois, ocorrem em apenas um doente 5 e 4 prescritores. Não sabem qual o prescriptor 15 inquiridos.

Quadro 24 – Número Prescritor por doente

	N	%
Não sabe	15	30,0
1	12	24,0
2	17	34,0
3	4	8,0
4	1	2,0
5	1	2,0
Total	50	100,0

No que diz respeito ao conhecimento sobre a duração do tratamento, dos 363 medicamentos, os inquiridos sabem há quanto tempo tomam 220 medicamentos e não responderam a 114.

Quadro 25 - Conhece há quanto tempo toma a medicação

	N	%
Não	29	8,0
Não sabe, não responde	114	31,4
Sim	220	60,6
Total	363	100,0

O quadro seguinte demonstra que não existe suporte escrito de 203 medicamentos em oposição aos 111 que apresentam suporte.

Quadro 26 - Tem suporte escrito da medicação

	N	%
Sim	111	30,6
Não	203	55,9
Não sabe	49	13,5
Total	363	100,0

Analisando se os inquiridos tomam a medicação de forma correcta, verificamos que, novamente de um total de 363 medicamentos, 246 são tomados correctamente e apenas 63 não cumpre a prescrição.

Quadro 27 - Toma a medicação de forma correcta

	N	%
Sim	246	67,8
Não	63	17,4
Não Sabe	54	14,9
Total	363	100,0

Relativamente à Categoria Fármaco-Terapêutica dos medicamentos, 55 pertencem à categoria dos Psicofármacos, 44 dos Anti-Hipertensores, 31 à categoria dos Anticoagulantes e Antitrombóticos, 21 Vasodilatadores e igualmente 20 pertencentes à categoria dos Antiácidos - Antiulcerosos e dos Antiasmáticos.

Quadro 28 – Categoria Fármaco-Terapêutica dos Medicamentos

	N	%
Valid	10	2,8
Analépticos	3	,8
Analgésicos e Antipiréticos	5	1,4
Anti-Asmáticos	23	6,3
Anti-Hipertensores	47	12,9
Anti-Histamínicos	4	1,1

Continuação quadro 28 – Categoria		N	%
	Anti-Inflamatórios	1	,3
	Anti-Inflamatórios Não Esteróides	11	3,0
	Antiácidos e Antiulcerosos	20	5,5
	Antiadrenérgicos de Acção Central e Periférica	3	,8
	Antianémicos	1	,3
	Antiarrítmicos	11	3,0
	Antibacterianos	9	2,5
	Anticoagulantes e Antitrombóticos	31	8,5
	Antidiarreicos e Anti-Inflamatórios Intestinais	1	,3
	Antidislipidémicos	9	2,5
	Antieméticos e Anitvertiginosos ou Procinéticos	3	,8
	Antieméticos e Antivertiginosos	3	,8
	Antiepiléticos e Anticonvulsivantes	3	,8
	Antifúngicos	3	,8
	Antigotosos	2	,6
	Antiparkinsonicos	4	1,1
	Antiparkinsonicos ou Parassimpaticolíticos	1	,3
	Cardiotónicos	9	2,5
	Córtex Supra-Renal	4	1,1
	Curarizante e Relaxante Muscular de Acção Periférica	1	,3
	Diuréticos	19	5,2
	Diuréticos e Anti-Hipertensores	2	,6
	Fluidificantes ou Antitússicos e Expectorantes	2	,6
	Laxantes	2	,6
	Medicação Tópica Nasal (Descongestionantes Nasais)	1	,3
	Medicamentos Substitutivos das Enzimas Digestivas	1	,3
	Medicamentos Usados na Enxaqueca	1	,3
	Metabolismo do Osso e Homeostase do Cálcio	2	,6
	Outros Medicamentos e Produtos Usados em Oftalmologia	1	,3
	Outros Medicamentos Usados nas Disfunções do Aparelho Genital	4	1,1
	Pâncreas e Antidiabéticos Oraís	15	4,1
	Perturbações da Micção	3	,8
	Procinéticos	1	,3
	Produtos e Suplementos Alimentares Especializados	1	,3
	Psicofármacos	55	15,2
	Psicofármacos ou Anti-Histamínicos	1	,3
	Psicofármacos ou Antiepiléticos e Anticonvulsivantes	1	,3
	Tiróide e Paratiróide	3	,8
	Vasodilatadores	21	5,8
	Vasodilatadores e Anti-Hipertensores	1	,3
	Vitaminas e Sais Minerais	4	1,1
	Total	363	100,0

Quando 29 - Número de medicamentos consumidos

N	Válido	50
	Desc.	0
Somatório		323

Este quadro apresenta-nos o somatório dos medicamentos introduzidos no programa Lexi-Interact, a partir dos quais foram trabalhados os resultados apresentados em seguida.

Quadro 30 – Somatório dos Medicamentos Lexi-Interact

N	Válido	50
	Desc.	0
Somatório		311

Sobre a Classificação das Interações, no programa Lexi-Interact existem 5 grupos de classificação, X, D, C, B e A que já foram descritos anteriormente.

Nos quadros seguintes aparecem respectivamente, para cada tipo de interação, o número de interações verificadas entre medicamentos (primeira coluna) e em quantos inquiridos estas aconteceram (segunda coluna).

Ao analisarmos o quadro 31, constatamos que o número de interações D mais elevado acontece 7 vezes, apenas em um inquirido. O número mais baixo de uma interação por doente, acontece em 9 inquiridos.

Quadro 31 - Nº Interações D

Nº Int. em cada doente	N	%
0	34	68,0
1	9	18,0
2	1	2,0
3	3	6,0
5	2	4,0
7	1	2,0
Total	50	100,0

No que diz respeito às interações C, ocorreu apenas em 1 inquiridos, igualmente 14, 13 e 11 interações entre medicamentos. Ocorrem 3 interações medicamentosas em 14 doentes.

Quadro 32 - N° Interações C

N° Int. em cada doente	N	%
0	15	30,0
1	6	12,0
2	2	4,0
3	14	28,0
4	3	6,0
5	5	10,0
7	2	4,0
11	1	2,0
13	1	2,0
14	1	2,0
Total	50	100,0

No grupo de interações B, em dez doentes ocorre apenas uma interação e em 5 ocorrem duas interações.

Quadro 33 - N° Interações B

N° Int. em cada doente	N	%
0	34	68,0
1	10	20,0
2	5	10,0
4	1	2,0
Total	50	100,0

No quadro seguinte constatamos pelo somatório das interações, que a grande maioria destas, são do grupo C, seguidas das interações D.

Quadro 34 – Total de Interações

	N°X	N°D	N°C	N°B	N°A
Somatório	0	37	141	24	118

Para estabelecermos correlações entre as variáveis a seguir expostas, foram excluídos dois inquiridos por não terem sido introduzidos quaisquer medicamentos seus no Programa Lexi Interact. Todas estas correlações se relacionam com o número de medicamentos introduzidos no respectivo programa (NMLexi).

No quadro 35 observamos uma correlação positiva e significativa entre a interação do tipo D e o número de medicamentos estudados no programa.

Quadro 35 – Correlação N° D com N° Medicamentos do Lexi Interact

		NMLexi	N°D
NMLexi	Correlação Pearson	1	,440(**)
	Significância (p)		,002
	N	48	48
N°D	Correlação Pearson	,440(**)	1
	Significância (p)	,002	
	N	48	48

** p < 0,01

Em relação ao tipo de interação C, constatamos uma relação muito forte com o número de medicamentos introduzidos no Lexi-Interact, ou seja, quanto maior for o número de medicamentos introduzidos, aumenta a interação C entre os medicamentos.

Quadro 36 – Correlação N° C com N° Medicamentos do Lexi Interact

		NMLexi	N°C
NMLexi	Correlação Pearson	1	,710(**)
	Significância (p)		,000
	N	48	48
N°C	Correlação Pearson	,710(**)	1
	Significância (p)	,000	
	N	48	48

** p < 0,01

No quadro seguinte o tipo de interação C tem uma correlação significativa e positiva com o número de medicamentos, porém é fraca.

Quadro 37 – Correlação N° B com N° Medicamentos Lexi Interact

		NMLexi	N°B
NMLexi	Correlação Pearson	1	,265
	Significância (p)		,069
	N	48	48
N°B	Correlação Pearson	,265	1
	Significância (p)	,069	
	N	48	48

Ao juntarmos as duas interações ocorridas com mais frequência, C e D, obtivemos uma correlação com o número de medicamentos introduzidos no Lexi Interact, significativamente forte, como representa o quadro seguinte.

Quadro 38 – Correlação C_D com N° Medicamentos do Lexi Interact

		C_D	NMLexi
C_D	Correlação Pearson	1	,675(**)
	Significância (p)		,000
	N	48	48
NMLexi	Correlação Pearson	,675(**)	1
	Significância (p)	,000	
	N	48	48

** p < 0,01

Os três tipos de interação juntas e relacionadas novamente com os medicamentos introduzidos no Lexi Interact, apresentam como verificamos no quadro 39, uma relação muito forte. Quanto mais aumentar o número de medicamentos, maior será a interação existente.

Quadro 39 – Correlação C_D_B com N° Medicamentos do Lexi Interact

		NMLexi	C_D_B
NMLexi	Correlação Pearson	1	,706(**)
	Significância (p)		,000
	N	48	48
C_D_B	Correlação Pearson	,706(**)	1
	Significância (p)	,000	
	N	48	48

** p < 0,01

O conhecimento da finalidade do medicamento por parte do inquirido, está significativamente relacionado com a interação entre os medicamentos, neste caso o somatório das três interações verificadas.

Quadro 40 – Correlação Interações com o Conhecimento da finalidade do medicamento

		C_D_B	Conhece finalidade
C_D_B	Correlação Pearson	1	,367(*)
	Significância (p)		,010
	N	48	48
Conhece finalidade	Correlação Pearson	,367(*)	1
	Significância (p)	,010	
	N	48	50

* p < 0,05

Neste quadro constatamos que existe uma relação significativa entre o conhecimento da via de administração do medicamento e a interação entre medicamentos, embora seja uma correlação fraca.

Quadro 41 – Correlação Interações com o Conhecimento da via de administração do medicamento

		C_D_B	Conhece via
C_D_B	Correlação Pearson	1	,244
	Significância (p)		,094
	N	48	48
Conhece via	Correlação Pearson	,244	1
	Significância (p)	,094	
	N	48	50

Ainda relacionado com o nível de conhecimento, o quadro seguinte mostra a relação entre o horário da toma da medicação e a interação medicamentosa, onde vemos que existe também uma correlação positiva e significativa fraca.

Quadro 42 – Correlação Interações com o Conhecimento do Horário do medicamento

		C_D_B	Horário
C_D_B	Correlação Pearson	1	,240
	Significância (p)		,101
	N	48	48
Horário	Correlação Pearson	,240	1
	Significância (p)	,101	
	N	48	50

Existe uma correlação positiva significativa entre o conhecimento de há quanto tempo toma o medicamento e o somatório das três interações.

Quadro 43 – Correlação Interações com o Conhecimento da duração do tratamento

		C_D_B	Conhece tempo
C_D_B	Correlação Pearson	1	,301(*)
	Significância (p)		,037
	N	48	48
Conhece tempo	Correlação Pearson	,301(*)	1
	Significância (p)	,037	
	N	48	50

* p < 0,05

A leitura do folheto informativo do medicamento tem uma relação significativa com a ocorrência de interações entre os medicamentos.

Quadro 44 – Correlação Interações com Leitura do Folheto Informativo

		C_D_B	Lê o Folheto Informativo
C_D_B	Correlação Pearson	1	,358(*)
	Significância (p)		,012
	N	48	48
Lê o Folheto Informativo	Correlação Pearson	,358(*)	1
	Significância (p)	,012	
	N	48	50

* p < 0,05

O quadro 45 expressa a relação positiva e significativa forte que existe entre a informação fornecida ao médico sobre a medicação que toma e a interação medicamentosa.

Quadro 45 – Correlação Interações com Informação fornecida ao Médico

		C_D_B	Informa o médico da medicação
C_D_B	Correlação Pearson	1	,435(**)
	Significância (p)		,002
	N	48	48
Informa o médico da medicação que toma	Correlação Pearson	,435(**)	1
	Significância (p)	,002	
	N	48	50

** p < 0.01

No que diz respeito à relação entre o cumprimento do regime terapêutico e a interação medicamentosa, foi feito o somatório dos três tipos de interação e correlacionado com esta variável, sendo o resultado significativo, como retrata o quadro seguinte.

Quadro 46 - Correlação Interações com Cumprimento regime terapêutico

		Toma a medicação de forma correcta	C_D_B
Toma a medicação de forma correcta	Correlação Pearson	1	,301(*)
	Significância (p)		,038
	N	48	48
C_D_B	Correlação Pearson	,301(*)	1
	Significância (p)	,038	
	N	48	48

* p < 0,05

O quadro 47 ilustra a relação entre o número de prescritores por doente e interação medicamentosa. Verificamos que existe uma relação negativa entre estas duas variáveis.

Quadro 47 – Correlação Interações com Número de Prescritor por doente

		C_D_B	Número Prescritor
C_D_B	Correlação Pearson	1	-,154
	Significância (p)		,295
	N	48	48
Nº Prescritor	Correlação Pearson	-,154	1
	Significância (p)	,295	
	N	48	50

CAPÍTULO VI
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra deste estudo é composta por idosos maioritariamente na faixa etária dos 75 aos 84 anos, aproximadamente em igual número do sexo masculino e feminino, destacando-se este último e na sua maioria casados. Grande parte destes idosos tem total independência, logo seguido de um extremo de dependência total, ou o idoso realiza todas as actividades diárias da sua vida sem qualquer ajuda, ou não o faz, tornando-o totalmente dependente de terceiros. Conforme foi já descrito, o idoso é afectado por mais doenças crónicas do que qualquer outro indivíduo (Nóbrega e Karnikowski, 2003). Da nossa amostra, 38% referem ter doenças crónicas e a maioria dos motivos de internamento devem-se a doenças do foro Respiratório, Cardíaco e Hepático.

No que diz respeito ao local de residência os idosos distribuem-se quase equitativamente pela zona rural e urbana, predominando a rural, tendo estes frequentado na generalidade, de 1 a 4 anos de escolaridade.

Estes idosos vivem com o cônjuge ou família e o rendimento mensal da maioria situa-se nos dois intervalos, 177,05€ - 300€ e 300,01€-500€. Nesta sequência, 52% dos inquiridos dizem não ter deixado de comprar medicação por falta de dinheiro, embora 22% não tenha respondido, não podendo assim retirar uma conclusão concreta acerca deste item.

Todos estes resultados vêm de encontro ao que referimos já existente na bibliografia, população idosa com baixos rendimentos monetários e baixos níveis de instrução (INE 2002). Em relação ao rendimento mensal e ao facto de não terem deixado de comprar medicação por falta de dinheiro, podemos relacioná-lo com o que nos dizem os resultados, muitos idosos vivem com a família, o que nos leva a questionar se terão também apoio monetário familiar, para além das suas reformas!

A preparação da medicação neste grupo de idosos tem a ver com sua condição familiar. É preparada maioritariamente pelo próprio idoso, pelo membro da família ou pelo cônjuge, respectivamente numa relação descendente. Raros são os membros de uma instituição ou outro cuidador a realizarem esta tarefa, também por serem poucos os idosos nestas condições.

O questionário apresentado possibilitava que um familiar ou cuidador pudesse responder. Sendo os cuidadores a responder, algumas questões nomeadamente sobre informação acerca dos medicamentos, fizeram-no em relação a si e não ao idoso, uma vez que este dependia do familiar/cuidador para administração e controle da medicação. Portanto, os dados que obtivemos sobre o nível de informação do idoso, não seria retratado

fielmente. Optámos então por seleccionar apenas os dados relativos a esta informação, obtidos das respostas dos questionários aos idosos. Grande parte lê o folheto informativo, mas não ouviu falar em interacção entre medicamentos, não sabe o que significa e muito menos conhece os potenciais riscos desta interacção, porém, quase a totalidade dos idosos informa o médico da medicação que toma.

No que diz respeito ao conhecimento que os idosos têm acerca da medicação que tomam, a maioria conhece a finalidade do medicamento, quase a totalidade sabe qual a via de administração (80,7%) e o horário (84%). De 363 medicamentos sabem há quanto tempo tomam 220, vinte e três dos inquiridos sabem da totalidade dos medicamentos e parcialmente 39 inquiridos. O suporte escrito da medicação continua a ser uma falha entre os nossos idosos, pois verificamos que a maioria não o tem. Contrariamente, a grande maioria afirma que toma a medicação de forma correcta.

Identificaram de 363 medicamentos, o prescriptor para 241. O número de medicamentos utilizados varia desde 3 a 13, neste estudo foram identificados para o máximo de 10 medicamentos por doente os seus prescritores e verificamos que quase todos os inquiridos que conseguem identificar o prescriptor para um medicamento, o fazem praticamente na sua totalidade para todos os medicamentos que consomem.

Os prescritores foram divididos em dois grupos, Clínica Geral e Especialidades. Predomina nos nossos resultados o grupo dos Especialistas, com uma diferença entre os dois grupos de 3,6%. Desse grupo fazem parte Cardiologistas, Pneumologistas, Neurologistas, Ortopedistas, Oftalmologistas e Especialistas em Medicina Interna. Podemos daqui concluir que são em maior número os médicos de Clínica Geral os prescritores dos nossos inquiridos, corroborando os dados do Inquérito Nacional de Saúde de 1998/1999 onde a especialidade médica com maior frequência foi a clínica geral, medicina geral e familiar.

Os fármacos mais usuais pertencem à categoria dos Psicofármacos, Anti-Hipertensores, Anticoagulantes e Antitrombóticos, Vasodilatadores, Antiácidos - Antiulcerosos e Antiasmáticos, respectivamente por ordem decrescente.

O total de medicamentos consumidos aos quais temos vindo a relatar são 363, porém ao introduzir estes medicamentos no Programa Lexi-Interact, deparamo-nos com alguns entraves. Medicamentos não utilizados nos Estados Unidos da América e sendo o programa americano não aceitava esses medicamentos no seu nome genérico ou comercial,

logo eram excluídos, outros medicamentos naturais não sendo igualmente aceites no programa e finalmente medicamentos para os quais não foram encontrados traduções compatíveis com o programa. O total de medicamentos introduzidos foi 311. O tipo de interacção mais grave que surgiu, interacção D ocorreu em 37 medicamentos, interacção C foi a que mais ocorreu, em 141 medicamentos e a interacção B apenas em 24. Em 118 medicamentos não houve interacção.

Ao relacionarmos o número de medicamentos introduzidos no Lexi-Interact, com os três tipos de interacções, obtivemos uma correlação significativa em D e B, sendo a B mais fraca e uma correlação muito forte com o tipo de interacção C, ou seja, à medida que o número de medicamentos introduzidos no programa fosse aumentando, aumentariam as interacções B e D significativamente e fortemente as C. Ao juntarmos as interacções C e D e relacionarmos com a mesma variável, obtivemos uma correlação forte e ao juntar as interacções C, D e B obtivemos uma correlação muito forte com o número de medicamentos introduzidos no Lexi Interact.

Ao analisar o tipo de conhecimento que o inquirido tem sobre a medicação que toma ou administra ao idoso, estudamos as variáveis “conhece a finalidade do medicamento”, “conhece a via de administração”, “conhece o horário dos medicamentos”, “sabe há quanto tempo toma o medicamento”, “lê o folheto informativo” e relacionamos com o somatório dos três tipos de interacção. Em todas as correlações obtivemos uma relação positiva e significativa, o que nos transmite que todas estas variáveis têm relação directa com o facto de existir interacção. Se o doente sabe qual a finalidade do fármaco que toma pode “detectar” algum tipo de duplicação de fármacos, ou pela informação que adquire ao ler o folheto informativo pode evitar a toma de alguns medicamentos conjuntamente. Todas estas informações são cruciais para uma prescrição médica correcta e quanto mais informação o doente souber sobre a sua medicação, com mais precisão informará o médico ou médicos que consulta, já o refere *Silva e al.*

Relacionando a junção das três interacções com a variável “toma a medicação de forma correcta”, obtivemos uma correlação significativa, ou seja, tomar a medicação de forma correcta têm influência na interacção entre medicamentos. O idoso corre o risco de maior interacção se não tomar a medicação conforme prescrição. Porém a relação entre interacção e a variável “número de prescritor por doente” é negativa. O número de

prescritores por doente ronda na média 1,3, por isso verificamos que não é possível existir relação com um número tão baixo de prescritores por doente.

Em anexo 2 apresentamos o primeiro caso questionado, a fonte de informação foi o próprio doente, independente, internada no serviço de Medicina I por Pneumonia, sexo feminino e 73 anos de idade, casada, frequentou 5 a 9 anos de escolaridade e mora numa zona urbana. Não sabe qual o seu rendimento mensal mas não deixou de comprar medicação por falta de dinheiro. Vive com o cônjuge e a medicação é preparada por si, tem osteoporose, não lê o folheto informativo, nunca ouvi falar de interacção medicamentosa e não sabe o que significa nem os potenciais riscos que disso advém, porém quando vai a uma consulta informa o médico de toda a medicação que está a tomar. Toma 9 medicamentos e conhece a finalidade de apenas 4 deles, sabe o horário, quem prescreveu e há quanto tempo toma, não tem suporte escrito acerca desta medicação mas toma-os de forma correcta.

Comparativamente, apresentamos em anexo 3 o caso nº5: a fonte de informação é o cuidador, o doente tem dependência severa, foi internado por Acidente Vascular Cerebral, Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus tipo 2, é do sexo masculino e tem 81 anos. É viúvo, frequentou de 1 a 4 anos de escolaridade, mora na zona rural, o seu rendimento mensal é entre 500,01€ e 700€ e não deixou de comprar medicação por falta de dinheiro. Vive com a família, a medicação é preparada por um membro da família, tem como doenças crónicas Diabetes, Parkinson e Artroses. O cuidador não lê o folheto informativo, não ouviu falar em interacção medicamentosa, não sabe o que significa, não reconhece potenciais riscos das interacções, porém informa o médico da medicação actual quando vai a uma consulta. Dos 6 medicamentos conhece a finalidade de 4, sabe o horário de todos, não sabe quem prescreveu 2 nem há quanto tempo toma esses medicamentos, não tem suporte escrito da medicação e não a toma de forma correcta.

CONCLUSÕES

Somos uma população cada vez mais envelhecida e nem sempre temos consciência do que esta realidade é preocupante e as consequências que podem trazer a cada um de nós, sejamos filhos, netos, amigos, profissionais que lidam com esta população, futuros idosos!

O sentido de família e o conceito está a mudar e não conseguimos dar resposta a esta mudança. Os idosos, pelo processo natural de envelhecimento, tornam-se pessoas mais frágeis, com necessidade de um cuidar mais personalizado. São todas estas alterações que ocorrem no seu organismo, quer farmacocinéticas ou farmacodinâmicas que o tornam mais susceptíveis a todo o tipo de factores. A sua dependência advém destes dois tipos de alterações e do já falado processo natural de envelhecimento, que o incapacitam de viver a sua vida independentes como sempre o foram. Este é um “assalto” constante aos pensamentos dos nossos idosos, acrescentando a isto as doenças crónicas de que são cada vez mais portadores. Pelo menos uma doença crónica surge a cada idoso, porém estes são portadores de muitas mais, não apenas uma. Tudo isto nos leva a um consumo de fármacos acima do aceitável.

De uma forma geral, os idosos têm informações mínimas que acarretam sobre a medicação que tomam, como a sua finalidade, o horário, há quanto tempo tomam o medicamento e a via de administração que provamos serem úteis e importantes na prevenção da interacção medicamentosa. O cumprimento do regime terapêutico também se revelou positivamente influenciador desta interacção, quanto mais correctamente forem cumpridas as prescrições, menor é o risco de ocorrer interacção entre os medicamentos, o que nos permite crer que a automedicação seja um factor relevante que contribua negativamente para essa interacção.

No que diz respeito à informação sobre os medicamentos na sua generalidade, muitos idosos lêem o folheto informativo, já ouviram falar em interacção medicamentosa porém não sabem o que significa e ainda menos reconhecem potenciais efeitos relacionados com estas. Este tipo de informação seria importante para que pudessem identificar algum tipo de reacção que com esta estivessem relacionadas.

Os nossos idosos consomem em média 6 medicamentos, chegando a consumirem como constatamos até 13 medicamentos. Este é um factor crescente para o aumento das interacções medicamentosas e deve ser erradicado. Constantemente se recorrem a medidas terapêuticas farmacológicas, sem sequer haver uma tentativa de intervenção não farmacológica, não se procurando a causa, mas actuando aos sinais e sintomas aparentes.

Face aos resultados é extremamente importante que sejam adoptadas medidas e estratégias para a diminuição desta “carga” de medicação prescrita aos idosos, é necessário não estagnar e aprofundar os conhecimentos relativamente a esta população que necessita de intervenção! É preciso que os profissionais estejam mais especializados em geriatria, reconheçam as especificidades de um idoso e actuem em conformidade. Os estudos sobre a medicação existem, é preciso consultá-los, procurar, apreender novos conceitos e novas descobertas, não nos podemos cingir ao que sabemos... os idosos merecem e são dignos de muito mais.

Este estudo tornou-se desafiante pela existência de poucos nesta área da interacção, o que nos concerne também um pouco de preocupação. É preciso pôr toda a teoria que já se sabe sobre a medicação em prática e esta prática que já existe, não poderá ficar por aqui. É importante divulgar os resultados de estudos como este, fazer com que os profissionais se questionem muito mais acerca desta temática e se consciencializem que ela é bem presente na nossa população.

Podemos afirmar que conseguimos alcançar o que desejamos com este estudo, porém é importante como já foi dito, que sejam realizados mais estudos neste âmbito e que consigam ir mais além. Queremos que este seja um ponto de partida para estudos de maiores dimensões, a fim de conseguirmos com ele apresentar resultados com um nível de significância também maior, com o objectivo de mudar consciências, ideias pré-concebidas, mudar atitudes e comportamentos e melhorar a qualidade de vida dos idosos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(2001). Automedicação. Revista da Associação Médica Brasileira. **v.47(4)**: 269-270.

(2007). "Assistência Farmacêutica no Sistema Universal de Saúde: em busca da qualidade " II Congresso Brasileiro para o Uso Racional de Medicamentos.

(2007). Índice Nacional Terapêutico, Tupam Editores.

Andrade, M. A.; M. V. S. Silva, et al. "Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos." 55-63.

Araújo, F.; J. L. P. Ribeiro, et al. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública. **25(2)**: 59-66.

Bernardes, A. C. A.; M. Chorilli, et al. (2005). "Intoxicação Medicamentosa no Idoso - revisão." Saúde em Revista **7(15)**: 53-61.

Bezerra, F. G.; F. L. T. Ribeiro, et al. (2001). "A Importância da comunicação da administração de medicamentos em idosos: uma contribuição da enfermagem."

Castro, H. C.; M. L. P. Aguiar, et al. (2006). Automedicação: entendemos o risco? Infarma. **v.18 (9/10)**: 17-20.

Cedime, M. C. (2007). "Medicamentos e o Idoso." Farmácia Técnica **9**.

Ceia, F. (2007). "Interações Medicamentosas na Prática Clínica." Revista Portuguesa de Clínica Geral **23**: 197-207.

Correr, C. J.; R. Pontarolo, et al. (2007). Riscos de problemas relacionados com medicamentos em pacientes de uma instituição geriátrica. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas. **43(1)**.

Couto, B. E.; I. L. Albuquerque, et al. (2007). "Uso abusivo de medicamentos por idosos em comunidade de Fortaleza - Ceará " Revista Brasileira em Promoção da Saúde **20(1)**: 12-16.

Deglin, J. H. and A. H. Vallerand (2003). Guia Farmacológico para Enfermeiros, Lusociência.

Díaz, J. A. and J. J. López (2005). Descripción de las interacciones fármaco-fármaco en los servicios de medicina inter de tres hospitales de tercer nivel de Bogotá. Revista Colombiana de Ciências Químico Farmacológica. **v.34(2)**: 181-192.

Dohme, M. S. a. (1997). Manual Merck, Saúde para a Família, Oceano.

Editorial (2001). "Automedicação." Revista da Associação Médica Brasileira: 269-270.

Eisenhauer, L. A.; L. W. Nichols, et al. Clinical Pharmacology and Nursing Management, Lippencott.

Fernández, R. P. (2007). "El proceso de envejecimiento y la intervención social." Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano **4**: 57-75.

Figueiredo, P. M.; A. A. Costa, et al. "Reacções Adversas a Medicamentos." Fármacos & Medicamentos.

Filho, A. I. L.; E. Uchoa, et al. (2005). "Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí." Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro **21(2)**: 545-553.

Filho, J. M. C.; L. F. Marcopito, et al. (2004). "Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil." Revista de Saúde Pública **38(4)**: 557-564.

Fleming and Goetten (2005). "Medicamentos Mais Utilizados Pelos Idosos: Implicações Para a Enfermagem." Arquivo de Ciências da Saúde da Unipar **9(2)**: 121-128.

Fortin, M. F. (1999). O Processo de Investigação: da concepção à realização, Décarie Éditeur, Lusociência.

Franco, G. C. N.; K. Cogo, et al. (2007). "Interações medicamentosas: fatores relacionados ao paciente (Parte I)." Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial, Camaragibe **7(1)**: 17-28.

Gallo, J. J.; J. Busby-Whitehead, et al. (1999). Assistência ao Idoso - aspectos clínicos do envelhecimento.

Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado-estratégias para melhorar a prescrição. Revista Portuguesa de Clínica Geral. **22**: 747-752.

Gama, E. V.; F. R. Artalejo, et al. (1998). "Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional " Revista Espanhola Salud Publica **72**.

Garrido, R. and P. R. Menezes (2002). O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. Revista Brasileira de Psiquiatria. **24(suplemento I)**: 3-6.

GEBRAC/SBC (2002). "I Diretrizes do Grupo de Estudos em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia." Arquivo Brasileiro de Cardiologia **79**.

Gonçalves and Furlan (2004). "Politerapia: risco ou benefício." Arquivo de Ciências da Saúde da Unipar **8(1)**.

Gonçalves, S. (2007). Incidência e natureza dos erros de medicação nas Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: estratégias para melhorar a segurança. Boletim de Farmacovigilância - INFARMED. Lisboa. **11(3)**.

Gonçalves, S.; A. Araújo, et al. (2006). "Pharmacovigilance Regional Centers: the suitable model for small countries?" Boletim de Farmacovigilância **10**.

Guastaldi, R. B. F. (2006). Interações Medicamentosas Potenciais: um estudo dos antimicrobianos utilizados em pacientes submetidos a transplante de medula óssea. Enfermagem. S. Paulo, Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo.

Hall, M. R. P.; N.W.J.MacLennan, et al. (1993). Cuidados ao Doente Idoso, LLI MEPSI Editores.

INE (2007). "4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006." Destaque - Informação à Comunicação Social.

Júnior, D. P. L.; R. T. Amaral, et al. (2006). "A Farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica." Revista Latino-Americana de Enfermagem **14**.

King, F. D. (2002). Medicinal Chemistry - Principles and Practice, Royal Society of Chemistry.

Magalhães, E. E. (2005). Envelhecimento Demográfico: novos desafios (disponível em: www.acessibilidade.net/workshop2005/Envelhecimento.ppt), Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde.

Martins, C. (2007). "Farmacovigilância de medicamentos de uso humano." Boletim de Farmacovigilância **11(1)**.

Martins, S. O.; M. A. Soares, et al. (2006). "Inappropriate drug use by Portuguese elderly outpatients – effect of the Beers criteria update." Pharmacy World & Science **28**: 296-301.

Mosegui, G. B. G.; S. Rozenfeld, et al. (1999). "Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos." Revista de Saúde Pública **33(5)**: 437-444.

MTSS. (Maio 2007). "Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, Direcção-Geral da Segurança Social - Instituto da Segurança Social, I.P. - Montante das Pensões 2007 Invalidez e Velhice."

Nóbrega, O. T. and M. G. O. Karnikowski (2005). "A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação." Ciência & Saúde Coletiva **10(2)**: 309-313.

Nóbrega, O. T. and M. G. O. Karnikowski (2003). "Medicamentos Impróprios para Idosos." Brasília Médica: 46-50.

Osswald, W. and S. Guimarães (2001). Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas - Manual de Farmacologia e Farmacoterapia. Porto.

Penteadó, Cunico, et al. (2002). "O uso de medicamentos por idosos." Visão Académica, Curitiba **3(1)**: 35-42.

Pereira, D. G. (2007). "Importância do Metabolismo no Planeamento de Fármacos." Química Nova **30**.

Pereira, J. G. (2008). "Reacções Adversas a Medicamentos." Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS - FTN.

Pereira, L. R. L.; L. U. P. Vecchi, et al. (2004). "Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância." Ciência & Saúde Coletiva **9(2)**: 479-481.

Ribeiro, A. Q.; S. Rozenfeld, et al. (2008). "Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG." Revista de Saúde Pública **42(4)**: 724-32.

Rissato, M. A. R.; N. S. R. Lieber, et al. (2008). "Terminologia de incidentes com medicamentos no contexto hospitalar - Revisão 1965-1975." Caderno Saúde Pública **24(9)**.

Rocha, F. M. A. "Aspectos Biológicos do Envelhecimento." Farmácia on-line (www.portalfarmacia.com.br).

Romano-Lieber, N. S.; J. J. V. Teixeira, et al. (2002). "Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos." Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro **18(6)**: 1499-1507.

Rozenfeld, S. (2003). Prevalência, factores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. Caderno de Saúde Pública. Rio Janeiro. **19(3)**: 712-724.

Sehn, R.; A. L. Camargo, et al. (2003). Interacções medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes hospitalizados. Infarma. **15(9-10)**: 77-81.

Silva, F. F. S.; L. C. Cunha, et al. (2006). "Métodos de Avaliação de Fracção de Fármaco ligado a Proteínas de Flúidos Biológicos." Revista Electrónica de Farmácia **3 (2)**: 99-108.

Soares, M. A. (2000). "O medicamento e o idoso." Revista Pharmacia Brasileira **Ano III, N.18**.

Spiriduso, W. W.; K. L. Francis, et al. (1995). Physical Dimensios of Aging.

Vilarino, J. F., I. C. Soares, et al. (1998). "Perfil da Automedicação em Município do Sul do Brasil." Revista de Saúde Pública **32(1)**: 43-49.

Wannmacher, L. (2006). "Uso Racional de Medicamentos: perspectivas nacionais." Seminário Sobre o Uso Racional de Medicamentos.

Zarowitz, B. J., PharmD, et al. (2006). "Medication Overuse and Misue." Geriatric Nursing **27(4)**.

ANEXO 1

Lexi-Comp ONLINE™ Interaction Analysis



[Customize Analysis](#)

View interaction detail by clicking on link.

Alprazolam

- [C] [Amitriptyline and Perphenazine](#) (CNS Depressants)
- [C] [Fluoxetine](#) (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
- [C] [Lorazepam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Midazolam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Trazodone](#) (CNS Depressants)

Amitriptyline and Perphenazine

- [C] [Alprazolam](#) (CNS Depressants)
- [D] [Ergoloid Mesylates](#) (Serotonin Modulators)
- [D] [Fluoxetine](#) (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
- [D] [Indapamide](#) (QTc-Prolonging Agents)
- [C] [Lorazepam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Midazolam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Trazodone](#) (Antidepressants (Serotonin Reuptake Inhibitor/Antagonist))

Ergoloid Mesylates

- [D] [Amitriptyline and Perphenazine](#) (Serotonin Modulators)
- [D] [Fluoxetine](#) (Serotonin Modulators)
- [D] [Trazodone](#) (Serotonin Modulators)

Fluoxetine

- [C] [Alprazolam](#) (Benzodiazepines (metabolized by oxidation))
- [D] [Amitriptyline and Perphenazine](#) (Tricyclic Antidepressants)
- [D] [Ergoloid Mesylates](#) (Serotonin Modulators)
- [D] [Ginkgo Biloba](#) (Herbs (Anticoagulant/Antiplatelet Properties))
- [D] [Indapamide](#) (QTc-Prolonging Agents)
- [C] [Lorazepam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Midazolam](#) (Benzodiazepines (metabolized by oxidation))
- [C] [Trazodone](#) (Antidepressants (Serotonin Reuptake Inhibitor/Antagonist))

Ginkgo Biloba

- [D] [Fluoxetine](#) (Antiplatelet Agents)
- [B] [Indapamide](#) (Thiazide Diuretics)

Indapamide

- [D] [Amitriptyline and Perphenazine](#) (QTc-Prolonging Agents)
- [D] [Fluoxetine](#) (QTc-Prolonging Agents)
- [B] [Ginkgo Biloba](#)

Lorazepam

- [C] [Alprazolam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Amitriptyline and Perphenazine](#) (CNS Depressants)
- [C] [Fluoxetine](#) (CNS Depressants)
- [C] [Midazolam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Trazodone](#) (CNS Depressants)

Midazolam

- [C] [Alprazolam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Amitriptyline and Perphenazine](#) (CNS Depressants)
- [C] [Fluoxetine](#) (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)
- [C] [Lorazepam](#) (CNS Depressants)
- [C] [Trazodone](#) (CNS Depressants)

Salicylic Acid

No interactions identified.

Simvastatin

No interactions identified with others in the selection list.

Trazodone

[C] [Alprazolam](#) (CNS Depressants)

[C] [Amitriptyline and Perphenazine](#) (Antipsychotic Agents (Phenothiazines))

[D] [Ergoloid Mesylates](#) (Serotonin Modulators)

[C] [Fluoxetine](#) (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors)

[C] [Lorazepam](#) (CNS Depressants)

[C] [Midazolam](#) (CNS Depressants)

Valsartan

No interactions identified with others in the selection list.

Date April 8, 2008

Displaying interactions with a [risk rating](#) of A, B, C, D and X 

Disclaimer Readers are advised that decisions regarding drug therapy must be based on the independent judgment of the clinician, changing information about a drug (eg, as reflected in the literature and manufacturer's most current product information), and changing medical practices.



Copyright © 1978-2008 Lexi-Comp Inc. All Rights Reserved

ANEXO 2



“Perfil terapêutico e risco de interação medicamentosa no idoso”

Caso nº 1

Data de colheita 22.01.08

Investigador Alpe

QUESTIONÁRIO

1 – **Fonte de Informação:** Doente Processo Cuidador

2 – **Tipo de Dependência (segundo o índice de Barthel):**

Independência ou ligeira (mais de 60 pontos)

Independência moderada (40 a 55 pontos)

Dependência severa (20 a 35 pontos)

Dependência total (menos de 20 pontos)

3 – **Motivo de Internamento/Consulta:** Pneumonia

4 – **Serviço/Consulta: Qual?** Medicina I

5 – **Idade:** 73 6 – **Sexo:** M F

7 – **Estado Civil:** Solteiro Casado Viúvo Não responde

8 – **Escolaridade:** Analfabeto Sabe ler e escrever 1 a 4 anos

5 a 9 anos 10 a 12 anos Ensino Superior Não sabe Não responde

9 – **Local de Residência:** Zona Rural Zona Urbana Não responde

10 – Rendimento mensal aproximado: 177,05€ - 300€ 300,01€ - 500€
500,01€ - 700€ 700,01€ - 900€ 900,01€ - 1100€ > 1100€
Não sabe Não responde

10.1 - Já deixou de comprar medicação por falta de dinheiro?

Sim Não Não responde

11 – Vive: Só Com Cônjuge Com Família Em Instituição
Com outro Cuidador Não responde

12 – A medicação é preparada por: Próprio Cônjuge Membro da Família
Outro Cuidador Não responde

13 – Doenças Crônicas: Não Sim Não responde Se sim, quais? Osteoporose

14 – Esquema Terapêutico: (Tabela, ver em folha anexa)

15 – Lê o Folheto Informativo dos novos medicamentos, antes de os tomar?

Sim Não Não responde

16 – Já ouviu falar de interações medicamentosas? Sim Não

Não responde

16.1 - Sabe o que a expressão significa? Sim Não Não responde

16.2 - Reconhece potenciais riscos associados a interações? Sim Não

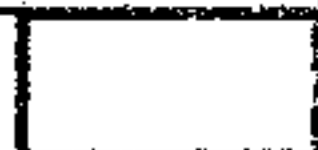
17 – Quando vai a uma consulta, informa o médico de todos os medicamentos que está a tomar, mesmo os prescritos por outro médico? Sim Não

Não responde

Nome Comercial	Finalidade	Via	Horário	Quem prescreveu	Há quanto tempo toma?	Tem suporte escrito acerca desta medicação?	Toma a medicação de forma correcta?
<u>Sipatempo</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Dez-almoo</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Dr. Freimut.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>4 meses</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Espinosa lachar</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Dez-almoo</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Freimut.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>4 meses</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Santafide</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe	<u>UlaLacard</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Manhã / noite</u> <input type="checkbox"/> Não sabe <small>Tru per. car. / Tru per. sa.</small>	<u>Freimut.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>4 meses</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Libodina</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>almoo</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Freimut.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>4 meses</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Digama</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>almoo</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Freimut.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>4-5 meses</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Jasx</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>depois</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Dr. Fomke</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>± 6/7 anos</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Quercian</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>depois jantar</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Freimut.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>4-5 meses</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Monoket</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Dez-almoo</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Dr. Freimut.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>± 6/7 anos</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Amarel 170</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Dez pa-almoo</u> <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe	<u>Dr. Freimut.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>± 6/7 anos</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe

1	Alimentar-se	Incapaz Necessita de ser alimentado por outra pessoa	0	10
		Necessita de ajuda para cortar, barrar pão, etc., mas é capaz de comer sozinho	5	
		Independente. Consegue comer por si próprio. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.	10	
2	Transferir-se (cama/cadeira/cama)	Dependente. Não tem equilíbrio quando está sentado.	0	15
		Ajuda maior. Precisa de ajuda de uma pessoa forte ou treinada (ou de duas pessoas). Mantém-se sentado sem ajuda	5	
		Ajuda menor. Inclui uma supervisão ou uma pequena ajuda física.	10	
		Independente.	15	
3	Higiene Pessoal	Necessita de auxílio nos cuidados pessoais	0	5
		Independente: face/cabelo/dentes/barba (acessórios fornecidos)	5	
4	Utilizar Sanita	Dependente. Incapaz de aceder ou utilizar a sanita sem ajuda	0	10
		Necessita de alguma ajuda. Consegue usar o quarto de banho e limpar-se sozinho	5	
		Independente. Consegue instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se, sem ajuda.	10	
5	Banho	Incapaz. Necessita de ajuda ou supervisão	0	5
		Independente. Capaz de se lavar inteiramente, de entrar e sair da banheira (ou chuveiro) sem ajuda e sem supervisão.	5	
6	Mobilizar-se	Dependente. Se utiliza cadeira de rodas, necessita de ser empurrado por outra pessoa	0	15
		Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc. Não requer ajuda nem supervisão.	5	
		Necessita de ajuda. Necessita de supervisão ou uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa ou utiliza andarilho.	10	
		Independente. Pode andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda técnica (p. ex.: bengala, canadiana) excepto o andarilho.	15	
7	Subir e descer escadas	Dependente. É incapaz de utilizar as escadas.	0	10
		Necessita de ajuda (física ou verbal)	5	
		Independente. Capaz de subir e descer escadas sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.	10	
8	Vestir-se	Dependente. Necessita de ajuda total	0	
		Necessita de ajuda, mas realiza cerca de metade das tarefas num tempo razoável sem ajuda	5	
		Independente. Capaz de se vestir sozinho (incluindo apertar botões, fechos, atacadores, etc.)	10	
9	Continência Intestinal	Incontinente. Mais de um episódio semanal. Inclui a administração de clisteres por outra pessoa.	0	
		Perda ocasional (uma vez por semana)	5	
		Continente	10	
10	Continência Vesical	Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas ou incapaz de lidar com a algália.	0	
		Perda ocasional. Um episódio por dia ou requer ajuda para a manipulação da algália ou outro dispositivo semelhante	5	
		Continente. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si próprio (algália, ...)	10	

TOTAL



CONSENTIMENTO INFORMADO

Título: Perfil terapêutico e risco de interacção medicamentosa no idoso

Serviço: Medicina I

Investigador: Enfermeira Ana Filipa Miranda Matias

Contacto Telefónico: 918594582

Muitos doentes têm necessidade de tomar vários medicamentos, existem situações em que ao juntarmos dois medicamentos pode existir risco de perderam o efeito ou até fazerem mal á saúde. Este estudo vai procurar conhecer o tipo de medicamentos que os doentes portugueses com idade superior a 65 anos estão a tomar e, no caso de estarem a tomar mais do que um medicamento, se existe algum problema por isso.

Para sabermos isto é necessário responder a um questionário que será feito por um técnico de saúde (o investigador). Vão-lhe ser pedidas informações sobre si e depois feitas perguntas sobre a medicação que toma. O questionário pode demorar algum tempo a ser respondido, dependendo das informações que tiver para nos dar. Posteriormente analisado pelo investigador e pelo professor que orienta este estudo. Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário. O seu nome e o nome de outras pessoas que mencione serão substituídos por um código. Poderá ser necessário contactá-lo para verificar a nossa análise e para lhe dar uma cópia dos resultados no final do estudo, se assim o desejar.

O responder a este questionário não é prejudicial à sua saúde e a sua participação não causará impacto no seu tratamento clínico ou em tratamentos futuros.

A sua colaboração é muito importante, pois é necessária para conhecermos os problemas que existem no nosso país e desta forma evitarmos no futuro alguns problemas que agora possam existir.

A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si

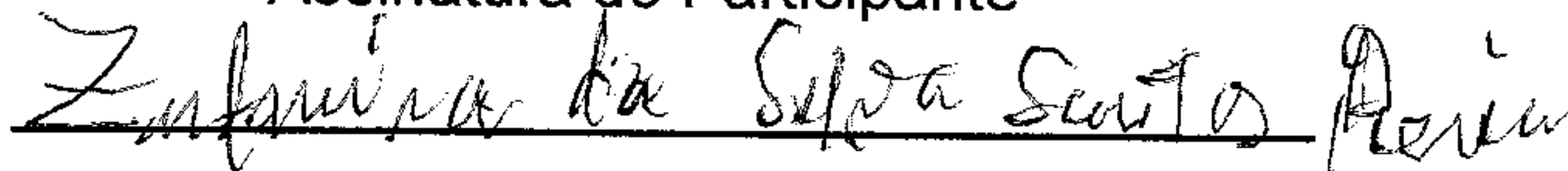
A sua decisão de participar ou não no estudo não irá interferir nos seus cuidados futuros nesta instituição. Se decidir participar, pode ainda assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre para não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem muito importantes para nós. Pode ainda participar nesta entrevista e recusar uma segunda.

Os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade da sua entrevista será mantida e este estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração do Hospital Infante Dom Pedro.

Qualquer dúvida ou questão que poderá ter sobre este estudo pode ser colocada a Ana Filipa Matias (Enf.^a) através do número de telemóvel (918594582) ou através do serviço em que trabalha (234378339; Hospital Infante Dom Pedro, Serviço de Medicina 1; Avenida Artur Ravara. 3800 Aveiro).

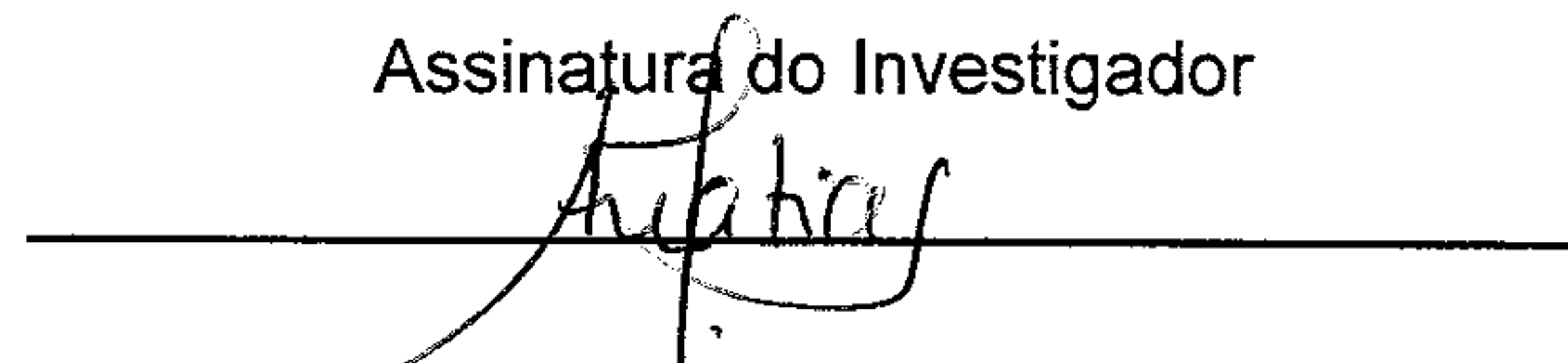
A sua assinatura indicará que concordou em participar no estudo, tendo lido e percebido a informação acima fornecida.

Assinatura do Participante



Data: 22/01 / 2008

Assinatura do Investigador



ANEXO 3



“Perfil terapêutico e risco de interação medicamentosa no idoso”

Caso nº 5

Data de colheita 22.01.08

Investigador Felipa

QUESTIONÁRIO

1 – **Fonte de Informação:** Doente Processo Cuidador

2 – **Tipo de Dependência (segundo o índice de Barthel):**

Independência ou ligeira (mais de 60 pontos)

Independência moderada (40 a 55 pontos)

Dependência severa (20 a 35 pontos)

Dependência total (menos de 20 pontos)

3 – **Motivo de Internamento/Consulta:** AVC / HTA / Dn2

4 - **Serviço/Consulta: Qual?** η.I

5 – **Idade:** 81 6 – **Sexo:** M F

7 – **Estado Civil:** Solteiro Casado Viúvo Não responde

8 – **Escolaridade:** Analfabeto Sabe ler e escrever 1 a 4 anos

5 a 9 anos 10 a 12 anos Ensino Superior Não sabe Não responde

9 – **Local de Residência:** Zona Rural Zona Urbana Não responde

10 – **Rendimento mensal aproximado:** 177,05€ - 300€ 300,01€ - 500€
500,01€ - 700€ 700,01€ - 900€ 900,01€ - 1100€ > 1100€
Não sabe Não responde

10.1 - **Já deixou de comprar medicação por falta de dinheiro?**

Sim Não Não responde

11 – **Vive:** Só Com Cônjuge Com Família Em Instituição
Com outro Cuidador Não responde

12 – **A medicação é preparada por:** Próprio Cônjuge Membro da Família
Outro Cuidador Não responde

13 – **Doenças Crônicas:** Não Sim Não responde Se sim, quais? *Diabetes*
Arterioses
Parkinson

14 – **Esquema Terapêutico:** *(Tabela, ver em folha anexa)*

15 – **Lê o Folheto Informativo dos novos medicamentos, antes de os tomar?**
Sim Não Não responde

16 – **Já ouviu falar de interações medicamentosas?** Sim Não
Não responde

16.1 - **Sabe o que a expressão significa?** Sim Não Não responde

16.2 - **Reconhece potenciais riscos associados a interações?** Sim Não

17 – **Quando vai a uma consulta, informa o médico de todos os medicamentos que está a tomar, mesmo os prescritos por outro médico?** Sim Não
Não responde

Paracetol

2

3

4

Nome Comercial	Finalidade	Via	Horário	Quem prescreveu	Há quanto tempo toma?	Tem suporte escrito acerca desta medicação?	Toma a medicação de forma correcta?
<u>DIUREXAN</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>oral</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>1 noite (deitar)</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>med. Familiar</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>6 meses</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Sinemet 25/100</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>P.O.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Primeira refeição</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>med. Familiar</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>+ 1 ano</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Risidon</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>P.O.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>mañana 7h-8h</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>med. Familiar</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>5-6 anos</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Carba</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input checked="" type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>P.O.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>Em jejum</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>med. Familiar</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>5-6 anos</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Cardexo</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>P.O.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>1 noite</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe	<u>5-6 anos</u> <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>Ludromel</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input checked="" type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>P.O.</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>1 noite</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe	<u>5-6 anos</u> <input checked="" type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe
<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Conhece <input type="checkbox"/> Não conhece <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<u>---</u> <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não* <input type="checkbox"/> Não sabe

1	Alimentar-se	Incapaz Necessita de ser alimentado por outra pessoa	0
		Necessita de ajuda para cortar, barrar pão, etc., mas é capaz de comer sozinho	5
		Independente. Consegue comer por si próprio. A comida pode ser cozinhada e servida por outra pessoa.	10
2	Transferir-se (cama/cadeira/cama)	Dependente. Não tem equilíbrio quando está sentado.	0
		Ajuda maior. Precisa de ajuda de uma pessoa forte ou treinada (ou de duas pessoas). Mantém-se sentado sem ajuda	5
		Ajuda menor. Inclui uma supervisão ou uma pequena ajuda física.	10
		Independente.	15
3	Higiene Pessoal	Necessita de auxílio nos cuidados pessoais	0
		Independente: face/cabelo/dentes/barba (acessórios fornecidos)	5
4	Utilizar Sanita	Dependente. Incapaz de aceder ou utilizar a sanita sem ajuda	0
		Necessita de alguma ajuda. Consegue usar o quarto de banho e limpar-se sozinho	5
		Independente. Consegue instalar-se e retirar-se, vestir-se, limpar-se, sem ajuda.	10
5	Banho	Incapaz. Necessita de ajuda ou supervisão	0
		Independente. Capaz de se lavar inteiramente, de entrar e sair da banheira (ou chuveiro) sem ajuda e sem supervisão.	5
6	Mobilizar-se	Dependente. Se utiliza cadeira de rodas, necessita de ser empurrado por outra pessoa	0
		Independente em cadeira de rodas, incluindo esquinas, etc. Não requer ajuda nem supervisão.	5
		Necessita de ajuda. Necessita de supervisão ou uma pequena ajuda física por parte de outra pessoa ou utiliza andarilho.	10
		Independente. Pode andar sem ajuda nem supervisão. Pode utilizar qualquer ajuda técnica (p. ex.: bengala, canadiana) excepto o andarilho.	15
7	Subir e descer escadas	Dependente. É incapaz de utilizar as escadas.	0
		Necessita de ajuda (física ou verbal)	5
		Independente. Capaz de subir e descer escadas sem ajuda ou supervisão de outra pessoa.	10
8	Vestir-se	Dependente. Necessita de ajuda total	0
		Necessita de ajuda, mas realiza cerca de metade das tarefas num tempo razoável sem ajuda	5
		Independente. Capaz de se vestir sozinho (incluindo apertar botões, fechos, atacadores, etc.)	10
9	Continência Intestinal	Incontinente. Mais de um episódio semanal. Inclui a administração de clisteres por outra pessoa.	0
		Perda ocasional (uma vez por semana)	5
		Continente	10
10	Continência Vesical	Incontinente. Mais de um episódio em 24 horas ou incapaz de lidar com a algália.	0
		Perda ocasional. Um episódio por dia ou requer ajuda para a manipulação da algália ou outro dispositivo semelhante	5
		Continente. Capaz de utilizar qualquer dispositivo por si próprio (algália, ...)	10

TOTAL

20

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título: Perfil terapêutico e risco de interacção medicamentosa no idoso

Serviço: Medicina I

Investigador: Enfermeira Ana Filipa Miranda Matias

Contacto Telefónico: 918594582

Muitos doentes têm necessidade de tomar vários medicamentos, existem situações em que ao juntarmos dois medicamentos pode existir risco de perderam o efeito ou até fazerem mal á saúde. Este estudo vai procurar conhecer o tipo de medicamentos que os doentes portugueses com idade superior a 65 anos estão a tomar e, no caso de estarem a tomar mais do que um medicamento, se existe algum problema por isso.

Para sabermos isto é necessário responder a um questionário que será feito por um técnico de saúde (o investigador). Vão-lhe ser pedidas informações sobre si e depois feitas perguntas sobre a medicação que toma. O questionário pode demorar algum tempo a ser respondido, dependendo das informações que tiver para nos dar. Posteriormente analisado pelo investigador e pelo professor que orienta este estudo. Nenhuma informação que o identifique será incluída no questionário. O seu nome e o nome de outras pessoas que mencione serão substituídos por um código. Poderá ser necessário contactá-lo para verificar a nossa análise e para lhe dar uma cópia dos resultados no final do estudo, se assim o desejar.

O responder a este questionário não é prejudicial à sua saúde e a sua participação não causará impacto no seu tratamento clínico ou em tratamentos futuros.

A sua colaboração é muito importante, pois é necessária para conhecermos os problemas que existem no nosso país e desta forma evitarmos no futuro alguns problemas que agora possam existir.

A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si

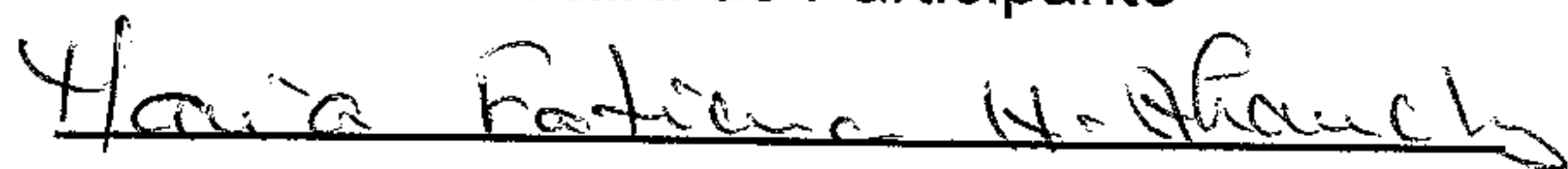
A sua decisão de participar ou não no estudo não irá interferir nos seus cuidados futuros nesta instituição. Se decidir participar, pode ainda assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre para não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem muito importantes para nós. Pode ainda participar nesta entrevista e recusar uma segunda.

Os seus registos médicos não serão afectados por este estudo. A confidencialidade da sua entrevista será mantida e este estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração do Hospital Infante Dom Pedro.

Qualquer dúvida ou questão que poderá ter sobre este estudo pode ser colocada a Ana Filipa Matias (Enf.^a) através do número de telemóvel (918594582) ou através do serviço em que trabalha (234378339; Hospital Infante Dom Pedro, Serviço de Medicina 1; Avenida Artur Ravara. 3800 Aveiro).

A sua assinatura indicará que concordou em participar no estudo, tendo lido e percebido a informação acima fornecida.

Assinatura do Participante



Data: 22/01/2008

Assinatura do Investigador

