

## Indução da Prescrição: a perspetiva técnica e populacional

### *Prescription's Induction: the technical and populational perspective*

Postiga A.<sup>1</sup>, Santiago L.M.<sup>1,2</sup>

ARTIGO ORIGINAL | ORIGINAL ARTICLE

#### RESUMO

A polifarmacoterapia é cada vez mais prevalente na população e tem tendência a aumentar, podendo o consumo de vários fármacos em simultâneo estar indicado e ser adequado. Os fatores de indução da terapêutica farmacológica podem ser técnicos, podem ser de expectativas do doente ou resultar da interação entre profissional de saúde com o ambiente.

Objetivos: Estudar e comparar a perspetiva técnica (médicos e farmacêuticos) e populacional sobre a indução da terapêutica farmacológica.

Material/métodos: Em estudo observacional, aplicou-se um questionário a utilizadores de cuidados de saúde solicitando-se a abordagem preferida perante um novo problema de saúde, sendo o mesmo questionário aplicado a profissionais, médicos e farmacêuticos de oficina, para conhecimento não só de como preferiam tratar, mas também sobre qual julgavam ser a preferência dos doentes. Realizou-se estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Amostra de conveniência de 253 utilizadores de cuidados de saúde e de 252 profissionais. Os utilizadores de cuidados de saúde, indicam que a sua preferência é ser tratados com fármacos apenas a prazo quando for seguramente necessário (41,1%). Os profissionais afirmam que preferem tratar com fármacos também só a prazo (65,9%) mas julgam que os doentes preferem prescrição farmacológica imediata (66,3%). Conclusão: Os profissionais de saúde apresentam a noção de que os doentes, perante um novo problema de saúde, preferem ser tratados de imediato com fármacos. Tal parece não corresponder à noção mais frequentemente expressa por doentes.

**Palavras-chave:** Fármacos, Prescrição, Polifarmacoterapia, Multimorbilidade.

#### ABSTRACT

The excessive consumption of drugs, and polypharmacy, are a serious and relevant problem. Its prevalence has been increasing and will increased more in the future. Drug sales, and medicines use, have been continuously rising on the last few years. In some patients, polypharmacy might be indicated, namely in the multimorbidity context, but it is associated with higher expenses, side effects and worse health outcomes.

With this work, we intended to study and compare the technical (doctors and pharmacists) and population perspective regarding pharmacological treatment induction.

We applied a questionnaire to patients in which they could indicate their preferred approach facing a new health issue and the same questionnaire was applied to professionals, in which they indicated not only their preferred approach to treatment, but also what they thought their patients would prefer.

After descriptive and inferential statistical analysis, we observed that patients' preference is to be only treated with drugs in long term (41.1%), when surely necessary. Professionals also prefer to only treat with drugs in long term (65.9%) but they think patients prefer immediate pharmacological prescription (66.3%). Results indicate that patients and professionals agree in postponing the start of pharmacological treatment when there are doubts or it is not mandatory. On the other hand, healthcare professionals think that patients prefer to be immediately treated with drugs when they search for specialized care. This disagreement may be due to multiple causes and lead to over-treatment, and later become a possible cause for polypharmacy. More studies are necessary to understand the influence of each patient individual factors, technical formation and general public information, to solve this problem that can even increase over-the-counter medication sales. Professionals consider that patients, facing a new health issue, prefer to be immediately treated with drugs. This does not seem to correspond to the will expressed by the majority of patients. This conclusion deserves to be object of reflection by the medical and pharmaceutical community, in order to optimize future therapies.

**Keywords:** Drugs, Prescription, Polypharmacy, Multimorbidity.

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Coimbra, Portugal.

<sup>2</sup> Clínica Universitária de Medicina Geral e Familiar da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

**Autor para correspondência:** André Postiga (Andre\_postiga17@icloud.com); Rua São Pedro Pescador nº4, Vila do Conde, 4480-785.

Submetido/Submitted: 13 março 2019 | Aceite/Accepted: 16 junho 2019

## INTRODUÇÃO

A Medicina e a Farmácia surgiram e existem para, perante um problema na saúde de uma pessoa, novo ou recorrente ou crónico, resolvê-lo ou minorá-lo e devolver o pleno bem-estar físico, mental e social ao doente, ou apenas mitigá-lo. O tratamento de qualquer patologia é como uma viagem em que existem vários caminhos que podem ser tomados e em que, por vezes, é necessário mudar de rumo. Cabe ao médico e ao farmacêutico, com base no seu conhecimento científico e na sua experiência clínica, propor um tratamento e cabe ao doente, aceitar ou não esse caminho, esse tratamento.

Sem dúvida que a via mais utilizada pelos médicos e farmacêuticos para atingir a cura dos seus doentes é a farmacológica. O fármaco é prescrito pelo médico, dispensado pelo farmacêutico e tomado pelo doente, ou aconselhado pelo farmacêutico mediante o diagnóstico de situação.

Mas algo extremamente positivo e eficaz, se mal utilizado, pode transformar-se num problema.

Os dados fornecidos pelo INFARMED sobre o consumo de fármacos e sobre os impactos económicos deste, quer a nível do SNS, quer a nível dos utentes, documentam aumento ano após ano, em volume<sup>1</sup>.

Quando o médico se depara com um novo problema de saúde, após o diagnóstico, tem a tarefa de propor ao doente uma terapêutica. Para cada ato de prescrição, o médico realiza um processo de raciocínio terapêutico. Quando o farmacêutico faz um diagnóstico de situação há também igual processo de raciocínio. No entanto, quais são os fatores que levam ambos os técnicos a optar pela terapêu-

tica farmacológica? Pensarão antes de prescrever em todos os prós e contras desse ato? Pensarão na necessidade e nas expectativas do doente?

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

*Fatores Inerentes ao Técnico:* Existem diversos fatores que pesam na hora do clínico prescrever, nomeadamente a formação científica, as normas orientadoras vigentes, as práticas seguidas por colegas, o marketing e a propaganda, o sistema de prescrição, a medicina baseada na evidência e ainda os fatores inerentes ao próprio doente.

O número de consultas e o número de utentes que cada médico e farmacêutico observa também influenciam a decisão de prescrever pois contactos mais rápidos e frequentes levam a menos tempo com as pessoas. A pressão inerente ao cumprimento de metas temporais ou de produção, poderão influenciar a capacidade de avaliação e de decisão do médico e mesmo do farmacêutico<sup>2</sup>.

A Medicina Geral e Familiar (MGF) e a Farmácia de Oficina (FO) tendo um contato muito próximo com os doentes, são as primeiras fontes a quem “quem sofre, o doente” recorre após o surgimento de um novo problema de saúde. Na sociedade atual, em que as pessoas cada vez mais lutam com a falta de tempo, a prática dos doentes procurarem uma ajuda nas farmácias tem tendência a aumentar até para tentarem obviar a atrasos para ter consulta com médico, em particular quando o julgam mais rápido e adequado num contacto com farmacêutico de oficina.

Assim, perceber quais são os fatores que

levam o médico e o farmacêutico a tentar tratar imediatamente ou mediatamente (após estudos) o doente com medicação prescrita ou, no caso do farmacêutico com a venda de um medicamento não sujeito a receita médica (MNSRM) ou aconselhando a consulta de um médico, deverá ser estudado. Sabe-se que os MNSRM mais utilizados são o paracetamol, AINE's, anti-histamínicos e antagonistas H2 ou inibidores da bomba de prótons<sup>3</sup>.

Fatores como a incidência e a gravidade da doença são chave para tratar uma doença ou uma situação havendo mais à vontade quando a gravidade é baixa e o seu manuseio mais frequente. Quanto ao farmacêutico o “arsenal terapêutico” à disposição, MNSRM, será influenciador da decisão.

*Fatores Inerentes ao Doente:* A Esperança Média de Vida (EMV) em Portugal aumentou substancialmente nos últimos anos, originando mudanças epidemiológicas e demográficas, com a prevalência das doenças crónicas a aumentar<sup>4</sup>.

A Multimorbidade, presença simultânea de duas ou mais doenças crónicas (MM)<sup>5</sup>, altera por completo a abordagem técnica ao doente em si e a cada doença em particular, implicando maior utilização de recursos humanos e financeiros e estimando-se a sua prevalência, em Portugal, em 72,7% da população<sup>6</sup>.

Mais frequente em idosos, população mais vulnerável, a multimorbidade desencadeia polifarmacoterapia<sup>7</sup>. Existem ainda poucos estudos sobre a polifarmacoterapia, mas um estudo na população espanhola concluiu que 97% dos idosos que vivem em lares e 61% dos idosos que vivem em sua casa consomem um fármaco inadequado<sup>8</sup>. A complexidade

ligada à MM acarreta dificuldades na gestão dos cuidados de saúde e das terapêuticas, sendo cada vez mais frequente em cuidados de saúde ambulatoriais<sup>9</sup>.

*Fatores Inerentes aos Cuidados de Saúde e à População:* O facto de ainda haver cerca de 700 mil portugueses sem médico de família<sup>10</sup> impossibilitando um acompanhamento regular, orientado e integrado a todo o doente, função desempenhada maioritariamente pelos médicos de MGF, é um problema que pesa e que pode influenciar o consumo farmacológico (CF). O papel da informação pelos meios de comunicação social e redes sociais, quando não mesmo a “internet”, influenciadores de padrões de hábitos e consumos não deve ser negligenciado e pode interferir com as queixas e assim influir na intensidade da sua apresentação e na pressão colocada sobre os técnicos de saúde, médicos e farmacêuticos, para a sua resolução. De facto, em volume os MNSRM têm vindo a ter grande aumento não sendo, isentos de riscos como Reações Adversas a Medicamentos. O marketing da indústria farmacêutica consegue transmitir mensagens de forma abrangente, apelativa e fácil de entender.

*Erros de Prescrição:* Do acima exposto podem resultar erros de prescrição que devem ser minimizados por táticas como a separação do processo de prescrição de outras tarefas ou distrações na consulta médica e o uso de sistemas eletrónicos de prescrição<sup>11</sup>. Outras ferramentas desenvolvidas para auxiliar o médico no momento da prescrição como a lista de P-drugs, a Lista de BEERS ou critérios STOPP/START são ferramentas cujo objetivo é ajudar o médico a reduzir a pres-

crição potencialmente inapropriada<sup>11</sup>. Todos os fatores acima descritos como indutores do consumo farmacológico concorrem para um final comum – a polifarmacoterapia definida como “o consumo crónico de cinco ou mais fármacos”, sendo esta considerada excessiva a toma de dez ou mais fármacos<sup>12</sup>.

A polifarmacoterapia é atualmente um problema de saúde à escala global. Nos Estados Unidos da América, local onde esta problemática tem sido alvo de um maior número de estudos, estimou-se que a prescrição inadequada seria causa de gastos no valor de 7,2 mil milhões de dólares<sup>13</sup>.

A polifarmacoterapia é um problema cuja responsabilidade poderá ser atribuída aos prescritores e, também, aos doentes. Os médicos contribuem para a polifarmacoterapia sempre que prescrevem de forma excessiva e/ou desadequada, quando tratam efeitos adversos de fármacos prescrevendo outros fármacos ou quando continuam tratamentos que já não são necessários. Os farmacêuticos de oficina contribuem cedendo mais medicamentos pelas razões acima ou mesmo por, ao perceberem o problema não intervirem ou referenciar a pessoa ao médico ou quando vendem um medicamento sujeito a receita médica sem receita, quando vendem um MNSRM sem saber o esquema terapêutico prévio do doente ou sem este trazer benefício ao doente. Por sua vez os doentes geram polifarmacoterapia quando se automedicam<sup>14</sup>.

A polifarmacoterapia assume tanto maior gravidade quanto maior for o número absoluto de fármacos, o tempo de utilização e a dose prescrita<sup>15</sup>. A racionalização da polifarmacoterapia constitui uma medida de prevenção quater-

nária<sup>11</sup>.

A prática de medicina centrada no doente assente na perspetiva biopsicossocial é de extrema importância com o objetivo de promover uma maior educação populacional e assim, envolver o doente na decisão partilhada<sup>16</sup>.

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

De igual forma há pressão exercida sobre farmacêuticos de oficina para a cedência de medicamentos pois a informação pública por meios de comunicação social acicata o consumo de produtos para a melhoria da qualidade de vida.

Outro aspeto a melhorar na gestão da polifarmacoterapia é a comunicação entre profissionais de saúde. Uma comunicação adequada entre os diversos profissionais de saúde com que o doente irá contactar permitirá que os tratamentos e cuidados recebidos por um doente não sejam tão compartimentalizados, desordenados e por vezes, sobreponíveis.

Alguns estudos sobre a intervenção de farmacêuticos na gestão do plano terapêutico de doentes sugerem uma di-

minuição dos gastos<sup>17,18</sup> e um aumento da segurança<sup>18</sup>.

Assim, este estudo tem como objetivos o estudo da perspectiva de doentes, médicos e farmacêuticos quanto ao raciocínio relativo à indução de terapêutica farmacológica, imediata, ou mediata e ainda, no caso dos profissionais, qual a que estes julgam ser a opinião dos doentes.

### **Métodos**

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

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

O questionário preenchido por médicos e farmacêuticos apresentava uma seção com informações sobre sexo e idade e pedia-se ao profissional de saúde que, tal como no seu dia-a-dia clínico realizava, atribuísse um número por ordem decrescente de preferência, a três possíveis condutas que pudessem ser tomadas relativas ao tratamento farmacológico quando um doente procurava a sua ajuda por um novo problema de saúde. Existia também um espaço de resposta aberta em que o profissional poderia in-

dicar outra abordagem que preferisse. Em seguida, pedia-se ao profissional que preenchesse de igual modo a pergunta anterior, mas agora com a ordem de preferência que julgava ser a do doente. Incluiu-se no final do questionário de todos os participantes um espaço de opinião em que cada participante avaliava a dificuldade e a perçetibilidade do questionário.

A participação no estudo foi voluntária após uma breve explicação dos objetivos de preenchimento de questionário anónimo e confidencial, após assinatura de consentimento informado. O projeto do trabalho foi submetido à Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde (ARS) do Centro tendo o parecer sido favorável.

A colheita de respostas decorreu durante o mês de dezembro de 2018, em papel e também em formato digital. A amostra de UCS foi colhida sobretudo à porta de Centros de Saúde da região de Coimbra e também através da distribuição de questionários em Vila do Conde e Póvoa de Varzim. A amostra de médicos e farmacêuticos obteve-se por contacto direto com centros de saúde e farmácias comunitárias e também através de suporte informático (correio eletrónico e redes sociais). Foram obtidas 504 respostas válidas (253 de UCS, 150 de médicos e 102 de FO).

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

Foi verificada a normalidade dos dados através do Teste de Kolmogorov-Smir-

nov e realizada estatística descritiva e inferencial esta com os testes não para-métricos U de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para significância  $p < 0,03$ .

### Resultados

A amostra é predominantemente do sexo feminino 186 (73,5%), com uma idade média de 39,3 anos, e que sofre maioritariamente entre 1 a 2 patologias (média 1,42) e toma entre 1 a 2 fármacos (média de 1,51). Não se verificam

diferenças nestas variáveis segundo o sexo. segundo a Tabela I. A idade média do homem era de  $43,0 \pm 17,5$  e a da mulher de  $38,0 \pm 15,4$  anos ( $p = 0,048$ ). O homem refere ter prescritos em média  $1,91 \pm 0,29$  medicamentos e a mulher  $1,90 \pm 0,29$  ( $p = 0,957$ ). Quanto a doenças classificadas pela Classificação ICPC2 o homem refere  $1,65 \pm 0,93$  e a mulher  $1,67 \pm 0,98$  ( $p = 0,785$ ).

A maioria dos doentes toma um ou nenhum fármaco por dia (67,7%). A

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

	Idade (*)	n patologias (**)	n fármacos (***)
n	253	253	253
Média	39,30	1,7	1,51
Desvio Padrão	16,12	0,96	1,90

Nota (\*)  $p = 0,048$ ; (\*\*)  $p = 0,785$ ; (\*\*\*)  $p = 0,957$  (U de Mann-Whitney).

incidência de polifarmacoterapia,  $\geq 5$  medicamentos, é de 9,1% ( $p = 0,592$  por sexos). A multimorbilidade,  $\geq 2$  doenças em simultâneo e de forma crónica, é de 50,3% ( $p = 0,325$  por sexos). No sexo masculino verifica-se uma média de  $1,65 \pm 0,93$  classificações ICPC2 e de  $1,58 \pm 1,88$  fármacos por dia e no sexo feminino de  $1,67 \pm 0,98$  e de  $1,48 \pm 1,90$ , respetivamente.

Segundo a Tabela II, 30,43% das pessoas afirma ter uma patologia que se enquadra na classe V – Transtornos Mentais ou Comportamentais. Este número é preocupante e deve merecer atenção visto que cada vez mais as doenças do foro mental são medicadas precocemente e muitas vezes de um modo excessivo.

Segundo a tabela III, os UCS pare-

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

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

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

que preferissem sendo de destacar que apenas 13 doentes o fizeram sendo a preferência mais marcada para Tratamentos Naturais em 5 respostas (2% do total da amostra).

Inquiridos sobre o grau de dificuldade de resposta verificou-se que para 84,6% da amostra este era fácil, sendo intermédio para 14,6%. A análise da percetibilidade do questionário foi de percetível para 82,2% e de confuso para 4,3%, respondendo os restantes ter grau intermédio

**Tabela III.** Opção de tratamento aquando da apresentação de queixas por parte do doente

Opção A – Ser tratado imediatamente com fármacos.	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1 – Abordagem preferida	15 (22,4)	31 (16,7)	46 (18,2)
2 – Abordagem intermédia	14 (20,9)	38 (20,4)	52 (20,6)
3 – Abordagem menos pretendida	38 (56,7)	117 (62,9)	155 (61,3)
Total	67 (100,0)	186 (100,0)	253 (100,0)
<b>Opção B – Ser tratado com fármacos apenas após exames complementares de diagnóstico ou outros.</b>			
1 – Abordagem preferida	29 (43,3)	74 (39,8)	103 (40,7)
2 – Abordagem intermédia	33 (49,3)	99 (53,2)	132 (52,2)
3 – Abordagem menos pretendida	5 (7,5)	13 (7,0)	18 (7,1)
Total	67 (100,0)	186 (100,0)	253 (100,0)
<b>Opção C – Ser tratado mediatamente (aguardar e observar evolução do problema sendo medicado apenas passado algum tempo, se persistência do problema).</b>			
1 – Abordagem preferida	23 (34,3)	81 (43,5)	104 (41,1)
2 – Abordagem intermédia	20 (29,9)	49 (26,3)	69 (27,3)
3 – Abordagem menos pretendida	24 (35,8)	56 (30,1)	80 (31,6)
Total	67 (100,0)	186 (100,0)	253 (100,0)

$p < 0,001$

de percetibilidade.

A análise estatística em função do sexo

não revelou diferenças significativas conforme a tabela IV.

**Tabela IV.** Análise inferencial em função do sexo

Variável	Idade	n fármacos	n patologias	Opção A	Opção B	Opção C	Dificuldade	Percetibilidade
<i>p</i>	0,048	0,96	0,22	0,31	0,69	0,21	0,31	0,22

A amostra de profissionais de saúde, médicos e farmacêuticos, tem uma idade média de  $36,0 \pm 11,1$  anos.

Na Tabela V é fornecida a distribuição

por classe profissional do sexo tendo sido obtidas respostas de 150 médicos e 102 farmacêuticos, maioritariamente do sexo feminino.

**Tabela V.** Análise da idade da amostra de profissionais de saúde segundo o sexo

	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Médico	50 (78,1)	100 (53,2)	150 (59,5)
Farmacêutico	14 (21,9)	88 (46,8)	102 (40,5)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

$p < 0,001$

Na Tabela VI apresentam-se os dados sobre a preferência atribuída pelos profissionais de saúde às possíveis abordagens. A abordagem preferida dos profissionais parece ser a opção C, sendo a opção B a mais votada como segunda opção (60,7) e a opção A a menos pretendida (82,9), o que indica que os profissionais preferem não medicar rapidamente os novos problemas de saúde que surgem. É significativamente diferente a opção de abordagem entre MDF e FO para as opções B ( $p < 0,001$ ) e opção

C ( $p < 0,001$ ). A opção A não revela diferenças com  $p = 0,258$ , U de Mann-Whitney.

Também os profissionais puderam indicar uma outra abordagem, num campo de resposta aberta, sendo exaradas respostas por 36 profissionais sendo a resposta mais indicada pelos profissionais “depende da situação clínica (8,3%)”. Importa também realçar para os objetivos do estudo a resposta “satisfação do doente” que foi indicada por três profissionais (1,2%).

**Tabela VI.** Opções de tratamento pela apresentação de queixas por um doente

Opção A – Tratar imediatamente com fármacos	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1 – Abordagem preferida	3 (4,7)	8 (4,3)	11 (4,4)
2 – Abordagem intermédia	9 (14,1)	23 (12,2)	32 (12,7)
3 – Abordagem menos pretendida	52 (81,3)	157 (83,5)	209 (82,9)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)
Opção B – Tratar com fármacos apenas após algum tempo (após exames complementares de diagnóstico ou após recomendar visita ao médico).			
1 – Abordagem preferida	17 (26,6)	58 (30,9)	75 (29,8)
2 – Abordagem intermédia	42 (65,5)	111 (59,0)	153 (60,7)
3 – Abordagem menos pretendida	5 (7,8)	19 (10,1)	24 (9,5)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)
Opção C – Tratar com fármacos apenas a longo prazo (aguardar evolução e medicar apenas se o problema persistir ou agravar).			
1 – Abordagem preferida	44 (68,8)	122 (64,9)	168 (65,9)
2 – Abordagem intermédia	13 (20,3)	55 (29,3)	68 (27,0)
3 – Abordagem menos pretendida	7 (10,9)	11 (5,9)	18 (7,1)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

$p < 0,001$

Perguntada a perspetiva que os profissionais tinham quanto à que seria a dos doentes, Tabela VII, percebemos que a opção preferida pelos doentes é a opção A – ser tratado imediatamente com fármacos (66,3%). A opção B – ser tratado com fármacos após ECD ou outros é vista como a preferência intermédia dos doentes (62,7%). A opção C – ser tratado imediatamente na perspetiva dos profissionais de saúde é a que os doentes menos preferem (63,1%). Entre profissionais verifica-se diferença por opção

terapêutica do doente quanto às opções B (Ser tratado com medicamentos após exames complementares de diagnóstico ou outros,  $p < 0,001$  e C (Ser tratado imediatamente - aguardar e observar evolução do problema sendo medicado apenas se necessário,  $p < 0,017$ ) U de Mann-Whitney. A opção A não tem diferença significativa com  $p = 0,061$ . Contrastando a diferença em função do sexo do profissional MGF e FO não se encontram diferença com significado para as três opções com, respetivamente opção

**Tabela VII.** As opções julgadas pelos profissionais de saúde como sendo as dos doentes

Opção A – Ser tratado imediatamente com fármacos	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
1 – Abordagem preferida	39 (60,9)	128 (68,1)	167 (66,3)
2 – Abordagem intermédia	13 (20,3)	28 (14,9)	41 (16,3)
3 – Abordagem menos pretendida	12 (18,8)	32 (17,0)	44 (17,5)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)
Opção B – Ser tratado com fármacos apenas após exames complementares de diagnóstico ou outros.			
1 – Abordagem preferida	13 (20,3)	32 (17,0)	45 (17,9)
2 – Abordagem intermédia	39 (60,9)	119 (63,3)	158 (62,7)
3 – Abordagem menos pretendida	12 (18,8)	37 (19,7)	49 (19,4)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)
Opção C – Ser tratado mediatamente (aguardar e observar evolução do problema sendo medicado apenas passado algum tempo, se persistência do problema).			
1 – Abordagem preferida	12 (18,8)	28 (14,9)	40 (15,9)
2 – Abordagem intermédia	12 (18,8)	41 (21,8)	53 (21,0)
3 – Abordagem menos pretendida	40 (62,5)	119 (63,3)	159 (63,1)
Total	64 (100,0)	188 (100,0)	252 (100,0)

 $p < 0,001$ 

A  $p=0,354$ ; opção B= $0,635$  e opção C  $p=0,77$ .

### Discussão

Estão descritas algumas formas de minorar a polifarmacoterapia como, capacitar os profissionais de saúde na gestão do processo terapêutico, a obrigação de justificar uma polimedicação acima de 5 fármacos e ainda, a integração de informação adequada entre os diferentes prestadores de cuidados como indica a

Norma da DGS para o envelhecimento ativo e saudável de 2017<sup>19</sup>. Estratégias como rever frequentemente a medicação dos doentes<sup>20</sup>, a criação de equipas multidisciplinares com a presença de farmacêuticos<sup>17,18</sup>, a elaboração de um plano terapêutico para cada doente tendo em conta não só as suas patologias mas também a sua esperança de vida e o ganho que poderá vir a ter com a prescrição<sup>21</sup> e ainda, a utilização de ferramentas capazes de identificar prescrição

potencialmente inadequada sobretudo na população idosa são estratégias já estudadas para minimizar a polifarmacoterapia<sup>17</sup>.

Mas os estudos existentes sobre este tema, focam-se sobretudo na população idosa quando a polifarmacoterapia já está estabelecida. Assim, pretendíamos estudar o processo de decisão para a abordagem terapêutica perante um novo problema de saúde para poder estudar e atuar numa fase mais precoce do processo.

As respostas dos UCS à pergunta em que avaliávamos a sua preferência na abordagem a um novo problema de saúde mostrou que, maioritariamente, os UCS preferem uma abordagem não farmacológica *ab initio* (81,9%), sendo que apenas 18,1% afirma que prefere como medida inicial ser medicado. Uma terapêutica a realizar a prazo com seguimento e monitorização do problema (41,1%) ou abordar o problema de uma forma intermédia com a realização de ECD (40,7%) são o que o doente prefere. A opção de uma abordagem a longo prazo, apesar de ser a que mais pessoas preferem (41,1%), para uma parte significativa (31,6%) é a que menos agrada. Isto demonstra que para cerca de 1/3 da população, o profissional de saúde propor uma abordagem a longo prazo sem prescrição farmacológica ou pedido de ECS, a um novo problema de saúde é algo que deixa o doente insatisfeito ou desconfortável.

Estes dados realçam ainda mais a necessidade dos profissionais de saúde, fomentarem uma correta relação com o doente, ouvindo as preocupações destes, usando uma linguagem acessível e perceptível ao doente, explicando que por

vezes, perante determinados problemas a conduta mais indicada e com maior benefício para o doente é apenas vigiar e monitorizar e que proceder de outro modo seria provocar iatrogenia e efeitos indesejados nos doentes.

Para comparar estes dados com a perspectiva profissional, colhemos uma amostra de 252 profissionais de saúde (150 médicos e 102 farmacêuticos), maioritariamente do sexo feminino e com uma idade média de 36,0 anos. Procuramos que a amostra de profissionais fosse, em número, semelhante à amostra de UCS. Os profissionais afirmam que medicar imediatamente o doente é a abordagem que menos preferem neste contexto (82,9%). Apenas 4,4% prefere prescrever um fármaco de imediato. Uma abordagem a médio prazo, com realização de ECD no caso do médico ou recomendar a visita a um médico no caso dos farmacêuticos, recolhe a preferência intermédia na maioria dos profissionais (60,7%). Por fim, abordar o problema numa perspectiva de longo prazo é a opção preferida dos profissionais (65,9%). Estes dados confirmam que os profissionais de saúde reconhecem que a prescrição deve ser um processo ponderado, ajustado às necessidades e que estão alertados para os perigos inerentes, optando assim por prescrever quando a indicação clínica é segura e fundamentada.

Comparando as respostas de médicos e farmacêuticos em relação à abordagem a médio e longo prazo, existiram diferenças significativas. Enquanto que para os médicos a abordagem a longo prazo é a preferida para 71,3% e a de médio prazo é a de preferência intermédia para 70,0%, os farmacêuticos praticamente dividem as duas preferências iniciais en-

tre estas duas abordagens. A abordagem a longo prazo é a preferida para 48,0% e a abordagem intermédia para 45,1% dos farmacêuticos. De igual modo, a abordagem a médio prazo constitui a preferida para 48% e a intermédia para 45,1% dos profissionais de farmácia. Esta preferência dos farmacêuticos pode ser explicada pelo facto de diagnosticar ser uma função médica e não farmacêutica e assim, o farmacêutico sentir-se mais seguro e confortável ao recomendar ao doente que seja visto pelo médico ao invés de comunicar ao doente que o seu problema não necessita, pelo menos para já, de tratamento. Assim, e tendo em conta que os doentes muitas vezes a primeira ajuda que procuram é na farmácia, torna-se necessário uma correcta formação e capacitação dos farmacêuticos para reconhecer sinais de alarme ou gravidade de modo a realizar uma melhor compreensão das necessidades imediatas dos doentes. O farmacêutico ter a capacidade de recomendar uma visita médica ou não poderá ser algo extremamente importante na gestão dos doentes e dos cuidados de saúde.

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

A perspectiva que os profissionais atribuíram aos doentes apresentou

grandes diferenças em relação às respostas que cada grupo deu em relação a si. Este estudo enquadra-se, sobretudo, nas situações de dúvida em que não existe evidência clara de adotar uma abordagem mais imediata ou pelo contrário, uma abordagem mais a longo prazo. Os profissionais na sua prática clínica depararam-se, frequentemente, com situações em que são igualmente válidas diferentes abordagens. Nestes casos, medicar imediatamente os doentes ou pelo contrário, tentar antes instituir medidas não farmacológicas como mudanças do estilo de vida, poderá ser igualmente válido e com este estudo tentamos identificar alguns fatores que poderão culminar num ou outro caminho, segundo a preferência dos doentes, médicos e farmacêuticos.

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

### **Conclusão**

A polifarmacoterapia é um problema

grave, que está a aumentar e que no futuro será um grande desafio para a área da saúde.

Adiar a prescrição em casos de dúvida ou *borderline* é algo que todos os intervenientes dizem preferir no processo terapêutico. Contudo, os profissionais afirmam que os doentes preferem uma terapêutica farmacológica imediata. Este fator poderá ser indutor de prescrição e a longo prazo gerador de polifarmacoterapia.

## REFERÊNCIAS

1. Relatórios Anuais - INFARMED. Disponível em: [www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/estatistica-anual/relatorios-anuais](http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/monitorizacao-mercado/estatistica-anual/relatorios-anuais). Acedido em 19/12/2018.
2. Vancelik S, Beyhun NE, Acemoglu H, Calikoglu O. Impact of pharmaceutical promotion on prescribing decisions of general practitioners in Eastern Turkey. *BMC Public Health*. 2007;7:1–8.
3. Jansen PAF, Brouwers JRB. Clinical Pharmacology in Old Persons. *Hindawi Publ Corp Sci*. 2012;1.
4. PORDATA-Esperança Média de Vida. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-1260>. Acedido em 22/01/2019.
5. Ording AG, Sorensen HT. Concepts of comorbidities, multiple morbidities, complications, and their clinical epidemiologic analogs. *Clin Epidemiol*. 2013;5(1):199–203.
6. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(9).
7. LeSage J. Polypharmacy in geriatric patients. *Nurs Clin north Am*. 1991;
8. Villares P, Patiño FB, Letona JML de, Jiménez A. El paciente anciano polimedicado: Efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. 2015;(January 2005).
9. Broeiro P. Multimorbidade e comorbidade: duas perspectivas da mesma realidade. *Rev Port Med Geral Fam*. 2015;31:158–60.
10. Falta Médicos Família em Portugal. *Revista Sábado*. Disponível em: [www.sabado.pt/portugal/detalhe/portugueses-sem-medico-de-familia-tiram-o-sono-a-secretario-de-estado](http://www.sabado.pt/portugal/detalhe/portugueses-sem-medico-de-familia-tiram-o-sono-a-secretario-de-estado). Acedido a 27/12/2018.
11. Broeiro P, Maio I, Ramos V. Polifarmacoterapia: estratégias de racionalização. *Rev Port Clin Geral*. 2008;24:625–31.
12. Díez-Manglano J, Giménez-López M, Garcés-Horna V, Sevil-Puras M, Castellar-Otín E, González-García P, et al. Excessive polypharmacy and survival in polypathological patients. *Eur J Clin Pharmacol*. 2015;June.
13. Fu AZ, Jiang JZ, Reeves JH, Fincham JE, Liu GG, Perri M. Potentially Inappropriate Medication Use and Healthcare Expenditures in the US Community-Dwelling Elderly. *Med Care*. 2007;
14. Turpin C, Dear M, Walters P. Louisiana Drug Utilization Review (LADUR) Education. Polypharmacy: consequences and management.
15. Galvão C. O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a pres-

crição. *Rev Port Med Geral e Fam.* 2006;22(6):747–52.

16. Melo M. A prevenção quaternária contra os excessos da Medicina. *Rev Port Clin Geral.* 2007;23:289–93.

17. Campins L, Serra-Prat M, Palomera E, Bolibar I, Martínez MÀ, Gallo P. Reduction of pharmaceutical expenditure by a drug appropriateness intervention in polymedicated elderly subjects in Catalonia (Spain). *Gaceta.* 2017;

18. Tasaka Y, Tanaka A, Yasunaga D, Asakawa T, Araki H, Tanaka M. Potential drug-related problems detected by routine pharmaceutical interventions: safety and economic contributions made by

hospital pharmacists in Japan. *J Pharm Heal Care Sci.* 2018;4(1):33.

19. Norma da Direção Geral da Saúde – Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Disponível em: [www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf](http://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf). Acedido a 10/01/2019.

20. Christensen M, Lundh A. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(2).

21. Costa JPV da, Veríssimo PMTM. Consequências da polimedicação em doentes idosos em ambulatório. Tese Mestr. Área Científica Geriatr. 2014;