



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Ciências da Saúde

# Gestão e percepção da polifarmacoterapia pelos consulentes

**José Guilherme Teixeira Gonçalves Pereira**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(Ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago

Covilhã, Abril de 2017



# Dedicatória

À minha família, aos meus amigos e à minha namorada.



# Agradecimentos

Ao meu orientador, o Prof. Doutor Luiz Miguel Santiago, pela celeridade, dedicação e paciência, e acima de tudo, por demonstrar que a distância não é obstáculo.

Ao André pelo apoio e constante incentivo.

À Rita pela revisão ortográfica e pelo encorajamento.

À Bárbara Costa por toda a ajuda prestada.

A todas as pessoas que, de forma altruísta e prestável, contribuíram e participaram neste estudo.

Aos meus familiares e amigos.



## Resumo

**Introdução:** A polifarmacoterapia, definida na maioria da literatura científica, como o consumo crónico de 5 ou mais fármacos, torna-se cada vez mais frequente num Portugal cada vez mais envelhecido. Acarreta inúmeros riscos, principalmente na faixa etária onde é mais prevalente, os idosos. Torna-se, assim, necessário perceber o que pensam os consulentes dos medicamentos que tomam e dos médicos que os receitam e, de que forma isso influencia a sua adesão terapêutica.

**Objectivos:** Este estudo teve como objectivo avaliar a polifarmacoterapia, a adesão à terapêutica e a percepção sobre os medicamentos de frequentadores do Centro de Saúde da Covilhã.

**Materias e métodos:** Estudo de carácter observacional e transversal, no qual se usaram as ferramentas Escala de Adesão à Medicação de Morisky de 4 itens e o Beliefs about Medicines Questionnaire-Geral, a serem distribuídos por 80 pessoas, na sala de espera do Centro de Saúde da Covilhã. Registaram-se também dados sociodemográficos e outras informações sobre morbilidades e medicação.

**Resultados:** Numa amostra populacional onde se destaca o sexo feminino, idade >65 anos e o grau de instrução baixo, verificou-se que mais de metade da população apresenta uma adesão terapêutica de grau médio. Uma grande porção da amostra cumpre também critérios de multimorbilidade e de polifarmacoterapia. Ao mesmo tempo, 47,5% apresentaram um score abaixo da mediana na subescala Harm, enquanto que 36% apresentaram este resultado na escala Overuse no Beliefs about Medicines Questionnaire-Geral. Nesta população, observou-se que as subescalas Harm e Overuse do questionário supracitado, apresentam correlação estatística significativa com os graus de adesão calculados recorrendo à Escala de Adesão à Medicação de Morisky de 4 itens ( $p=0,005$  e  $p=0,01$ ). Por sua vez, a idade e o número de doenças apresentam correlação com o número de medicamentos por dia ( $p=0,013$  e  $p<0,001$ ).

**Discussão e conclusão:** Nesta amostra é possível afirmar que as concepções e percepções, por parte dos consulentes, quanto à sua farmacoterapia e aos seus médicos assistentes, influenciam fortemente a adesão à terapêutica. Surge, assim, uma oportunidade de promover a saúde dos consulentes e melhorar o prognóstico das doenças crónicas de que padecem, através da educação e da maior partilha de informação farmacoterapêutica, com vista a desmistificar preconceitos e incentivar a adesão. No entanto, o grau de polifarmacoterapia é preocupante e deve ser avaliada a utilidade e benefício dos diferentes fármacos na mesma pessoa.



# Palavras-chave

Medicina Geral e Familiar (MGF); polifarmacoterapia; consulentes/doentes; Escala de Adesão à Medicação de Morisky de 4 itens (MMAS-4); Beliefs about Medicines Questionnaire-Geral (BMQ-Geral)



## Abstract

**Introduction:** Polypharmacy, defined in the majority of scientific literature, such as chronically consuming 5 or more drugs, is becoming more frequent in an increasingly aging Portugal. It entails numerous risks, especially in the age group where it is most prevalent, the elderly. It is therefore necessary to understand what patients think of the medicines they take and the doctors who prescribe them, and in what way, this influences their therapeutic adherence.

**Objectives:** The aim of this study was to evaluate polypharmacy, adherence to therapy and perception about the medicines of patients attending the Covilhã Health Center.

**Materials and methods:** An observational and cross-sectional study was carried out, using Morisky Medication Adherence Scale of four items and the Beliefs about Medicines Questionnaire-General, to be distributed by 80 people, in the waiting room of the Covilhã Health Center. Sociodemographic data and other information on morbidity and medication were also recorded.

**Results:** In a population sample where it stands out the female gender, age > 65 years and low education level, it was verified that more than half of the population is considered to be of medium therapeutic adherence. A large portion of the sample also meets criteria for chronic multimorbidity and polypharmacy. At the same time, 47.5% presented a score below the median in the Harm subscale, while 36% presented this result on the Overuse scale of Beliefs about Medicines Questionnaire-General. In this population, it was observed that the Harm and Overuse subscales of the abovementioned questionnaire, presented a statistically significant correlation with the degrees of adhesion calculated using the Morisky Medication Adherence Scale of four items ( $p=0.005$  and  $p=0.01$ ). In turn, age and number of diseases correlate with the number of medications per day ( $p=0.013$  and  $p<0.001$ ).

**Discussion and conclusion:** In this sample it is possible to affirm that consultants' conceptions and perceptions regarding their pharmacotherapy and their attending physicians strongly influence therapeutic adherence. An opportunity exists here to promote the health of patients and to improve the prognosis of the chronic diseases they suffer through education and greater sharing of pharmacotherapeutic information in order to demystify prejudices and encourage adherence. However, the degree of polypharmacy is of concern and the usefulness and benefit of different drugs in the same person should be evaluated.



# Keywords

Family and General Medicine (FGM); Polypharmacy; Consultants/patients; Morisky Medication Adherence Scale of four items (MMAS-4); Beliefs about Medicines Questionnaire-General (BMQ-General)



# Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vii
Palavras-chave.....	ix
Abstract.....	xi
Keywords.....	xiii
Lista de Tabelas.....	xvii
Lista de Gráficos.....	xix
Lista de Figuras.....	xxi
Lista de Acrónimos.....	xxiii
1. Introdução.....	1
1.1. Multimorbilidade crónica e polifarmacoterapia.....	1
1.1.1. O papel do Clínico e a adesão terapêutica.....	1
1.1.2. Definição de polifarmacoterapia.....	2
1.1.3. Consequências da polifarmacoterapia.....	2
1.1.4. Realidade portuguesa.....	3
1.2. Objectivos do trabalho.....	4
2. Materiais e métodos.....	5
2.1. Tipo de estudo e critérios de inclusão.....	5
2.2. Método de recolha de dados.....	5
2.3. Cálculo amostral.....	6
2.4. Local do estudo e autorizações.....	6
2.5. Apresentação do estudo e consentimento informado.....	6
2.6. Análise estatística.....	7
3. Resultados.....	8
3.1. Determinantes sociodemográficos e informação geral sobre a medicação.....	8
3.2. Escala de adesão terapêutica MMAS-4.....	11
3.3. BMQ-Geral.....	12
3.4. Influência na adesão terapêutica.....	14
3.5. Polifarmacoterapia.....	16

4.	Discussão .....	18
4.1.	Determinantes sociodemográficos e informação geral sobre a medicação .....	18
4.2.	MMAS-4.....	19
4.3.	BMQ-Geral.....	19
4.4.	Influência na adesão terapêutica .....	20
4.5.	Polifarmacoterapia .....	21
4.6.	Limitações e pontos fracos do estudo.....	21
5.	Conclusão .....	22
	Bibliografia .....	24
	Anexos .....	26
	Anexo 1 – Consentimento informado .....	26
	Anexo 2 – Determinantes sociodemográficos e informação geral sobre a medicação .....	28
	Anexo 3 – MMAS- 4 e BMQ-Geral.....	29
	Anexo 4- Autorização da ARS Centro .....	30

## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra.....	8
Tabela 2 - “Quantas doenças julga que tem?” .....	8
Tabela 3 - Número de diferentes medicamentos e comprimidos diários .....	10
Tabela 4 - Resultados MMAS-4 .....	11
Tabela 5 - Resultados BMQ-Geral .....	12
Tabela 6 - Resultados do Score Harm e Score Overuse.....	13
Tabela 7 - Valores estatísticos das variáveis em função da adesão.....	14
Tabela 8 - Valores estatísticos das variáveis em função do número de fármacos.....	16
Tabela 9 - Associação entre o nº de fármacos e o nº de doenças .....	16
Tabela 10 - Associação entre o nº de fármacos/dia e a idade .....	17



## Lista de Gráficos

Gráfico 1 - “Para que doenças toma medicação?” .....	9
Gráfico 2 - Percentagem de consulentes com HTA para além doutra patologia.....	10
Gráfico 3 - Grau de adesão terapêutica .....	11
Gráfico 4 - Score Harm em função do grau de adesão .....	14
Gráfico 5 - Score Overuse em função do grau de adesão .....	15
Gráfico 6 - Associação entre o nº de fármacos/dia e a idade.....	17



# Lista de Figuras

Figura 1- Exemplo da cascata de prescrição. ....	2
Figura 2 - Prevalência de doenças crónicas na população portuguesa. ....	3



## Lista de Acrónimos

<b>MMAS-4</b>	Morisky Medication Adherence Scale de 4 itens
<b>BMQ-Geral</b>	Beliefs about Medicines Questionnaire-Geral
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>ARS</b>	Administração Regional de Saúde
<b>AceS</b>	Agrupamento de Centros de Saúde
<b>AVC</b>	Acidente vascular cerebral
<b>HTA</b>	Hipertensão arterial
<b>DCV</b>	Doença cardiovascular
<b>DP</b>	Doença pulmonar
<b>DM</b>	Diabetes mellitus
<b>MGF</b>	Medicina Geral e Familiar



# Capítulo 1

## 1. Introdução

### 1.1. Multimorbilidade crónica e polifarmacoterapia

A multimorbilidade crónica verifica-se quando um indivíduo padece de duas ou mais doenças crónicas.<sup>1</sup> Com o aumento da esperança média de vida à escala mundial, a prevalência de doenças crónicas também tem vindo a aumentar. Dados mais antigos, estimavam que cerca de metade da população mundial apresentava duas ou mais patologias crónicas.<sup>2</sup>

Frequentemente, a multimorbilidade acompanha-se de polifarmacoterapia e a razão porque tal acontece é expectável. O cuidado do doente pluripatológico é atribuído a vários e diferentes especialistas e, este facto, por si só, implica uma prestação de cuidados de saúde fragmentada com probabilidade de falhas de comunicação e maior risco do esquema terapêutico do doente não ser devidamente avaliado e monitorizado.<sup>3</sup> Simultaneamente, os diferentes médicos tratam cada doença individualmente, tendo como base os efeitos na patologia, acabando o doente por assumir um papel secundário.<sup>4</sup>

#### 1.1.1. O papel do Clínico e a adesão terapêutica

Estima-se que aproximadamente 50% dos consulentes não tomem a medicação como foi prescrita<sup>5</sup> e, num estudo realizado em Lisboa, constatou-se que perto de 82,5% da amostra, nem sequer reconhecia os fármacos que tomava<sup>6</sup>. Com a falta de adesão e consequente desequilíbrio terapêutico das morbilidades, surgem outros problemas com implicações negativas tanto no prognóstico da doença como com gastos associados aos serviços de saúde.<sup>7</sup>

Compete assim ao clínico de Medicina Geral e Familiar, o principal cuidador médico destes consulentes com múltiplas morbilidades<sup>8</sup>, considerar sempre as consequências associadas à terapia, envolvendo ao mesmo tempo os consulentes no processo de forma a promover a adesão.<sup>7</sup>

### 1.1.2. Definição de polifarmacoterapia

A polifarmacoterapia assume inúmeras definições na literatura médica, mas a mais consensual é o uso crônico de 5 ou mais fármacos. Pode falar-se de polifarmacoterapia excessiva na presença da toma de 10 ou mais fármacos.<sup>9</sup> Outros significados, comumente atribuídos, são a duplicação da medicação, uso de fármacos inapropriados ou uma discrepância entre o diagnóstico e o tratamento prescrito.<sup>10</sup> Para além de consulentes com multimorbidade e idades mais avançadas, figuram entre os grupos de risco consulentes do sexo feminino, com baixos níveis educacionais, institucionalizados e que recorrem, frequente, aos serviços de saúde.<sup>9,11</sup>

### 1.1.3. Consequências da polifarmacoterapia

O doente padrão polimedicado é um indivíduo em idade geriátrica. Nestes pacientes as complicações devidas à polifarmacoterapia são mais frequentes e têm maior gravidade. Por um lado, ocorre uma alteração da farmacocinética dos fármacos, por redução da capacidade de depuração hepática e renal, e aumento do volume de distribuição para fármacos lipossolúveis. Por outro lado, a farmacodinâmica é também alterada, visto que a resposta dos órgãos aos diferentes fármacos é atenuada.<sup>12</sup>

Evidentemente, os riscos mais frequentes da polifarmacoterapia serão as interações medicamentosas e o aumento do risco de efeitos adversos dos fármacos.<sup>13</sup> A “cascata de prescrição” é um fenómeno muito prevalente nestes casos e, está presente quando um efeito adverso do fármaco é entendido e tratado como uma complicação da patologia de base.<sup>12</sup>

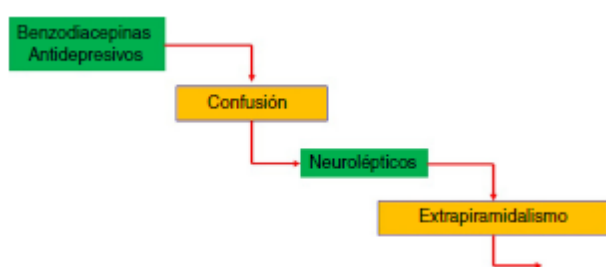


Figura 1- Exemplo de cascata de prescrição<sup>12</sup>.

A adesão terapêutica tem tendência a diminuir enquanto os custos associados aos cuidados de saúde aumentam. A somar a tudo isto, está provado que acarreta diminuição da capacidade funcional do indivíduo assim como predispõe a vários síndromes geriátricos, já que aumenta o risco de quedas, incontinência urinária e desnutrição.<sup>13</sup> Em última análise, comprovou-se, inclusivamente até, que a polifarmacoterapia está associado a um aumento do risco de mortalidade.<sup>9,14</sup>

### 1.1.4. Realidade portuguesa

A realidade portuguesa não foge à regra da restante população mundial. A pirâmide demográfica está cada vez mais regressiva e estima-se que no ano 2050 a população idosa (65 anos ou mais) alcance 32% da população geral.<sup>15</sup>

Não se sabe com certeza a prevalência de polifarmacoterapia em Portugal, já que a literatura é um pouco escassa e apenas se encontram estudos locais.<sup>16</sup> Num desses estudos, realizado em dois centros de saúde de Lisboa, concluiu-se que a polifarmacoterapia major (5 ou mais fármacos) tem uma prevalência de 17,2%.<sup>17</sup>

Em Portugal, aproximadamente 2,6 milhões de pessoas sofrem de duas ou mais doenças crónicas.<sup>18</sup>

Num outro estudo, que avaliou a prevalência, no centro do país, de multimorbilidade crónica (o maior factor de risco para polifarmacoterapia), constatou-se que que 72,7% da amostra apresentavam 2 ou mais doenças crónicas, enquanto que 57,2% apresentavam 3 ou mais doenças.<sup>15</sup>

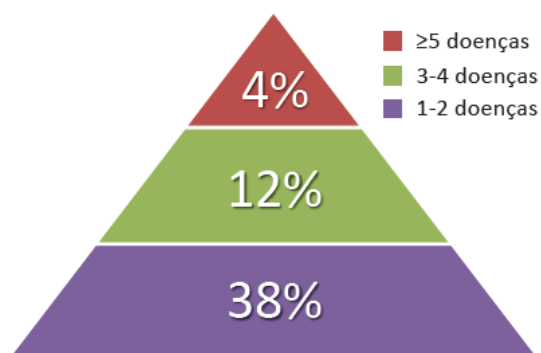


Figura 2 - Prevalência de doenças crónicas na população portuguesa.<sup>18</sup>

## **1.2. Objectivos do trabalho**

### **1.2.1. Objectivo geral**

Avaliar a problemática da polifarmacoterapia na perspectiva da população em estudo.

### **1.2.2. Objectivos específicos**

Aferir a prevalência de multimorbilidade na população em estudo, avaliando concomitantemente quais as patologias mais comuns e as associações mais frequentes;

Averiguar a quantidade de medicamentos que os consulentes tomam assim como a informação que receberam sobre estes, da parte dos médicos;

Estudar a adesão à terapêutica farmacológica, caracterizando-a e procurando perceber os motivos que a afectam;

Perceber a opinião dos consulentes face à profissão médica e aos medicamentos.

## Capítulo 2

### 2. Materiais e métodos

#### 2.1. Tipo de estudo e critérios de inclusão

Este estudo teve um carácter observacional, já que não tem qualquer tipo de intervenção na população em estudo, e transversal, pois os dados são recolhidos naquele momento exato. O tipo de amostragem é de conveniência, já que se pretende uma população o mais aleatorizada possível.

Como critérios de inclusão foram utilizados os seguintes:

- tomar medicação em ambulatório;
- capacidade para responder ao inquérito na sua totalidade;
- capacidade cognitiva para consentir a participação no estudo.

#### 2.2. Método de recolha de dados

Foram usados a Escala de Adesão à Medicação de Morisky de 4 itens (MMAS-4) e o Beliefs About Medicines Questionnaire-Geral (BMQ-Geral).

O MMAS-4, tal como indica o nome, inclui 4 questões (“Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?”; “Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?”; “Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a medicação?” e “Por vezes, ao sentir-se pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?”) que admitem as respostas “sim” ou “não”. Esta escala, desenvolvida e aplicada já em vários estudos<sup>19</sup>, e posteriormente traduzida para a língua portuguesa<sup>20</sup>, permite averiguar o nível de adesão terapêutica. (Anexo 3)

O BMQ-Geral, uma ferramenta validada, que possibilita perceber o que pensam os consulentes dos seus medicamentos e dos médicos que os receitam<sup>21</sup>, apresenta 8 afirmações cujas respostas, que utilizam a escala Likert classificada de 1 a 5, podem ser desde “Concordo totalmente” que equivale ao 1 até “Discordo totalmente” que corresponde ao 5, admitindo também as respostas “Concordo”, “Sem opinião” e “Discordo”. (Anexo 3)

Quatro das afirmações, (“Os médicos receitam demasiados medicamentos.”; “Os remédios são mais seguros que os medicamentos.”; “Os médicos confiam demasiado nos medicamentos” e “Se os médicos estivessem mais tempo com os consulentes receitavam menos medicamentos.”) contribuem para o factor Overuse, que pode transparecer a percepção, por parte dos consulentes, de que o seu médico receita demasiados e desnecessários medicamentos.<sup>21</sup>

Por outro lado, as outras quatro frases, (“Quem toma medicamentos devia parar de vez em quando.”; “A maior parte dos medicamentos cria habituação”; “Os medicamentos fazem mais mal do que bem.” e “Todos os medicamentos são venenos.”) relacionam-se com o factor Harm, que demonstra se os consulentes consideram a sua farmacoterapia danosa ou nociva.<sup>21</sup>

Para além da aplicação da MMAS-4 e do BMQ-Geral , foi também registada relativamente a cada pessoa, a idade, o sexo, o grau de instrução, o número de doenças e para quais era tomada medicação. Questionou-se ainda se cada doente tinha recebido informação por parte do médico acerca da importância e benefícios da toma correta dos seus medicamentos, qual o número de medicamentos que tomava diariamente, assim como o número de cápsulas e comprimidos, e ainda quantas vezes por dia tomava medicamentos. (Anexo 2)

### **2.3. Cálculo amostral**

Com uma margem de erro de 10%, um intervalo de confiança de 95% e uma distribuição de respostas de 50%, sabendo que em média fazem-se 200 consultas por dia no CS da Covilhã, determinou-se que a amostra deveria ter pelo menos 66 inquéritos.

### **2.4. Local do estudo e autorizações**

Antes do início do estudo, foi obtido um parecer da comissão de ética da ARS Centro, considerando que este trabalho enquadra-se num contexto de multicentricidade, sendo realizado em Coimbra e na Covilhã (Anexo 4).

O estudo foi realizado no Centro de Saúde da Covilhã, pertencente ao ACeS Cova da Beira, durante a segunda metade do mês de Janeiro e a primeira de Fevereiro. A recolha de dados foi feita um dia por semana, aproximadamente 1h por dia, durante estas 4 semanas consecutivas.

### **2.5. Apresentação do estudo e consentimento informado**

Durante a recolha de dados, antes da entrega dos inquéritos, o investigador identificava-se como aluno do Mestrado Integrado de Medicina, da Universidade da Beira Interior, explicando depois o estudo e o consentimento informado. Ainda assim, depois da primeira abordagem, era dado a cada doente um documento que explanava o objectivo do estudo assim como as informações necessárias ao consentimento, nomeadamente a voluntariedade da participação e a confidencialidade e anonimato das respostas (Anexo 1). Após o consentimento ser dado, as respostas eram depois registadas.

## 2.6. Análise estatística

Quanto à análise estatística, os dados recolhidos foram estudados com recurso ao software “SPSS software for Windows - version 19.0” (SPSS Inc, Chicago, IL), sendo utilizada estatística descritiva e análise inferencial, após a verificação da normalidade dos dados. Foram realizados os testes não paramétricos Mann-whitney U e  $\chi^2$ , e ainda a distribuição *t* de Student, sendo que se definiu como estatisticamente significativo o valor de  $p < 0,05$ .

# Capítulo 3

## 3. Resultados

### 3.1. Determinantes sociodemográficos e informação geral sobre a medicação

Na realização deste estudo foi estudada uma amostra de 80 pessoas, que se encontravam na altura na sala de espera do CS da Covilhã.

Relativamente à caracterização demográfica da população, constatou-se que mais de metade das pessoas estão já em idade geriátrica, ou seja, acima de 65 anos (53,75%). Quanto ao sexo, a maioria são pessoas do sexo feminino (60%). Curiosamente esta mesma percentagem verifica-se também no nível de instrução, visto que a grande maioria das pessoas apresenta um grau de instrução baixo (60%).

A Tabela 1 expõe, de forma sistematizada, todas estas variáveis.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra

Variável	n (%)
<b>Idade</b>	
< 65	37 (46,25%)
≥ 65	43 (53,75%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	32 (40%)
Feminino	48 (60%)
<b>Grau de instrução</b>	
Baixo (até ao 9º ano)	48 (60%)
Médio/Alto (9º ano e superior)	32 (40%)

Seguidamente no questionário, era colocada a seguinte questão aos consulentes: “Quantas doenças julga que tem?”. Com as hipóteses de resposta a serem “0”, “1”, “2” e “3 ou +”, constatou-se que a grande maioria dos consulentes assinalou a última resposta, 3 ou mais doenças (71,25%). Os restantes valores podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2 - “Quantas doenças julga que tem?”

Nº de doenças	n (%)
1	14 (17,5%)
2	9 (11,25%)
3 ou +	57 (71,25%)

Na sequência desta questão, era pedido aos consulentes, a partir de uma lista, podendo depois adicionar outra opção se assim o desejassem, para enunciarem as patologias crónicas de que padeciam. Incluídas na lista encontravam-se algumas das patologias crónicas mais prevalentes no nosso país e mesmo a nível mundial, nomeadamente hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidémia, artroses ou outras doenças das articulações, doença cardiovascular, de que são exemplo o enfarte agudo do miocárdio e o AVC, depressão e/ou ansiedade, doença pulmonar e asma. Desta lista destacam-se a hipertensão, presente em 66,25%, a dislipidémia (61%), as artroses ou outros problemas nas articulações (50%) e a doença cardiovascular (43%). Dentro das patologias sem opção de resposta, ou seja, indicadas pelos consulentes, destacam-se a patologia endócrina, excluindo diabetes, (16%), nomeadamente patologia tiróideia, e a patologia gastrointestinal (11%), como a úlcera gástrica. Estas informações encontram-se compiladas no gráfico 1.

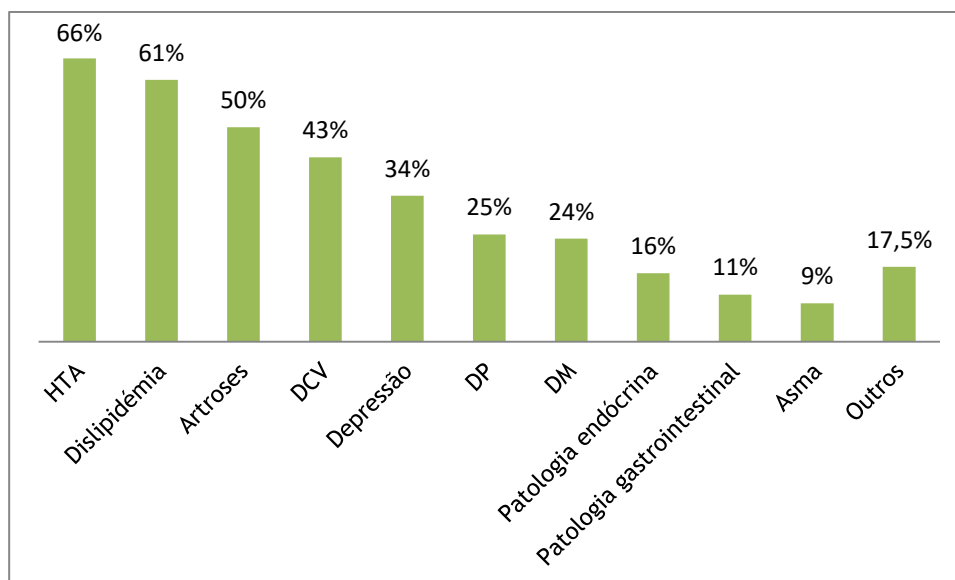


Gráfico 1 - "Para que doenças toma medicação?"

Com base nestes dados e procurando estudar a prevalência de multimorbilidade na população, avaliaram-se as patologias que mais se relacionam entre elas. De facto, a patologia mais relatada nesta população, a hipertensão arterial, encontra-se associada, na grande maioria das vezes, a duas ou mais doenças (87%). Partindo desta doença, por exemplo, podem ser estabelecidas várias correlações, francamente expectáveis, com outras patologias, nomeadamente dislipidémia, diabetes mellitus e doença cardiovascular (Gráfico 2). Para além desta patologia, muitas outras podem ser consideradas como ponto de partida, verificando-se uma forte associação entre as diversas patologias, podendo-se assumir que a presença de uma predispõe ao desenvolvimento de outra.

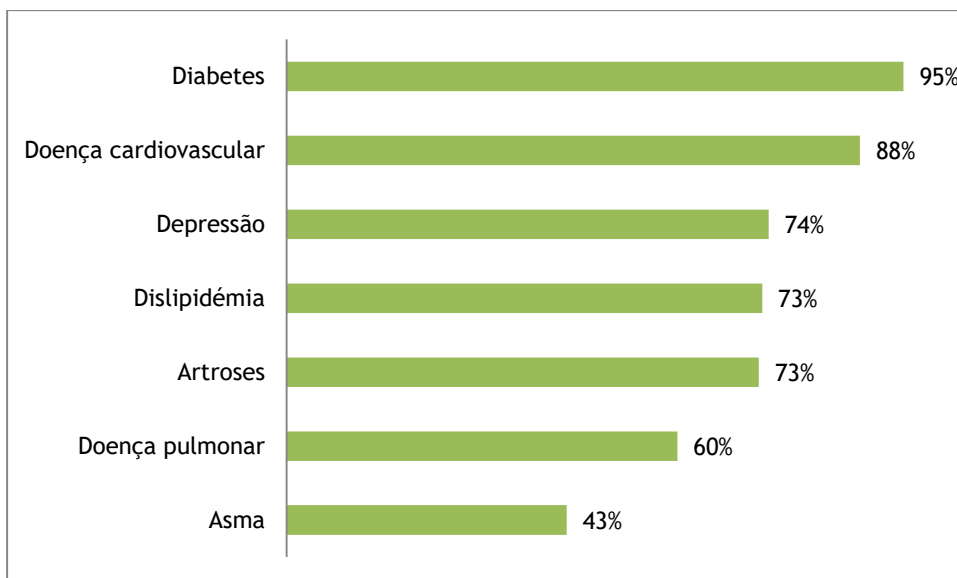


Gráfico 2 - Percentagem de consulentes com HTA para além doutra patologia

Com o intuito de estabelecer uma associação com a adesão terapêutica, procurou-se saber se os consulentes sentiam que os médicos os informavam acerca da toma correcta dos seus medicamentos. Na verdade, a maior parte dos consulentes (92,5%) refere ter sido bem informada acerca dos benefícios e importância de tomar a medicação, como foi prescrita pelo clínico.

Por outro lado, os participantes do estudo foram questionados sobre o número de medicamentos diferentes e, o que isso representava em termos de quantidade de comprimidos diários, assim como quantas vezes por dia tomavam medicamentos.

Quanto às primeiras questões e, como seria expectável, verificou-se um grande número de pessoas cuja terapêutica farmacológica seria considerada um caso de polifarmacoterapia. A tabela 3 explana esta situação.

Relativamente ao número de vezes que as pessoas tomam medicamentos diariamente, constatou-se que a média da população corresponde a 2,6 tomas por dia.

Tabela 3 - Número de diferentes medicamentos e comprimidos diários

	<5	≥5	Média
Nº de medicamentos diferentes/dia	59%	41%	4,49
Nº de comprimidos/dia	47%	53%	5,78

### 3.2. Escala de adesão terapêutica MMAS-4

Recorrendo à escala MMAS-4, conseguimos diferenciar os diferentes participantes do estudo consoante o grau de adesão à sua farmacoterapia. Para se obter um grau de adesão alto, às 4 questões da escala deve ser dada a resposta “Não”. Com 1 a 2 questões assentidas, conclui-se que a adesão é de nível médio, enquanto uma adesão baixa é considerada quando se responde afirmativamente a 3 ou à totalidade das perguntas. A tabela 4 revela as respostas dadas pelos indivíduos que compõem a amostra, enquanto o gráfico 3 diferencia, então, os consulentes em estudo, conforme o seu grau de adesão terapêutica.

Tabela 4 - Resultados MMAS-4

	Sim	Não
Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?	51%	49%
Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?	60%	40%
Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a medicação?	23%	77%
Por vezes, ao sentir-se pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?	14%	86%

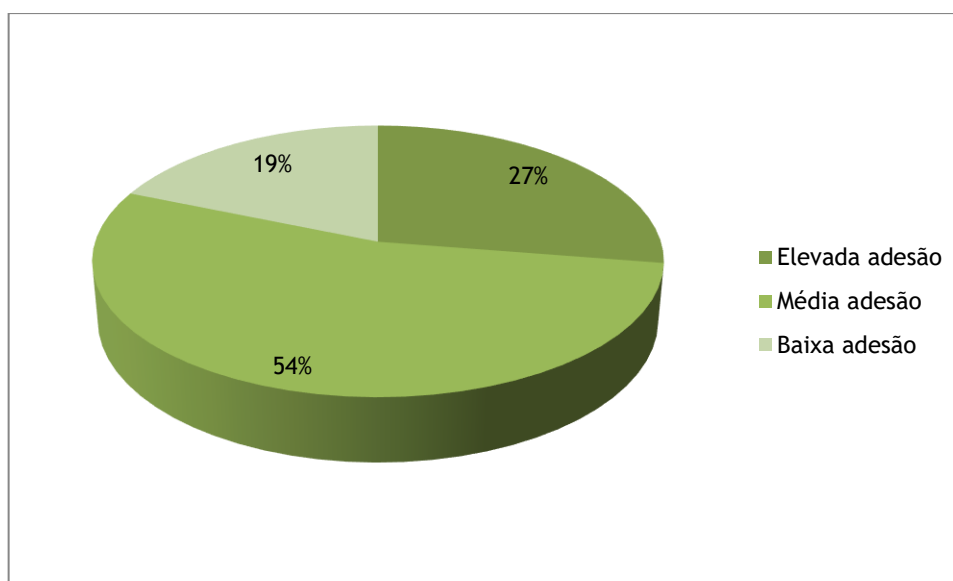


Gráfico 3 - Grau de adesão terapêutica

### 3.3. BMQ-Geral

Esta terceira parte do questionário incorpora o Beliefs About Medicines Questionnaire Geral, cujos resultados são divididos em duas sub-escalas: a escala Overuse, composta por quatro itens (as afirmações 1, 4, 7 e 8), sendo influenciada pela prescrição abusiva ou pelo consumo excessivo. A escala Harm (contém as afirmações 2, 3, 5 e 6), variando de acordo com a percepção que os consulentes têm dos efeitos secundários da medicação. As respostas a este questionário estão compiladas na Tabela 5.

Tabela 5 - Resultados BMQ-Geral

Afirmações	Concordo totalmente n(%)	Concordo n(%)	Sem opinião n(%)	Discordo n(%)	Discordo totalmente n(%)
1.Os médicos receitam demasiados medicamentos.	6 (7,5)	18 (22,5)	8 (10)	36 (45)	12 (15)
2.Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	1 (1,25)	15 (18,75)	7 (8,75)	37 (46,25)	20 (25)
3.A maior parte dos medicamentos cria habitação.	13 (16,25)	34 (42,5)	9 (11,25)	20 (25)	4 (5)
4.Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	2 (2,5)	15 (18,75)	28 (35)	21 (26,25)	14 (17,5)
5.Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	1 (1,25)	10 (12,5)	9 (11,25)	43 (53,75)	17 (21,25)
6.Todos os medicamentos são venenos.	6 (7,5)	7 (8,75)	7 (8,75)	34 (42,5)	26 (32,5)
7.Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	10 (12,5)	39 (48,75)	9 (11,25)	19 (23,75)	3 (3,75)
8.Se os médicos estivessem mais tempo com os consulentes receitariam menos medicamentos.	22 (27,5)	17 (21,25)	10 (12,5)	25 (31,25)	6 (7,5)

Como referido anteriormente, com os resultados a questões previamente definidas, os indivíduos do estudo pontuam consoante o grau das suas crenças e opiniões. Atribuindo 5 pontos à resposta “Discordo totalmente” e 1 ponto à resposta “Concordo totalmente”, usa-se a mediana como referência para dividir os 2 grupos de indivíduos. O inferior à mediana, com menos pontuação e portanto, com uma certa conotação negativa associada e, o grupo acima da mediana, que pontua mais e consequentemente não tem opiniões tão radicais. Estes achados encontram-se resumidos na Tabela 6.

Tabela 6 - Resultados do Score Harm e Score Overuse

Variável	n (%)
Score Harm	
<Mediana	38 (47,5%)
>Mediana	42 (52,5%)
Score Overuse	
<Mediana	29 (36%)
>Mediana	51 (64%)

### 3.4. Influência na adesão terapêutica

Depois de recolhidos e analisados todos os dados, torna-se portanto, importante perceber de que forma é que as diferentes variáveis se relacionam com a adesão terapêutica. Tal pode ser visto na Tabela 7.

Tabela 7 - Valores estatísticos das variáveis em função da adesão

Variável	Valor de p
Idade	0,100
Sexo	0,614
Nível de instrução	0,162
Nº de doenças	0,841
"Recebeu informação por parte do médico?(...)"	0,687
Grau de polifarmacoterapia	0,844
Score Harm	0,005
Score Overuse	0,010

Foram obtidos resultados estatisticamente significativos apenas nas subescalas do BMQ-Geral, Harm e Overuse, ilustradas nos Gráficos 4 e 5 respectivamente.

No gráfico 4 observamos que pontuações mais elevadas parecem ter um efeito positivo na adesão terapêutica, com 69% do grupo de elevada adesão a pontuar acima da mediana. Em contrapartida, pontuações mais baixas, ou seja, pertencentes a indivíduos com preocupações mais vincadas quanto aos efeitos adversos que os medicamentos que tomam possam ter, surgem associadas a graus de adesão baixos, contando por 80% deste grupo de adesão baixa.

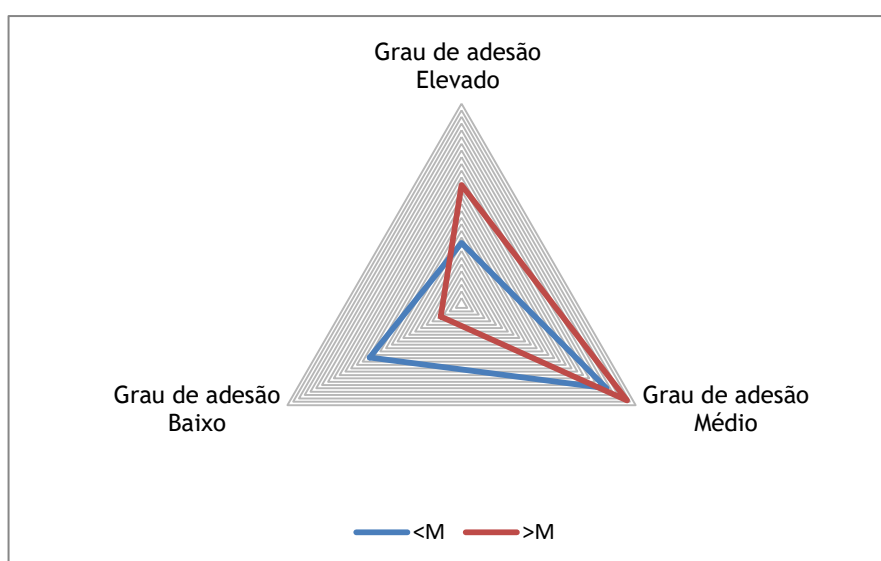


Gráfico 4 - Score Harm em função do grau de adesão

De forma muito semelhante ao gráfico anterior, no gráfico 5 constata-se que pontuações mais altas estão associadas a graus de adesão à terapêutica farmacológica também mais altos, ou seja, 82% dos consulentes com elevada adesão à terapêutica, pontuam acima da mediana nesta subescala. Contrariamente, e de forma expectável, indivíduos com percepção de prescrição médica abusiva e/ou consumo excessivo terão maior dificuldade em aderirem aos esquemas terapêuticos, o que se verifica numa percentagem de 60% do grupo do grau de adesão baixo a obter pontuações abaixo da mediana.

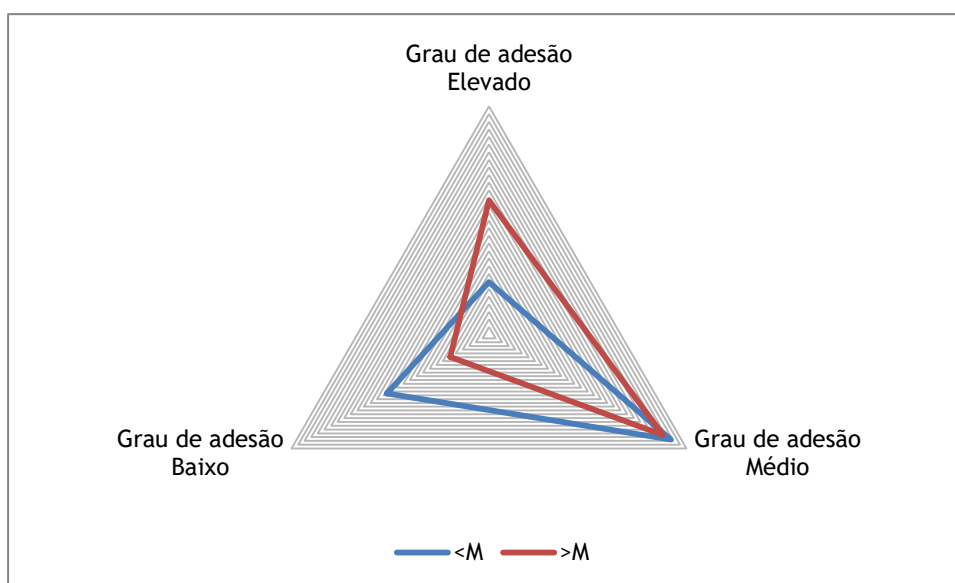


Gráfico 5 - Score Overuse em função do grau de adesão

### 3.5. Polifarmacoterapia

Analisando o número de medicamentos em função de todas as outras variáveis, obteve-se uma correlação estatística significativa com as variáveis “idade” e com o “nº de doenças”, como pode ser observado na Tabela 8.

Tabela 8 - Valores estatísticos das variáveis em função do número de fármacos

Variável	Valor de p
Idade	0,013
Sexo	0,375
Nível de instrução	0,276
Nº de doenças	<0,001
"Recebeu informação por parte do seu médico?(...)"	0,291
Classe de adesão	0,819
Score Harm	0,258
Score Overuse	0,55

Como seria esperado, o aumento do número de doenças é proporcional ao número de fármacos que os consulentes tomam. Na verdade, constata-se que a maioria dos consulentes com três ou mais doenças, se enquadra no grupo de polifarmacoterapia (68,4%). Em sentido inverso, observou-se que a totalidade dos consulentes com apenas uma doença e, a maior parcela daqueles com duas doenças, não chegam sequer a consumir medicamentos suficientes para serem enquadrados no grupo de farmacoterapia excessiva (66,7%). No entanto, se separarmos os consulentes com 2 ou mais doenças e portanto, que padecem de multimorbilidade crónica, observamos que aproximadamente 64% destes consome 5 ou mais fármacos diariamente, estabelecendo assim uma relação muito forte entre a multimorbilidade e a polifarmacoterapia, como já era esperado. Um resumo desta estatística pode ser visto na Tabela 9.

Tabela 9 - Associação entre o nº de fármacos e o nº de doenças

Nº de doenças	Nº de fármacos		Total
	<5	≥5	
1	14	0	14
2	6	3	9
3 ou +	18	39	57
			80

Constata-se também que a polifarmacoterapia varia nesta amostra conforme a idade dos indivíduos. De facto, a grande maioria dos consulentes cuja terapêutica se qualifica como polifarmacoterapia (66,7%), apresenta 65 anos ou mais. Inversamente, 60,5% dos consulentes do grupo contrário não se encontram, ainda, na faixa etária referida anteriormente. (Gráfico 6)

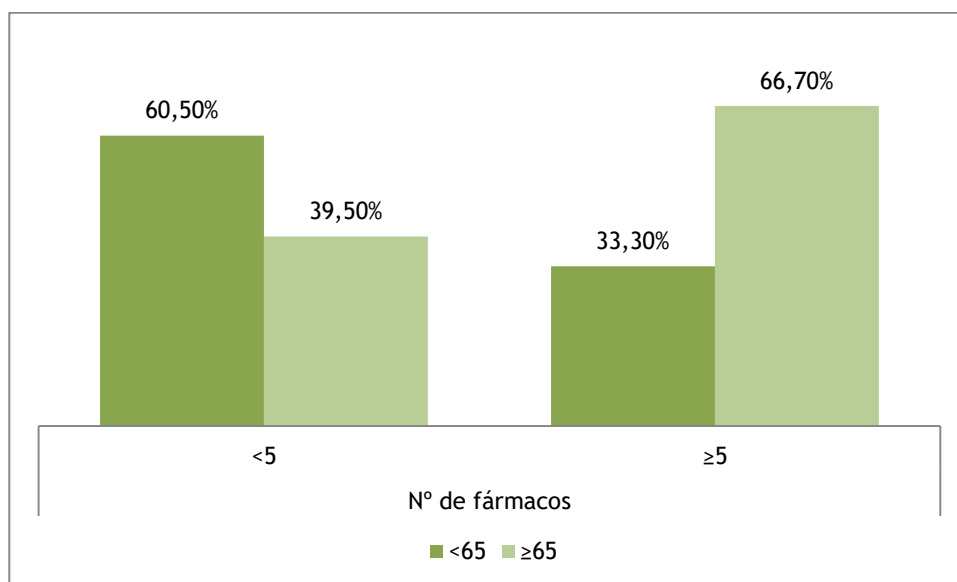


Gráfico 6 - Associação entre o nº de fármacos/dia e a idade

Analisando mais aprofundadamente esta relação, a polifarmacoterapia na faixa etária geriátrica assume contornos de exagero. A média, neste escalão, de medicamentos consumidos diariamente corresponde a 6,8; no entanto, nos participantes do estudo com menos de 65 anos, a média de farmacoterapia atinge os 4,3, como observado na tabela 10.

Tabela 10 - Associação entre o nº de fármacos/dia e a idade

	Idade	n	Média	p (t de student)
Nº de fármacos/dia	<65	37	4,3	0,006
	≥65	43	6,8	

# Capítulo 4

## 4. Discussão

### 4.1. Determinantes sociodemográficos e informação geral sobre a medicação

Essencialmente, nesta secção, procura-se obter uma prevalência da multimorbilidade e da polifarmacoterapia na população em estudo, ao mesmo tempo que se identificam as patologias mais pertinentes para estas duas entidades.

Esta amostra populacional era constituída maioritariamente por indivíduos com mais de 65 anos (53,75%), do sexo feminino (60%) e com um grau de instrução considerado baixo (60%), que se define como sendo até ao actual 9º ano de escolaridade, antigo 5º ano.

Pese embora o estudo esteja condicionado, (foram incluídos no estudo apenas indivíduos já tratados com farmacoterapêutica e, portanto, seriam pessoas, à partida, já com alguma morbilidade), registou-se uma taxa de multimorbilidade na ordem dos 82,50% (somatório de todos os consulentes com duas ou mais doenças).<sup>1</sup> Este resultado é apoiado por um estudo feito em Portugal<sup>15</sup>, no qual se verificou que os indivíduos com multimorbilidade crónica respondiam por 72,7% da amostra, tendo-se observado também que 57,2% dos consulentes apresentavam 3 ou mais patologias crónicas, percentagem considerável, mas ainda assim francamente inferior ao registado nesta amostra do CS da Covilhã (71,25%). Comparativamente, na Grécia<sup>22</sup>, a multimorbilidade atingia 23% da população em análise, enquanto que outros estudos falam em taxas de 40-80%.<sup>23</sup> Neste estudo, e sem surpresas, as patologias mais frequentes não diferem muito de outros estudos internacionais<sup>22-24</sup>, destacando-se a HTA e a dislipidémia, com outras patologias, como a depressão, as doenças osteoarticulares e as doenças cardiovasculares, a apresentaram prevalências elevadas.

Quanto à polifarmacoterapia, quer se opte por classificá-la pelo número de medicamentos diferentes ou pelo de comprimidos, obtiveram-se valores próximos da metade da população, 41% e 53% respectivamente. Evidenciando a população idosa, com uma média de 6,8 medicamentos consumidos por dia, verificamos que uma grande maioria (66,7%) encontra-se polimedicada, evidenciando uma situação já observada noutros estudos<sup>9,25</sup> e que pode ter repercussões.<sup>12</sup>

## 4.2. MMAS-4

Como já relatado anteriormente, através desta escala dividiu-se a amostra em três parcelas diferentes, consoante o seu grau de adesão terapêutica. Pode-se constatar, nesta amostra, que a maioria das pessoas se enquadra no grupo de média adesão (57%). Pese embora apenas 19% dos indivíduos tenham sido considerados na categoria de baixa adesão, através da análise específica de cada pergunta do MMAS, foi possível retirar algumas ilações não muito positivas.

Primeiramente, a maioria das pessoas assumiu já se ter esquecido de tomar os seus medicamentos, enquanto uma grande parte da amostra revelou também ter algum descuido com a medicação, não tomando a medicação nas alturas do dia prescritas.

Por outro lado, verificou-se, apesar de ser uma pequena percentagem, que uma porção da amostra toma a iniciativa de parar a terapêutica, seja pela atenuação da sintomatologia para a qual o fármaco foi prescrito inicialmente (23%), seja por atribuírem à medicação uma depressão do estado geral do próprio doente (14%). Um estudo no âmbito da realização de uma tese de mestrado, feito na Covilhã no ano transacto, corrobora os dados de adesão terapêutica deste mesmo estudo.<sup>26</sup>

## 4.3. BMQ-Geral

Este questionário, também já descrito previamente, permite perceber, tal como o nome do próprio indica, as crenças dos consulentes quanto aos efeitos secundários medicamentosos e quanto à prescrição médica.

Analisando cada uma das questões singularmente e destacando as opiniões mais vincadas, verificou-se que: aproximadamente metade dos consulentes rejeita a ideia de que os médicos passam demasiados medicamentos, assim como discorda que quem toma medicamentos devia parar, de vez em quando, o tratamento; a grande maioria das pessoas considera que a maior parte dos medicamentos cria habituação; a eficácia e segurança dos remédios naturais sobre os medicamentos divide as opiniões; praticamente 3 em cada 4 pessoas rejeita as ideias de que os medicamentos fazem mais mal do que bem ou a de que todos os medicamentos são venenos; aproximadamente metade dos consulentes em estudo, concorda que os médicos confiam demasiado nos medicamentos e que se estes estivessem mais tempo com os consulentes, haveriam menos excessos de prescrição farmacológica.

Quanto à subescala Harm, que traduz os receios dos consulentes em relação à sua terapêutica farmacológica, observou-se que 47,5% da amostra encara a sua terapia de forma algo negativa, seja porque associa comportamentos de adição à toma de alguns fármacos ou até porque considera que quem toma medicação de forma crónica deveria parar

ocasionalmente, entre outros. Num estudo de cariz semelhante, feito em Coimbra<sup>27</sup>, constatou-se que apenas 35,4% da amostra se enquadra num score Harm mais baixo.

No que concerne a subescala Overuse, que reflete a opinião dos consulentes sobre os seus médicos e a prescrição farmacológica que fazem, constatou-se que cerca de 36% dos indivíduos do estudo apresentam desconfiança quanto aos seus médicos de família, ora porque consideram que estes fazem uma prescrição abusiva e excessiva ou porque aceleram de forma negligente as consultas, entre outras convicções. Comparando estes resultados com os do estudo referido anteriormente<sup>27</sup>, constatamos que não existem diferenças significativas entre as populações em estudo da Covilhã e de Coimbra, visto que nesta última os resultados corroboram os da primeira (respectivamente <M=36% e >M=64% vs <M=35% e >M=65%).

#### **4.4. Influência na adesão terapêutica**

Com o propósito de compreender o que podia afectar, seja de forma positiva ou negativa, a adesão terapêutica, procuraram-se relacionar as diferentes variáveis com a classe de adesão, calculada previamente recorrendo ao MMAS-4, chegando a conclusões francamente curiosas.

Primeiramente, constatou-se que várias suposições não se confirmaram neste estudo. Por exemplo, não houve associação significativa entre o número de medicamentos e a classe de adesão, ou seja, a premissa de que quanto maior o número de medicamentos, menor seria a adesão terapêutica, não se verificou neste estudo. Entre homens e mulheres também não se obteve uma desigualdade considerável no que à adesão concerne, contrariamente à ideia de que o sexo masculino é mais displicente com a sua medicação.

Por outro lado, tanto a subescala Overuse como a Harm, do BMQ-Geral, correlacionaram-se significativamente com a escala de adesão. De facto, observou-se que pontuações mais elevadas em ambos os scores, têm um impacto positivo na adesão terapêutica. De modo oposto, pontuações mais baixas, ou seja, correspondendo a consulentes com maiores preocupações relativamente aos efeitos colaterais dos seus fármacos e/ou com percepção de prescrição médica abusiva, associam-se a um grau de adesão mais baixo.

Comparando com o trabalho citado acima<sup>27</sup>, verificou-se que a amostra deste estudo difere consideravelmente, já que na Covilhã verificou-se efectivamente que as crenças da população influenciam a sua adesão terapêutica, enquanto em Coimbra tal facto não se verificou.

## 4.5. Polifarmacoterapia

Neste patamar, de forma completamente previsível, constatou-se que existe uma relação entre o nº de fármacos que os consulentes tomam diariamente, seja com o nº de doenças destes, seja com a idade.

Na realidade e, como seria de esperar, com o aumento das morbidades, os fármacos prescritos avolumam também, demonstrado a incontestável relação entre multimorbidade crónica e polifarmacoterapia<sup>4</sup>. Nesta amostra, por exemplo, observou-se que a maior parte dos consulentes com duas doenças ou mais (64%), consome 5 ou mais fármacos por dia.

Com a idade destacando-se como um dos factores que mais contribui para a multimorbidade<sup>9</sup>, não é de todo surpreendente que indivíduos com idade superior ou igual a 65 anos contabilizem 66,7% do escalão sob polifarmacoterapia. Em sentido inverso, os participantes do estudo que ainda não se encontram nesta faixa etária correspondem a 60,5% do grupo que consome menos medicamentos. Esta análise enaltece o facto de que os pacientes com multimorbidade crónica encontram-se em maior risco de polifarmacoterapia e das suas consequências.<sup>28</sup>

## 4.6. Limitações e pontos fracos do estudo

Neste trabalho verificaram-se algumas dificuldades e limitações, que se acredita não terem tido influência nos resultados do estudo.

Pretendendo-se uma amostra de conveniência, houve, ainda, uma porção considerável dos indivíduos abordados que não aceitaram responder ao questionário. Durante o inquérito, algumas pessoas, por o considerarem demasiado extenso, deixaram alguns campos por preencher, tendo esses questionários sido invalidados.

Por outro lado, este estudo abordou exclusivamente consulentes do CS da Covilhã e portanto os resultados deste estudo devem ser cautelosamente extrapolados devido às particularidades sociodemográficas em questão.

# Capítulo 5

## 5. Conclusão

Findo o estudo, é possível concluir que os objetivos propostos inicialmente, foram cumpridos. Com recurso a um estudo direcionado exclusivamente para os doentes, foi possível retirar ilações bastante elucidativas e informativas.

De facto, este trabalho permitiu concluir que, nesta população, existe uma componente polifarmacoterapêutica bastante vincada e significativa. Pese embora se verifique também uma grande prevalência de multimorbilidade crónica, como aliás seria expectável, deve-se procurar saber se existe, efetivamente, uma razão legítima para este consumo excessivo e talvez exagerado de medicamentos. Na verdade, tem-se notado uma tendência considerável para uma alteração nos cuidados médicos, que se têm tornado progressivamente mais fragmentados e muitas vezes mal articulados, o que pode acabar por prejudicar a percepção que o doente tem sobre os cuidados de saúde. Efetivamente, não é raro o doente chegar a uma consulta de rotina com o seu médico de família e, no decorrer da mesma, o próprio médico aperceber-se que a prescrição do doente foi alterada numa consulta externa hospitalar, por exemplo, sem lhe terem sido facultadas diretamente as informações sobre as alterações terapêuticas. Consequentemente, a falta de articulação de cuidados de saúde pode levar a sobrediagnóstico e prescrição abusiva. A cascata terapêutica também é uma realidade e, muitas vezes, receitam-se fármacos para os efeitos adversos de um outro. Pode, inclusivamente, ser realizado um estudo neste sentido, numa tentativa de analisar que fármacos é que certos doentes poderão estar a tomar exclusivamente para anular os efeitos colaterais de um outro medicamento.

Concluiu-se também, com este estudo, que a adesão terapêutica desta população poderia ser melhorada e que esta é, efetivamente, influenciada pela opinião das pessoas. Na verdade, a maior parte da amostra populacional enquadra-se num grau de adesão terapêutica média do MMAS-4, o que, indiretamente, também pode conduzir ao insucesso do tratamento médico e más avaliações diagnósticas. Tendo-se também observado que a percepção e conhecimento dos consulentes influencia a adesão, deve-se, porventura, investir numa maior educação populacional com vista a desmistificar determinados conceitos erróneos que possam existir, ao mesmo tempo que se procura partilhar com os doentes mais informação sobre os fármacos que estes consomem, fazendo um esforço para incluir o doente na decisão terapêutica. Com base nesta premissa podem ser estudados, por exemplo, métodos para promover a confiança dos consulentes nos médicos e nos fármacos que estes prescrevem.

## Gestão e percepção da polifarmacoterapia pelos consulentes

Cabe assim ao clínico de MGF, como cuidador principal dos doentes crónicos pluripatológicos, abordar estes doentes duma outra forma, promovendo a comunicação entre profissionais de saúde e uma maior coordenação entre os diferentes serviços. Deve-se procurar deixar de tratar apenas a doença e centrar a atenção e, associadamente, os cuidados, na pessoa doente.<sup>18</sup>

# Bibliografía

1. Gulbech Ording, A. & Toft Sorensen, H. Concepts of comorbidities, multiple morbidities, complications, and their clinical epidemiologic analogs. *Clin. Epidemiol.* 5, 199-203 (2013).
2. Colin-Thomé, D; Belfield, G. Improving Chronic Disease Management. *Dis. Manag.* 1-6 (1998).
3. Calderón-Larrañaga, A. *et al.* Multimorbidity, polypharmacy, referrals, and adverse drug events: Are we doing things well? *Br. J. Gen. Pract.* 62, 821-826 (2012).
4. Mannucci, P. M. *et al.* Multimorbidity and polypharmacy in the elderly: Lessons from REPOSI. *Intern. Emerg. Med.* 9, 723-734 (2014).
5. Brown, M. T. & Bussell, J. K. Medication Adherence: WHO Cares? *Mayo Clin. Proc.* 86, 304-314 (2011).
6. Rubio, J. S., García-Delgado, P., Iglésias-Ferreira, P., Mateus-Santos, H. & Martínez-Martínez, F. Measurement of patients' knowledge of their medication in community pharmacies in Portugal. *Cien. Saude Colet.* 20, 219-228 (2015).
7. Lin, J., Sklar, G. E., Oh, V. M. Sen & Li, S. C. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther. Clin. Risk Manag.* 4, 269-286 (2008).
8. Nolte, E. E. & McKee, M. Caring for people with chronic conditions : a health system perspective. *Eur. Obs. Heal. Syst. Policies Ser.* XXI, 259 (2008).
9. Díez-Manglano, J. *et al.* Excessive polypharmacy and survival in polypathological patients. *Eur. J. Clin. Pharmacol.* 71, 733-739 (2015).
10. Gillette, C., Prunty, L., Wolcott, J. & Broedel-Zaugg, K. A new lexicon for polypharmacy: Implications for research, practice, and education. *Res. Soc. Adm. Pharm.* 11, 468-471 (2015).
11. Haider, S. I., Johnell, K., Weitoft, G. R., Thorslund, M. & Fastbom, J. The influence of educational level on polypharmacy and inappropriate drug use: A register-based study of more than 600,000 older people. *J. Am. Geriatr. Soc.* 57, 62-69 (2009).
12. Gómez Aguirre, N. *et al.* Pluripatología, polifarmacia, complejidad terapéutica y uso adecuado de la medicación. *Rev. Clínica Española* (2017).
13. Maher, R. L., Hanlon, J. & Hajjar, E. R. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin. Drug Saf.* 13, 57-65 (2014).
14. Gómez, C. *et al.* Polypharmacy in the Elderly: A Marker of Increased Risk of Mortality in a Population-Based Prospective Study (NEDICES). *Gerontology* 61, 301-309 (2015).
15. Prazeres, F. & Santiago, L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ Open* 5 (2015).

16. Broeiro, P., Maio, I. & Ramos, V. Polifarmacoterapia: Estratégias de racionalização. *Rev Port Clin Geral* 24, 625-631 (2008).
17. Silva, P., Luís, S. & Biscaia, A. Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz. *Rev. Port. Med. Geral e Fam.* 20, 323-36 (2004).
18. Santos, I. Multimorbidade e Doenças Cardiovasculares. *Revista Factores de Risco* 22-31 (2016).
19. Morisky DE, Green LW, L. D. in *Med Care Vol. 24* 67-74 (1986).
20. Ben, A., Neumann, C. & Mengue, S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* 46, 279-89 (2012).
21. Horne, R., Weinman, J. & Hankins, M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol. Heal.* 14, 1-24 (1999).
22. Minas, M., Koukousias, N., Zintzaras, E., Kostikas, K. & Gourgoulianis, K. I. Prevalence of chronic diseases and morbidity in primary health care in central Greece: an epidemiological study. *BMC Health Serv. Res.* 10, 252 (2010).
23. Marengoni, A., Winblad, B., Karp, A. & Fratiglioni, L. Prevalence of chronic diseases and multimorbidity among the elderly population in Sweden. *Am. J. Public Health* 98, 1198-1200 (2008).
24. Prince, M. J. *et al.* The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet* 385, 549-562 (2015).
25. Fried, T. R. *et al.* Health outcomes associated with polypharmacy in community-dwelling older adults: A systematic review. *J. Am. Geriatr. Soc.* 62, 2261-2272 (2014).
26. José, P. & Agrela, F. Análise da Capacitação dos Doentes com Hipertensão Arterial Comparativamente à Perspetiva dos Médicos de Medicina Geral e Familiar [Tese de Mestrado] Universidade da Beira Interior (2016).
27. Costa, B. Gestão e percepção da polifarmacoterapia pelos consulentes [Tese de Mestrado] Universidade de Coimbra (2017).
28. Watt, J. *et al.* Outcomes associated with prescribed medications in older adults with multimorbidity: protocol for a scoping review. *BMJ Open* 7, (2017).

# Anexos

## Anexo 1 - Consentimento informado

### Gestão e percepção da polifarmacoterapia pelos consulentes

Este questionário foi realizado no âmbito de um projecto de investigação com o título “Gestão e percepção da polifarmacoterapia pelos consulentes”, para elaboração de uma tese de Mestrado Integrado em Medicina pela Universidade de Coimbra. Por intermédio da aplicação Escala de Adesão à Medicação de Morisky de 4 itens e do Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ), o projecto tem como objectivo avaliar o grau de conhecimento dos pacientes sobre o seu plano terapêutico, bem como a gestão do mesmo em ambulatório.

O preenchimento deste inquérito não demora mais de 5-10 minutos e é inteiramente voluntário. Não existem respostas correctas ou erradas no questionário. Poderá decidir deixar de participar em qualquer etapa do preenchimento do mesmo, sem qualquer consequência. Garantimos a preservação do seu anonimato e os dados serão tratados estatisticamente de forma a garantir absoluto sigilo no que respeita as informações individuais prestadas.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

A investigadora responsável: Bárbara Costa

Orientação: Doutor Luiz Miguel Santiago

### Instruções:

- Responda a todas as questões de forma individual e conscienciosa
- Em cada questão assinale com uma cruz (X) ou preencha o quadrado respectivo apenas com a alternativa mais adequada ou que melhor traduz o seu comportamento ou concordância
- A primeira parte do questionário inclui determinantes sociodemográficos e informação geral sobre a medicação
- A segunda parte do questionário inclui 4 perguntas de SIM ou NÃO
- A terceira parte do questionário inclui perguntas que utilizam a escala de Likert classificada de 1 a 5:
  - 1 = Concordo totalmente
  - 2 = Concordo
  - 3 = Sem opinião
  - 4 = Discordo
  - 5 = Discordo totalmente

**Consentimento informado:**

- Eu li a informação acima fornecida acerca do estudo
- Eu percebi que a minha participação é inteiramente voluntária
- Eu percebi que as minhas respostas são confidenciais e anónimas
- Eu dou o meu consentimento para fazer parte deste estudo

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## Anexo 2 - Determinantes sociodemográficos e informação geral sobre a medicação

### Primeira parte – Determinantes sociodemográficos e informação geral sobre a medicação

<b>Idade:</b>	Até 35 anos <input type="checkbox"/> Entre 35 a 50 anos <input type="checkbox"/> Entre 51 e 65 anos <input type="checkbox"/> Mais de 65 anos <input type="checkbox"/>	
<b>Sexo:</b>	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	
<b>Que grau de instrução tem?</b>	Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 6º Ano de escolaridade (antiga 4ª classe) <input type="checkbox"/> 9º Ano de escolaridade (antigo 5ºAno) <input type="checkbox"/> Igual ou superior a 12º Ano (antigo 7º Ano) <input type="checkbox"/>	
<b>Quantas doenças julga que tem?</b>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 ou mais <input type="checkbox"/>	
<b>Para que doenças toma medicação:</b>	Hipertensão Arterial ou (Tensão Arterial Alta) <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>
	Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/>	Depressão e/ou Ansiedade <input type="checkbox"/>
	Dislipidemia (Colesterol alto ou gorduras no sangue) <input type="checkbox"/>	Doença Cardiovascular (Angina ou Enfarte do Miocárdio ou AVC) <input type="checkbox"/>
	Artroses ou Doença das Articulações <input type="checkbox"/>	Doenças dos pulmões (Dificuldade Respiratória) <input type="checkbox"/>
	Outra(s) (indique qual ou quais): _____	
<b>Recebeu informação por parte do seu médico acerca da importância e benefícios da toma correcta dos seus medicamentos?</b>	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
<b>Qual é o número de diferentes medicamentos que toma diariamente?</b>		
<b>Qual é a quantidade de cápsulas e comprimidos que toma diariamente?</b>		
<b>Quantas vezes por dia toma comprimidos?</b>		

## Anexo 3 - MMAS- 4 e BMQ-Geral

Segunda parte – MMAS-4:

	SIM	NÃO
1) Alguma vez se esqueceu de tomar a sua medicação?		
2) Por vezes é descuidado a tomar a sua medicação?		
3) Quando se sente melhor, deixa, por vezes, de tomar a sua medicação?		
4) Por vezes, ao sentir-se pior quando toma a medicação, deixa de a tomar?		

Terceira parte – BMQ Geral:

Afirmações:	A sua concordância				
1 - Os médicos receitam demasiados medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
2 - Quem toma medicamentos deveria parar o tratamento, por algum tempo, de vez em quando.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
3 - A maior parte dos medicamentos cria habitação.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
4 - Os remédios são mais seguros que os medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
5 - Os medicamentos fazem mais mal do que bem.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
6 - Todos os medicamentos são venenos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
7 - Os médicos confiam demasiado nos medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)
8 - Se os médicos estivessem mais tempo com os doentes receberiam menos medicamentos.	Concordo totalmente <input type="checkbox"/> (1)	Concordo <input type="checkbox"/> (2)	Sem opinião <input type="checkbox"/> (3)	Discordo <input type="checkbox"/> (4)	Discordo totalmente <input type="checkbox"/> (5)

## Anexo 4- Autorização da ARS Centro



### COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

<b>PARECER FINAL:</b>  <b>PARECER FAVORÁVEL</b>	<b>DESPACHO:</b>  H 20690 19.01.2017
---	---



**ASSUNTO:**

**51/2016 - Gestão e perceção da polifarmacoterapia pelos ~~consultantes~~ consultantes**  
Bárbara Alexandra Freitas Novais Costa

Conselho Diretivo  
da A.R.S. do Centro, I.P.

Dr. José Manuel Azeiteiro Teresa  
Presidente,

Dr. Luís Manuel António Mendes Cabral  
Vogal,

Dr. Mário Ruivo  
Vogal

Emitido parecer **Favorável**, depois de cumpridos todos os requisitos emitidos no parecer anterior

Coimbra, 04 de Janeiro de 2017

O Relator

(Prof. Dr. Batel Marques)

O Presidente da CES

(Prof. Dr. Fontes Ribeiro)