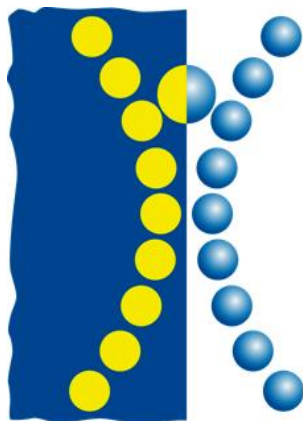


Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra



Mestrado em Farmácia

Especialização em Farmacoterapia Aplicada

TRABALHO DE PROJETO ORIGINAL II

Relação entre Senso de Coerência e Polimedicação

Diana Mafalda Miranda Martins

Coimbra, Outubro de 2016

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra

Mestrado em Farmácia

Especialização em Farmacoterapia Aplicada

TRABALHO DE PROJETO ORIGINAL II

Relação entre Senso de Coerência e Polimedicação

Aluna: Diana Mafalda Miranda Martins

Orientador: Prof. Mestre Rui Cruz

Co-orientadora: Prof.^a Doutora Margarida Pocinho

Coimbra, Outubro de 2016

Agradecimentos

Este espaço é dedicado àqueles que, de alguma forma, contribuíram para que este trabalho de investigação fosse realizado.

Ao meu orientador, Professor Mestre Rui Cruz, por poder sempre contar com o seu entusiasmo contagiante, com a sua alegria e com a sua palavra amiga, de reconhecimento e de incentivo a cada momento. O apoio, a disponibilidade manifestada e a confiança depositada, contribuíram decisivamente para que este trabalho tenha chegado a bom termo.

À Professora Doutora Margarida Pocinho, pela sua inteira disponibilidade em partilhar comigo a sua vasta experiência e me auxiliar no processo de desenho estatístico que este projeto exigiu.

A todos os profissionais de saúde, que de alguma forma me auxiliaram no processo de recolha de dados.

A todos os utentes, que aceitaram participar neste estudo. Sem eles, nada teria sido possível. Por isso, fica aqui o meu compromisso de fazer mais e melhor, pelo progresso da ciência e da saúde.

À minha mãe. Obrigada pela paciência e compreensão. Obrigada por seres a ouvinte atenta de algumas dúvidas, inquietações, desânimos e sucessos. Obrigada pelo apoio, pela confiança e pela valorização do meu trabalho.

Aos meus familiares e amigos, aqueles a quem, também, chamo «Família», por sempre me incentivarem perante os desafios a não desistir. Quero partilhar convosco a alegria de os conseguir vencer continuamente! Obrigada por serem tão especiais, pelo carinho incondicional e pela forma como ao longo destes anos, tão bem, souberam ajudar-me.

A todos uma palavra de gratidão.

Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional acarreta problemas como o aumento da prevalência da multimorbilidade e da polimedicação. Um dos problemas encontrados nos indivíduos polimedicados é a presença de sintomas depressivos e de ansiedade. O conceito “Senso de Coerência” constitui uma proposta inovadora na resolução de problemas e na gestão do *stress*, e, consequentemente, uma ferramenta essencial à preservação da saúde destes indivíduos.

Objetivo: Verificar em que medida o Senso de Coerência e a Polimedicação se relacionam entre si.

Metodologia: Realizou-se um estudo observacional, descritivo-correlacional que envolveu utentes de 11 farmácias comunitárias, do concelho de Coimbra. A recolha de dados foi obtida através de um instrumento que incluiu o questionário Senso de Coerência - SOC-13, e decorreu entre 08-2015 e 02-2016. Os critérios de inclusão de utentes para a amostra incluíam a toma de 3 ou mais medicamentos diferentes, a autogestão da própria medicação, saber ler e escrever e ter mais de 18 anos. A análise estatística foi realizada através dos testes de correlação *Rho de Spearman* e *U de Mann-Whitney*.

Resultados: Dos 385 utentes, 238 são mulheres e 147 são homens, com uma média de idades de 65.18 anos ($dp=\pm 14.298$), 91.7% apresentam multimorbilidades, 60.8% são polimedicados e 60.5% consome no mínimo um psicofármaco. A média de consumo diário é de 5.97 medicamentos ($dp=\pm 2.919$). Verificou-se uma correlação negativa fraca entre o SOC e o número de medicamentos consumidos ($r=-0.340$; $p<0.01$) e uma correlação negativa muito fraca entre a idade e o SOC ($r=-0.163$; $p<0.01$). Verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre o SOC e o sexo, o consumo de psicofármacos e a presença de multimorbilidades ($p<0.05$). A confiabilidade, avaliada pelo alfa de Cronbach, obteve valor de 0.820.

Conclusão: Um *score* mais baixo de senso de coerência individual parece determinar um maior consumo de medicamentos.

Palavras-chave

Doenças Crónicas - Envelhecimento Populacional – Multimorbilidade – Polimedicação - Promoção da Saúde - Saúde Mental - Senso de Coerência.

Abstract

Introduction: Population aging leads to problems such as increased prevalence of multimorbidity and polypharmacy. One of the problems encountered in individuals polymedicated is the presence of depressive and anxiety symptoms. The concept "Sense of Coherence" constitutes an innovative proposal in problem solving and stress management, and hence an essential tool to preserve the health of these individuals.

Aim: Verify to what extent the sense of coherence and polypharmacy relate to each other.

Methods: We conducted an observational, descriptive-correlational study involving users from 11 community pharmacies, in the county of Coimbra. Data collection was obtained through an instrument which included the questionnaire Sense of Coherence - SOC-13, and took place between 08-2015 and 02-2016. The users inclusion criteria for the sample include the take 3 or more different drugs, self-management of their medication itself, read and write and have more than 18 years. Statistical analysis was performed using the *Spearman Rho* correlation tests and *U Mann-Whitney*.

Results: Of the 385 patients (238 women, 147 men) with a mean age of 65.18 years ($SD=\pm 14.298$), 91.7% have multimorbidity, 60.8% are polymedicated and 60.5% consume at least one psychopharmacological drug. The average daily consumption is 5.97 medicines ($SD=\pm 2.919$). There was a weak negative correlation between the SOC and the number of medications ($r=-0.340$, $p<0.01$) and a very weak negative correlation between age and SOC ($r=-0.163$, $p<0.01$). There was statistically significant differences between the SOC and sex, the use of psychopharmacological drugs and the presence of multimorbidity ($p<0.05$). The reliability, assessed by Cronbach's alpha, obtained a value of 0.820.

Conclusion: A lower individual score of sense of coherence seems to determine a higher consumption of medications.

Keywords

Ageing Population - Chronic Diseases - Health Promotion - Mental Health - Multimorbidity - Polypharmacy - Sense of Coherence.

Índice

Agradecimentos	3
Resumo.....	4
Abstract	5
Índice	6
Lista de Gráficos	7
Lista de Tabelas	7
Lista de Abreviaturas.....	8
Introdução.....	9
Metodologia	14
Tipo de Estudo.....	14
Local de Estudo	14
Amostra em Estudo	14
Hipóteses.....	15
Definição das Variáveis em Estudo	16
Instrumento de Recolha de Dados.....	18
Recolha de Dados.....	19
Processamento e Análise Estatística de Dados	20
Implicações Éticas	22
Recursos Humanos, Técnicos e Financeiros.....	22
Ensaio Piloto	22
Resultados	25
Caracterização Sociodemográfica da Amostra	25
Perfil Clínico e Terapêutico	26
Senso de Coerência - SOC-13	30
Relação entre Polimedicação e Senso de Coerência.....	31
Discussão	33
Conclusão	38
Limitações do Estudo	39
Referências Bibliográficas	40
Anexos	43

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Nº de medicamentos consumidos por grupo farmacoterapêutico principal	Pág. 28
Gráfico 2. Nº de medicamentos consumidos por classe de psicofármacos	Pág. 30

Lista de Tabelas

Tabela 1. Tipo de variáveis em estudo	Pág. 17
Tabela 2. Análise inferencial ou analítica por hipótese de estudo – Definição dos tipos de teste estatístico	Pág. 22
Tabela 3. Caracterização da população em estudo	Pág. 26
Tabela 4. Nº de indivíduos por patologia crónica	Pág. 27
Tabela 5. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «Aparelho Cardiovascular» por grupo farmacoterapêutico secundário	Pág. 28
Tabela 6. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «SNC» por grupo farmacoterapêutico secundário	Pág. 29
Tabela 7. Nº de utentes por nº de medicamentos consumidos de cada classe dos psicofármacos	Pág. 30
Tabela 8. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «Hormonas e Medicamentos usados em Doenças Endócrinas» por grupo farmacoterapêutico secundário	Pág. 30
Tabela 9. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «Sangue» por grupo farmacoterapêutico secundário	Pág. 31
Tabela 10. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «Aparelho Digestivo» por grupo farmacoterapêutico secundário	Pág. 31
Tabela 11. Distribuição das respostas aos itens do SOC-13	Pág. 32
Tabela 12. Análise descritiva do SOC geral e das suas componentes	Pág. 32
Tabela 13. Análise correlacional com o SOC e as suas componentes	Pág. 33
Tabela 14. Análise descritiva do SOC – Sexo, consumo de psicofármacos e presença de multimorbilidades	Pág. 33

Lista de Abreviaturas

α C - Alfa de *Cronbach*

ADT – Antidepressivo Tricíclico

ARA – Antagonista dos Recetores de Angiotensina

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DGS – Direção Geral de Saúde

DM – Diabetes *Mellitus*

EUA – Estados Unidos da América

HTA – Hipertensão Arterial

IECA – Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

ISRS – Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina

ISRSN – Inibidor Seletivo da Recaptação de Serotonina e Noradrenalina

MPI - Medicamentos Potencialmente Inapropriados

OMS - Organização Mundial de Saúde

OTC - *Over-the-Counter*

PI – Prescrição Inadequada

QSCA – Questionário de Senso de Coerência de *Antonovsky*

RAM - Reação Adversa a Medicamentos

SOC – Senso de Coerência, do inglês «*Sense of Coherence*»

SOC-13 – Senso de Coerência com 13 itens

SOC-29 – Senso de Coerência com 29 itens

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*®

STOPP/Start - *Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*

WHO – *World Health Organization*

Introdução

Atendendo à publicação realizada no “*World Population Ageing 2013*”, divulgada pela Divisão de População das Nações Unidas (*United Nations Population Division*), o envelhecimento da população mundial está a progredir rapidamente. As projeções das Nações Unidas apontam para que o número de pessoas com 60 ou mais anos de idade, passe para mais do dobro, de 841 milhões de pessoas, em 2013, para mais de 2 mil milhões em 2050, e o número de pessoas com 80 ou mais anos de idade poderá mais do que triplicar, atingindo os 392 milhões em 2050 (1).

Em Portugal, a proporção da população idosa aumentou de 9.7%, em 1970, para 20.3%, em 2014. Portugal, em 2014, era o 4º país da União Europeia com maior proporção de idosos, já que a população residente é constituída por 14.4% de jovens, 65.3% de pessoas em idade ativa e 20,3% de idosos (1). De fato, o envelhecimento populacional é um fenómeno mundial (2,3) que coloca vários desafios à comunidade científica e aos cuidados de saúde (2). Devido à melhoria das condições de vida, dos padrões terapêuticos e dos cuidados de saúde, as pessoas vivem hoje mais e melhor, chegando a uma idade muito avançada (4). Todavia, se algumas destas pessoas estão livres de doenças, uma maioria das pessoas idosas apresentam várias doenças crónicas (2,5).

As co-morbilidades associadas ao envelhecimento populacional, para além do consumo elevado em recursos de saúde, leva inevitavelmente, ao consumo de medicamentos.

A evolução anteriormente referida e o aumento da prevalência de doenças crónicas em idosos e o consumo excessivo de fármacos, intrinsecamente relacionados (6–8), implicarão uma maior sobrecarga económica quer para o indivíduo e/ou a sua família, quer para os sistemas de saúde, como por exemplo o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Posto isto, é necessário um sistema de saúde preparado para esta nova realidade, com equipas multidisciplinares capazes de lidar com os projetos de saúde individuais de cada cidadão, incentivar o autocuidado nos idosos, de modo a promover a adesão aos regimes terapêuticos (1,9) e assim otimizar a gestão da doença e da saúde.

Neste contexto, surge um conceito relativamente novo e que envolve a centralidade da pessoa: a multimorbilidade (10). Esta é definida, na sua adaptação para o português, da definição publicada pelo *European General Practice Research Network* (11), através do método *Delphi* (11,12), como: «qualquer combinação de uma doença crónica com pelo menos uma outra doença (aguda ou crónica), ou com um fator biopsicossocial (associado ou não), ou com um fator de risco somático». Qualquer fator biopsicossocial, qualquer fator de risco somático, a rede social, a carga das doenças, o consumo de cuidados de saúde e as estratégias de adaptação do

doente podem funcionar como modificadores (dos efeitos da multimorbilidade). A multimorbilidade pode modificar os resultados em saúde e levar a um aumento da incapacidade, à diminuição da qualidade de vida ou à fragilidade (10,11).

Sendo assim, a medida mais frequente de multimorbilidade a presença de duas ou mais doenças crónicas, na mesma pessoa (11,13), a multimorbilidade e a polimedicação são indissociáveis (12).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a polimedicação como «a administração de vários fármacos concomitantemente ou a administração de um número excessivo de fármacos» (WHO, 2004). Face à necessidade de impor um número de fármacos, a definição mais consensual, define a polimedicação como a utilização de cinco ou mais medicamentos por dia e/ou a administração de mais medicamentos do que os clinicamente indicados, representando o uso de fármacos desnecessários/indesejados (14,15), pelo menos, durante 6 meses (2).

A variabilidade inter-individual e as alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas relacionadas com a idade, por si só, já expõem este grupo de doentes a um maior risco de desenvolver reações adversas a medicamentos (RAMs) (6,7,14). Nas situações de polimedicação, que é um critério de fragilidade em idosos e um fator de risco de morbilidade e de mortalidade, verifica-se a existência de risco aumentado de interações medicamentosas e efeitos adversos, como: risco de quedas, declínio cognitivo e alterações sensoriais. Estes fatores promovem a diminuição da adesão à terapêutica e são a causa de uma maior utilização dos recursos de saúde e do aumento do número de hospitalizações (3,16,17).

Um estudo realizado em Portugal, com uma amostra de 747 doentes, com mais de 64 anos, atendidos numa instituição de cuidados de saúde primários, determinou que 89.2% (IC 95%: 87.6-92.0) da população estudada consumia pelo menos um medicamento, e que a polimedicação era presente em 59.2% dos doentes (IC 95%: 55.7-62.7) (6). Os resultados deste estudo mostram, ainda, que a taxa de prescrição de medicamentos, a polimedicação e a prescrição inadequada (PI) foram bastantes elevadas nesta população (6).

Com o aumento da multimorbilidade e o consequente aumento do consumo de fármacos, maioritariamente entre idosos, é essencial compreender a qualidade dos fármacos utilizados nesta população (2), já que estes nem sempre são prescritos adequadamente tendo em conta as alterações fisiológicas das pessoas idosas e os riscos da polimedicação (16,18). Assim, os utentes polimedicados são sujeitos a uma maior taxa de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) (18), podendo atingir um valor 4.45 vezes maior que os utentes não polimedicados (6).

Na verdade, a polimedicação é um problema, em muitos países, de magnitude desconhecida, acoplada, em alguns casos, à prescrição de tratamentos inadequados. Embora

tenham sido desenvolvidos vários indicadores para avaliar a qualidade da farmacoterapia em idosos, como o grau de polimedicação, os MPI, entre outros, ainda permanecem, sem resposta, várias perguntas, como a sua utilidade na prática clínica. De fato, os dados empíricos são escassos em relação às mudanças na terapêutica e ao aumento da multimorbilidade, num único paciente, dado que a maioria dos estudos existentes examinaram estes indicadores de qualidade de forma transversal, o que simplesmente fornece dados descritivos, num único período de tempo (2).

Das várias ferramentas existentes para identificar os MPI, em idosos, talvez o mais utilizado na literatura e que constitui uma referência na identificação destes sejam os critérios de *Beers* (6). *Beers* identificou fármacos que, em indivíduos com mais de 65 anos, poderão, eventualmente, causar mais danos que benefícios. A lista foi iniciada nos Estados Unidos da América (EUA), em 1991 (18), tendo sido atualizada recentemente em 2015 (19).

Segundo um estudo realizado por Paci *et al.* (2015), com base na utilização dos critérios de deteção de *Beers* e dos *Screening Tool of Older Person's Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment* (STOPP/START), as causas mais comuns da PI foram o excesso de prescrição de medicação antiplaquetária (10.2%) e a sua omissão (17.9%), o uso prolongado de benzodiazepinas (6.6%) e a duplicação nas tomas (6.4%) (16).

Perante o exposto, um dos problemas verificados constantemente em doentes crónicos polimedicados é a presença de sintomas depressivos e de ansiedade, o que compromete o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e a autoestima do doente.

Assim, na década de 70, Aaron Antonovsky, médico sociólogo e antropólogo, nascido em 1923 nos EUA, começou a desenvolver um modelo que se designou de salutogénico, o que influenciou o pensamento de vários médicos e cientistas comportamentais sobre a explicação dos fatores que formam a base da saúde humana (20,21).

Numa das suas pesquisas empíricas mais importantes, Antonovsky estudou as mulheres nascidas na Europa Central, entre 1914 e 1923, que tinham sido presas em campos de concentração, durante a Segunda Guerra Mundial. Como esperado, o grupo de sobreviventes dos campos de concentração apresentaram, significativamente, mais sinais de doença, comparativamente com as mulheres do grupo controlo. No entanto, cerca de 29% das ex-prisioneiras afirmou ter uma saúde mental relativamente boa, apesar das suas experiências traumáticas. Antonovsky perguntou-se como é que estas mulheres conseguiram manter-se saudáveis, apesar da enorme pressão exercida sobre elas. Assim, especificamente, a partir desta pesquisa, utilizou três perguntas que foram determinantes para a fundação da sua teoria na área da saúde (20):

- Porque é que as pessoas permaneceram saudáveis, apesar de terem sido expostas a influências muito nocivas?
- Como é que elas conseguem recuperar da doença?
- O que é que estas pessoas têm de especial para não ficarem doentes, apesar de serem expostas a um *stress* extremo?

Antonovsky criticou a abordagem típica saúde-doença, com base no modelo patogénico tradicional, em que as condições de saúde e de doença são geralmente mutuamente exclusivas. Na sua crítica à abordagem patogénica ocidental, Antonovsky propôs a compreensão da saúde como um *continuum* de saúde-doença (9,20). Neste *continuum* foram identificados dois pólos: o bem-estar (saúde) e o desconforto (doença). De acordo com o autor, não é possível, para um organismo vivo, alcançar qualquer um dos extremos do *continuum*, ou seja, a perfeita saúde ou o estado de doença total. Este defende que, mesmo nas fases terminais, de certa forma, alguns dos componentes individuais são saudáveis. Assim, o foco não deve estar no fato de uma pessoa ser saudável ou doente, mas sim no *continuum*, entre a saúde perfeita e estado de doença completo (20).

É nesse *continuum* de saúde-doença, que Antonovsky encontrou a base comum da teoria geral dos sistemas. Especificamente, Antonovsky acredita que a saúde não é um estado de equilíbrio passivo, mas sim um processo instável. O princípio básico da existência humana não é o equilíbrio e a saúde, mas sim o desequilíbrio, a doença e o sofrimento. Ou seja, a desorganização e a tendência para a entropia é onnipresente no corpo humano, como em qualquer outro sistema (20).

Posto isto, segundo o autor, uma pessoa tem recursos próprios disponíveis para enfrentar os desafios da vida. Esses recursos, como a cultura, a posição social, o género, a etnia, a idade, a genética, a experiência, a auto-estima, os estilos de vida saudáveis e a própria «sorte», entre outros, ajudam as pessoas a construir experiências coerentes na sua vida, têm é de serem capazes de usá-los. Assim, foi criado o conceito fundamental da sua teoria, o Senso de Coerência (SOC) (20–23).

Segundo o autor, o SOC, definido na infância e no início da idade adulta (9), seria composto por três componentes principais: compreensibilidade (componente cognitiva), a capacidade de gestão (componente instrumental ou comportamental) e significado (componente motivacional). Isto é, por um lado a capacidade do sujeito de entender como a vida é organizada e como é que ele enfrenta o mundo; por outro, ser capaz de lidar com os diversos problemas e, finalmente, sentir que a vida é orientada para que os seus objetivos sejam alcançados (20,21,24). Assim sendo, esta teoria sugere que o SOC pode ter os seguintes efeitos sobre a saúde dos indivíduos:

- Ter influência direta sobre os diferentes sistemas orgânicos, uma vez que o SOC afeta o raciocínio do indivíduo, determinando, assim, se a situação à qual ele se encontra exposto é perigosa ou segura. Consequentemente, o organismo apresentará reações de diferentes intensidades e natureza – Compreensão;
- Os indivíduos com elevado SOC mobilizam os recursos existentes, o que leva à redução do *stress* e afeta indiretamente os sistemas fisiológicos - Capacidade de Gestão;
- As pessoas com um elevado SOC são mais propensas a fazer escolhas saudáveis referente ao seu estilo de vida (dieta, exercícios físicos, exames preventivos, entre outros) – Significado (9).

Uma das maiores críticas feitas a este modelo está relacionada com a não inclusão da componente afetiva, sendo sobre-representados os aspetos racional e cognitivo. Embora Antonovsky estivesse ciente deste problema, decidiu não incluir a quarta componente (20).

Antonovsky define o SOC como uma orientação global (20), e como um atributo individual que protege o indivíduo contra as consequências nefastas do *stress* (22,23). Conseguindo desta forma, um indivíduo com um SOC mais elevado permanecer mais tempo saudável (9,22,23,25).

Assim e com base no que já foi exposto, o papel dos profissionais de saúde é apoiar e oferecer opções que permitam que as pessoas tomem decisões informadas e conscientes sobre a sua saúde (20).

É na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em outubro de 1986, em Ottawa (Canadá), que a Promoção da Saúde foi oficialmente definida como o «processo de capacitação das pessoas, para aumentar o controlo sobre a sua saúde» (20).

Quanto à teoria salutogénica, embora não tenha sido explicitamente incluída na Carta de Ottawa, sem dúvida, que influenciou o desenvolvimento da Promoção da Saúde (20,23). O início desta influência aconteceu, formalmente, em 1992, num seminário, realizado na Seção Regional da OMS, em Copenhaga, onde foram discutidas as teorias subjacentes à promoção da saúde, inclusivé o modelo salutogénico (20). Esta influência na base da Promoção da Saúde deveu-se, essencialmente, por três razões principais: primeiro, porque o foco é colocado sobre a resolução dos problemas; em segundo lugar, porque identifica os recursos resistentes, ajudando as pessoas a moverem-se na direção da saúde; e, em terceiro lugar, porque identifica um sentido global generalizado, sobre os indivíduos, grupos, populações ou sistemas, que é refletido no SOC (20).

Apesar de no início este modelo não ter atraído a atenção da comunidade científica, esta situação tem vindo a alterar-se. Segundo Rivera de los Santos *et al.* (2011), de 1992 a 2003, foram publicados mais de 500 artigos relacionados com este modelo, em todo o mundo (20).

A avaliação do SOC é realizada através de um instrumento unidimensional denominado Questionário de Orientação para a Vida (*Orientation to Life Questionnaire*) (26).

Assim, o objetivo principal deste estudo consiste em verificar em que medida o Senso de Coerência e a Polimedicação se relacionam entre si. Paralelamente, proceder-se-á à descrição do perfil sociodemográfico, clínico e farmacoterapêutico em doentes polimedicados, à avaliação da relação entre senso de coerência, uso de psicofármacos, sexo, idade e presença de multimorbilidades.

O problema que se pretende investigar, em termos operacionais, pode ser considerado como a resposta dos indivíduos perante as situações de *stress* em função do seu SOC. Esta resposta materializa-se no consumo recursos de saúde, medicamentos, prevenção e estilos de vida.

Metodologia

Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo do tipo observacional, com caráter transversal, que ocorreu entre outubro de 2015 e fevereiro de 2016.

Dada a intenção de proceder a uma análise da escala de SOC-13 e ao número de itens da medida em estudo, a dimensão da amostra cumpre os critérios de ter um mínimo de 100 indivíduos (27).

Local de Estudo

Este estudo foi realizado em 11 farmácias comunitárias situadas no concelho de Coimbra.

No concelho de Coimbra existem, no total, 49 farmácias comunitárias. O cálculo do número de farmácias, onde o presente estudo foi realizado, teve em conta a fórmula para populações finitas, para um nível de confiança de 90% e um erro amostral de 15%. Por isso, este estudo deveria ter sido realizado realizado em, pelo menos, 19 farmácias comunitárias. No entanto, a equipa de investigação, conseguiu recolher o número de inquiridos necessários, em apenas 11 farmácias, estrategicamente localizadas em diversos pontos do concelho (São Martinho do Bispo, Santa Clara, Eiras, Celas, Sólum, Baixa da cidade de Coimbra), de forma a tornar a amostra recolhida o mais representativa possível.

Amostra em Estudo

A população em estudo englobou todos os doentes polimedicados que se dirigiram às 11 farmácias comunitárias selecionadas, durante o período de recolha de dados, tratando-se, portanto, de uma amostra por conveniência. Desta forma, a técnica de amostragem foi não

probabilística, uma vez que não havia forma de estimar a probabilidade de que cada elemento tinha de pertencer à amostra.

Dada a impossibilidade de averiguar o número de doentes polimedicados, o cálculo da amostra baseou-se no número total de habitantes. Assim, segundo dados de 2014 da PORDATA, a população total de Coimbra é de 136.278 habitantes (28).

A dimensão da amostra foi calculada tendo em conta a fórmula para populações infinitas, para um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%. Posto isto, esta deveria ser constituída, no mínimo, por 384 indivíduos pertencentes à população acima referida.

No plano ideal, dever-se-ia considerar a seleção de uma amostra representativa em termos nacionais das diferentes características da população portuguesa. Dadas as limitações, como condições financeiras e tempo disponível, inerentes a esta investigação, e partindo da revisão bibliográfica, foi escolhida uma zona do país na qual não tinha sido ainda avaliada o SOC e que, também, permitiu uma maior facilidade operacional.

De forma a garantir uma amostra representativa da população em estudo e diminuir a possibilidade de dificuldade de recrutamento, os investigadores estipularam incluir, também, no estudo, utentes em fase inicial de polimedicação, ou seja, que consomem 3 a 4 medicamentos diferentes.

Foram definidos para a inclusão neste estudo, os seguintes critérios:

- Ter mais de 18 anos;
- Consumir 3 ou mais medicamentos diferentes diariamente;
- Fazer a gestão da sua própria medicação;
- Saber ler e escrever.

Desta forma foi, ainda, definido que seriam excluídos todos os utentes que:

- Apresentavam algum tipo de demência, doença maligna ou alguma patologia aguda;
- Tivessem menos de 18 anos;
- Consumissem menos de 3 medicamentos diferentes;
- Não fizessem a gestão da sua própria medicação (residentes em lares, com cuidadores, etc);
- Não soubessem ler nem escrever.

Hipóteses

Antonovsky define que quanto mais alto for o SOC do indivíduo, mais próximo do pólo saúde estará este no *continuum* doença/saúde (20).

Os objetivos atrás descritos, de acordo com o problema em estudo e tendo em conta a bibliografia consultada, permitiram estruturar cinco hipóteses de partida:

- H1: A quantidade de medicamentos influencia o SOC;
- H2: O SOC é influenciado pelo uso de psicofármacos;
- H3: O sexo influencia o SOC;
- H4: O SOC é influenciado pela idade/classe etária;
- H5: O SOC é influenciado pela existência de multimorbilidades.

Definição das Variáveis em Estudo

A caracterização sociodemográfica dos indivíduos que integraram este estudo é realizada a partir das variáveis: sexo, idade, classe etária, habilitações literárias, nível socioeconómico, situação profissional e familiar.

O perfil clínico e terapêutico é definido a partir das variáveis: número de medicamentos consumidos, estatuto de polimedicação, existência de multimorbilidades, consumo de psicofármacos, patologias crónicas diagnosticadas e grupos farmacoterapêuticos dos medicamentos consumidos. Todas as variáveis referidas são elementos interferentes no nível do SOC (Tabela 1).

O SOC, como variável dependente (Tabela 1), é um elemento influenciador das estratégias usadas face aos acontecimentos originadores de *stress*, tanto a nível da saúde física como mental. Este método constitui um contributo para o desenvolvimento de metodologias de intervenção, que visam reforçar a capacidade dos indivíduos gerirem, de modo saudável, o *stress* resultante da exposição a fatores traumáticos de natureza psicossocial (20).

Tabela 1. Tipo de variáveis em estudo.

Variáveis independentes			Variáveis dependentes
Quantitativa	Qualitativa ordinal	Qualitativa nominal	Qualitativa ordinal
Quantidade de medicamentos	Estatuto de polimedicação	Estatuto de polimedicação	SOC
Nº Psicofármacos Consumidos	Classe etária	Patologia crónica	Componente Compreensão
Idade	Nível socioeconómico	Grupo farmacoterapêutico	Componente Gestão
		Sexo	Componente Significado
		Consumo de psicofármacos	
		Habilitações literárias	
		Situação profissional e familiar	
		Existência de multimorbilidades	

SOC – Senso de Coerência.

A OMS (WHO, 2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 65 anos ou mais, em países desenvolvidos. Posto isto, para proceder à definição das classes etárias, seguimos a seguinte classificação: dos 18 aos 35 anos, 'Jovem Adulto'; dos 36 aos 55 anos, 'Adulto'; dos 56 aos 64 anos, 'Adulto Sénior' e com idade igual ou superior a 65 anos, 'Idoso'.

Como anteriormente referido, a definição de polimedicação mais consensual, e portanto a utilizada neste estudo, é a que corresponde à utilização de cinco ou mais medicamentos por dia (14,15). No entanto, de forma, a garantir uma amostra representativa da população em estudo e diminuir a possibilidade de dificuldade de recrutamento, foi estipulado incluir no estudo, também, os utentes em fase inicial de polimedicação, ou seja, que consomem 3 a 4 medicamentos diferentes. Assim, de forma a facilitar a análise dos dados, estipulou-se três estatutos de polimedicação: «Pré-Polimedicados», toma diária de 3 a 4 medicamentos diferentes, «Polimedicados», toma diária de 5 a 9 medicamentos, e «Hiper-Polimedicados», toma diária de 10 ou mais medicamentos diferentes, seguindo a terminologia de Guthrie *et al.* (2015) (14).

Na definição dos estatutos de polimedicação, teve-se em consideração todos os medicamentos sob apresentação de formas orais sólidas, orais líquidas, sistemas transdérmicos, insulinas, aerossóis ou outras formulações para utilização pela via inalatória. As formulações para aplicação oftálmica, nasal, vaginal, retal, tópica e parenteral (exceto as insulinas), apesar de não terem sido contabilizadas na definição dos estatutos de polimedicação, foram enquadradas na análise comparativa entre os grupos farmacoterapêuticos. Tratando-se de formulações de medicamentos de utilização crónica, foram registadas e contabilizadas no respetivo grupo farmacoterapêutico. Por exemplo, um doente com glaucoma, que faça o Xalatan® gotas oftálmicas: este medicamento não foi contabilizado na definição do estatuto de polimedicação, mas foi registado que o utente faz um medicamento pertencente ao grupo farmacoterapêutico «Medicamentos usados em Afeções Oculares».

A definição dos grupos farmacoterapêuticos baseou-se na classificação determinada na versão *on-line* do Prontuário Terapêutico (29).

A definição de existência de multimorbilidades baseou-se na presença de duas ou mais doenças crónicas, na mesma pessoa, seguindo o conceito recentemente adaptado para Portugal (11,13).

De salientar, ainda, que a definição de utentes que não saibam ler nem escrever como critério de exclusão foi cumprida. No entanto, houve utentes que procederam à seleção deste item na descrição das habilitações literárias, com as devidas justificações, o que permitiu a sua

inserção no estudo (e.g. sabem ler e escrever, mas sem frequentar a escola; frequentaram o ensino primário, mas não completaram a antiga 4ª classe). Tal verificou-se pois as suas habilitações literárias não se enquadravam em nenhuma das opções disponíveis no questionário.

Instrumento de Recolha de Dados

De acordo com o anteriormente descrito, o SOC é um instrumento de ponderação que entra em linha de conta, simultaneamente, com vários aspetos da pessoa humana (redes de apoio social, aspetos cognitivos e informacionais), revelando-se promissor quanto à sua capacidade auxiliadora no completar de um quadro de diagnóstico, que oriente o profissional de saúde nos cuidados a prestar (30).

Assim, os sujeitos com um SOC elevado podem revelar-se menos atingidos comportamental/emotivamente, psicológica e psicossomaticamente pelos efeitos do *stress* aos quais estão sujeitos (30).

Para Antonovsky, o SOC é uma orientação global que define: a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os estímulos, emanados dos meios interno ou externo de uma existência, como estruturados, preditíveis e explicáveis (capacidade de compreensão - *comprehensibility*); que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos - (capacidade de gestão - *manageability*); e que essas exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo - (capacidade de investimento - *meaningfulness*) (30).

Posto isto, a Capacidade de Compreensão resume a maneira como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada. A Capacidade de Gestão consiste na perceção que o indivíduo desenvolve dos recursos pessoais ou sociais que estão ao seu alcance, para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Quanto mais alto o sentido de gestão do indivíduo, menos este se sente atingido negativamente pelos acontecimentos e, menos considera a vida como antagónica. A Capacidade de Investimento refere a capacidade de sentido que o sujeito retira dos acontecimentos da vida, e, por isso, encontra razão para neles investir a sua energia e interesse. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece na vida, mas de investir recursos para superar as situações com dignidade (30).

A avaliação do SOC é realizada através de um instrumento denominado Questionário de Orientação para a Vida (*Orientation to Life Questionnaire*), referido na literatura como *Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky* (QSCA) (26).

O QSCA é um instrumento fechado e sistematizado, contendo 29 itens, na versão original (SOC-29) ou 13 itens, numa versão mais curta (SOC-13). Segundo Antonovsky, e como já referido, na composição do SOC há a presença das componentes compreensão (11 itens - SOC-29; 5 itens - SOC-13), gestão (10 itens - SOC-29; 4 itens - SOC-13) e investimento (8 itens - SOC-29; 4 itens - SOC-13). Conforme a sua orientação, essas componentes não devem ser avaliadas separadamente como subescalas do QSCA, uma vez que o instrumento é unidimensional e avalia um único constructo, o Senso de Coerência - SOC. As respostas aos itens são obtidas por uma escala de sete pontos, com valores extremos variando de um a sete, na qual o valor sete representa o mais elevado SOC e o um, o mais fraco. Antes do cálculo para o *score* total da escala, os 13 itens, que são redigidos de forma reversa, têm de ser recodificados, ou seja, o valor sete [7] transformado em um [1], o seis [6] em dois [2] e, assim, sucessivamente, conforme a orientação do autor do questionário (Anexo I). O intervalo possível para a escala varia de 29 a 203, no SOC-29, e de 13 a 91, no SOC-13, com maiores valores significando maior senso de coerência do indivíduo (26).

O QSCA já se encontra adaptado e validado para a língua portuguesa, num estudo realizado em Portugal com 643 indivíduos. Este estudo teve como principal objetivo medir as características globais da personalidade facilitadoras da capacidade de adaptação e de solução de problemas, quando o indivíduo é confrontado com o *stress* da vida quotidiana (30).

No nosso estudo recorreu-se à versão curta do questionário: SOC-13.

O instrumento final de recolha de dados (Anexo II) foi composto por quatro partes:

- ✓ Parte I. Perfil Clínico;
- ✓ Parte II. Perfil Terapêutico;
- ✓ Parte III. Caracterização Sociodemográfica;
- ✓ Parte IV. SOC-13 [Questionário Sentido de Coerência - SCO® - versão portuguesa validada para uma amostra de 643 indivíduos, em 1999 (αC = entre 0.83 e 0.90; $r = 0.88$). Autorização oficial de utilização: Saboga Nunes (Anexo III)].

Recolha de Dados

A recolha de dados decorreu entre outubro de 2015 e fevereiro de 2016, em 11 farmácias comunitárias selecionadas, no concelho de Coimbra.

Os inquiridos reagiram de duas maneiras diferentes ao questionário: a recusa perentória de o preencher, relacionada, na maioria dos casos, com questões de alfabetização ou de falta de tempo; por outro lado, a maioria dos sujeitos manifestou boa receptividade e participação. A maioria dos inquiridos realizaram os seus questionários nas farmácias, enquanto outros

preferiram preencher os seus questionários nos respetivos domicílios e realizar a posterior entrega destes.

Foram eliminados 15 questionários em 400, ou por insuficiência de preenchimento - e.g. mais do que 2 itens da escala SOC não respondidos – ou por preenchimento inconsistente ou por toma de medicação para tratamento de patologia aguda. Foram igualmente eliminados os questionários nos quais os sujeitos responderam somente sobre os extremos do diferencial semântico.

O preenchimento do questionário SOC levou cerca de dez a quinze minutos, sendo que os inquiridos mais jovens e portadores de uma educação média ou superior encontravam-se mais à vontade para fazê-lo.

Este instrumento foi aplicado, maioritariamente, por heteroadministração (Parte I e II) e autoadministração (Parte III e IV), ou seja, inicialmente o inquiridor preencheu o questionário de acordo com as respostas fornecidas pelo inquirido, e posteriormente foi o inquirido que preencheu o restante questionário. No entanto, os mais velhos, por vezes, recorreram ao auxílio do inquiridor.

Processamento e Análise Estatística de Dados

Após a recolha de dados, a sua análise compreendeu as seguintes fases:

- ✓ Estudo descritivo da amostra - os resultados foram tratados por frequências e percentagens.
- ✓ Estudo da distribuição das frequências absolutas para cada variável e cálculo da média e mediana (medidas de tendência central), cálculo da amplitude e desvio padrão (medidas de dispersão) para as variáveis numéricas.
- ✓ Estudo da associação estatística entre as variáveis - utilização de testes de hipóteses. Esta análise bivariada e multivariada foi desenvolvida com o auxílio de tabelas de contingência, de forma a compreender se as diferenças entre as distribuições das variáveis são estatisticamente significativas. Com o auxílio de análises de regressão linear simples e múltipla, procedeu-se à compreensão das relações que se estabelecem entre as variáveis. Desta forma, recorreu-se ao teste de Qui-quadrado, Coeficiente de correlação RHO de Spearman e U de Mann-Whitney, considerando probabilidades inferiores a 0.05 (Tabela 2).
- ✓ Estudo da validade interna da escala SOC através do coeficiente alfa de Cronbach (α C).

Os dados obtidos foram processados e analisados pelo *software SPSS® Statistics 23* para o *Windows*.

Tabela 2. Análise inferencial ou analítica por hipótese de estudo – Definição dos tipos de teste estatístico.

HIPÓTESES DE ESTUDO	TIPOS DE TESTE ESTATÍSTICO
H1: A quantidade de medicamentos influencia o SOC.	Qui-quadrado da independência + Coeficiente de correlação RHO de Spearman
H2: O SOC é influenciado pelo uso de psicofármacos.	Qui-quadrado da independência + U de Mann-Whitney
H3: O sexo influencia o SOC.	Qui-quadrado da independência + U de Mann-Whitney
H4: O SOC é influenciado pela idade/classe etária.	Qui-quadrado da independência + Coeficiente de correlação RHO de Spearman
H5: O SOC é influenciado pela existência de multimorbilidades.	Qui-quadrado da independência + U de Mann-Whitney

SOC – Senso de Coerência.

Os resultados brutos foram tratados de modo a permitir a construção e avaliação das variáveis em estudo. Assim, a informação foi agregada e sintetizada de forma a construir grelhas de resultados, para posterior análise e confirmar ou infirmar as hipóteses de trabalho.

Para a análise da confiabilidade da versão SOC-13 do questionário QSCA, no que se refere à consistência interna dos seus itens, foi calculado o α C, pois apesar de já ter sido adaptado e validado na população portuguesa, num estudo com 643 indivíduos, a região demográfica de aplicação é diferente e a população resume-se, exclusivamente, a indivíduos polimedicados. O α C é uma fórmula que permite determinar a fidedignidade de um instrumento através da sua consistência interna, devendo os seus valores, quando os itens são de resposta múltipla, situar-se entre 0.8 e 1, e nunca serem inferiores a 0.7 (31).

Para a avaliação da validade de constructo da versão SOC-13 do questionário QSCA, foram realizados testes de correlação de Rho de Spearman entre as medidas de senso de coerência, componente compreensão, componente investimento, componente gestão, número de medicamentos, estatuto de polimedicação, idade e classe etária. O teste de U-Mann Whitney permitiu estabelecer uma associação entre as medidas SOC total e o sexo, o consumo de psicofármacos e a presença de multimorbilidades. Para a classificação da força de correlação entre as variáveis, consideraram-se que para valores inferiores ou iguais a 0.2, existe uma correlação muito fraca e/ou sem significância, entre 0.2 e 0.39, uma correlação fraca, entre 0.4 e 0.69, uma correlação moderada, entre 0.7 e 0.89, uma correlação elevada, e para valores superiores a 0.9, verifica-se uma correlação muito elevada (31). A escolha de tal classificação difere entre vários autores, já que esta é comumente usada para tratar correlações entre

medidas dos constructos subjetivos que não podem ser observadas diretamente pelo pesquisador (31).

Implicações Éticas

O processo de investigação garantiu o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação. Desta forma, os dados obtidos são de natureza confidencial e destinam-se estritamente para fins científicos.

Assim, e de forma a garantir a máxima confidencialidade nas fases preparatórias de recolha e de tratamento da informação, todos aqueles que participaram nesta investigação foram esclarecidos dos detalhes que a particularizam.

O pedido de autorização de recolha de dados foi efetuado por escrito a todos os Diretores Técnicos das farmácias comunitárias selecionadas (Anexo IV) para o estudo.

Os inquiridos foram convidados a responder ao questionário apresentado, garantindo-lhes confidencialidade dos dados recolhidos, através da assinatura de uma declaração de consentimento informado (Anexo V).

Esta investigação não possuiu qualquer fonte de financiamento e/ou conflitos de interesse.

Recursos Humanos, Técnicos e Financeiros

Os recursos humanos incluíram os investigadores, bem como os profissionais de farmácia disponíveis e com formação para qualquer ajuda aquando a recolha de dados.

Os recursos técnicos consistiram na utilização de material de escritório e software informático: computador portátil com acesso ao *Microsoft Word*® 2013, *Microsoft Excel*® 2013, *Adobe Acrobat Reader DC*®, *Statistical Package for the Social Sciences*® (*SPSS*®) *Statistics 23* e *Mendeley*® *Desktop 1.16.1*.

Os custos financeiros com a impressão de fotocópias ou de deslocação às diversas farmácias comunitárias foram suportados pela investigadora principal.

Ensaio Piloto

Dada a natureza desta investigação, existiu a necessidade de se proceder à realização de um ensaio piloto, com o questionário SOC-13.

Este ensaio piloto teve como objetivos principais:

- ✓ Verificar a adequação do questionário;
- ✓ Detetar e corrigir os vieses e as incoerências introduzidos pelos investigadores;
- ✓ Medir o tempo de preenchimento dos suportes de recolha de informação;

- ✓ Verificar a compreensibilidade de todos os itens pelos potenciais participantes do estudo;
- ✓ Ponderar e minimizar as dificuldades que se revelassem ao longo do processo de investigação.

O ensaio piloto decorreu durante os meses de agosto e setembro de 2015, numa das farmácias comunitárias selecionadas, e foi testado em 39 indivíduos, que cumpriam na íntegra os critérios de inclusão e exclusão.

A farmácia selecionada para a execução do ensaio piloto foi excluída da amostra de farmácias selecionadas para a realização do estudo final.

Nesta fase, e como anteriormente referido, foi testado o tempo de preenchimento, a compreensão, a pertinência, a unicidade e a recetividade das questões, para avaliar se este processo se enquadrava nos objetivos definidos pela presente investigação.

Foram realizadas as correções e alterações necessárias nas perguntas seguintes:

- Inserção da definição do conceito «Senso de Coerência», na capa do questionário, de forma a tornar mais perceptível o objetivo principal da investigação em curso;
- Inserção do parâmetro «Dislipidémia (Colesterol Elevado)», na parte I - Perfil Clínico;
- Reformulação dos parâmetros 3, 4 e 5, na parte I - Perfil Clínico, dando ao utente mais hipóteses de compreender a patologia em causa;
- Omissão dos indicadores «Posologia» e «Tempo de Tratamento», na parte II – Perfil Terapêutico, por não apresentarem grande relevância no estudo em questão;
- Alteração do enquadramento da questão «Pratica algum tipo de atividade física/desportiva?», da parte II, para a parte III – Caracterização Sociodemográfica;
- Inserção de um cabeçalho explicativo sobre o QSCA, na parte IV – QSCA;
- Reformulação da sintaxe e a morfologia das questões 3, 5, 6, 11 e 12, na parte IV – QSCA.

Os resultados obtidos da aplicação do referido instrumento de recolha de dados a 39 participantes, foram os seguintes: 64.1% dos indivíduos pertencem ao sexo feminino, com uma média de idades de 62.64 anos ($dp=\pm 15.1289$). Verificou-se que 66.7% não praticava qualquer atividade física. A Hipertensão Arterial (HTA) foi a doença mais prevalente (64.1%), seguida das Dislipidémias (43.6%). Os indivíduos da amostra consumiam uma média diária de 5.46 medicamentos ($dp=\pm 2.075$), sendo que 48.7% eram polimedicados. Dos 213 medicamentos referenciados, 32.9% pertenciam ao grupo farmacoterapêutico «Aparelho Cardiovascular» e 26.3% ao «Sistema Nervoso Central (SNC)».

Relativamente à análise do SOC-13, a compreensibilidade do questionário foi confirmada pelo número de questionários preenchidos na totalidade (100%). A média do indicador de cruzamento «auto perceção de saúde» foi de 4.21 ($dp=\pm 1.784$) e dos indicadores de «saúde mental» foi de 10.13 ($dp=\pm 3.302$).

Na avaliação da validade do constructo, destacam-se os valores correlacionais verificados entre as seguintes variáveis: SOC e as suas componentes, e número de medicamentos consumidos e estatuto de polimedicação. Relativamente ao número de medicamentos, verificou-se uma correlação negativa muito fraca com o *score* total e com o *score* da compreensão, $r=-0.089$ e $r=-0.128$, respetivamente. Quanto ao número de medicamentos verificou-se uma correlação negativa de natureza fraca com o *score* do investimento, $r=-0.249$. O estatuto de polimedicação e o *score* do investimento apresentam uma correlação negativa fraca, $r=0.280$.

A consistência interna do instrumento foi verificada pelo αC , obtendo-se um valor igual a 0.864, o que demonstra a existência de uma consistência interna bastante aceitável (32).

O tempo de resposta média, por questionário, foi de 20 minutos.

Resultados

Caracterização Sociodemográfica da Amostra

A nossa amostra final foi constituída por 385 indivíduos, sendo que a maioria, 61.8% (n=238) são mulheres e 38.2% são homens (n=147), com uma média de idades de 65.18 anos ($dp=\pm 14.29$) que se distribui dos 22 aos 97 anos de idade. Comprova assim, que a maioria dos indivíduos em estudo está incluída na classe etária 'Idoso' (60.5%) (Tabela 3).

Tabela 3. Caracterização da população em estudo.

Variáveis		N	%
Sexo	Feminino	238	61.8
	Masculino	147	38.2
Classe Etária	Jovem Adulto	15	3.9
	Adulto	58	15.1
	Adulto Sénior	79	20.5
	Idoso	233	60.5
Nacionalidade	Portuguesa	383	99.5
	Luso-Luxemburguesa	1	0,3
	Luso-Brasileira	1	0,3
Habilitações Literárias	Sabem ler e escrever sem regime de ensino	18	4.7
	Ensino Primário	182	47.6
	Ensino Básico	70	18.3
	Ensino Secundário	62	16.2
	Ensino Superior	50	13.1
Nível Socioeconómico	Alto	6	1.6
	Médio	200	51.9
	Baixo	167	43.4
Agregado Familiar	Vive Sozinho(a)	57	14.9
	Vive Acompanhado(a)	326	85.1
Situação Profissional	Reformados	264	68.9
	Trabalhadores por conta de outrem	73	19.1
	Trabalhadores por conta própria	8	2.1
	Desempregados	19	5.0
	Domésticas	16	4.2
	Estudantes	3	0.8
Estado Civil	Casado(a)	245	63.6
	Solteiro(a)	31	8.1
	Viúvo(a)	75	19.5
	Divorciado(a)/Separado(a)	23	6.0
	União de Fato	11	2.9
Atividade Física	Não pratica	266	69.6
	1/semana	18	4.7
	2/semana	55	14.4
	3 ou mais/semana	43	11.3

Os indivíduos da nossa amostra apresentam habilitações literárias ao nível do ensino primário (47.6%), verificando-se, ainda, que 16.2% destes apresentam o ensino secundário e 13.1% o ensino superior. A grande maioria assume um nível socioeconómico médio e baixo, respectivamente, 51.9% e 43.4%, tendo uma situação profissional onde se evidencia que 68.9% dos participantes são reformados e 19.1% são trabalhadores por conta de outrem.

Relativamente ao estado civil, a maioria é casada (63.6%) e vive acompanhada (85.1%). Evidenciou-se, também, que 69.6% da amostra não pratica qualquer tipo de atividade física (Tabela 3).

Perfil Clínico e Terapêutico

Relativamente ao perfil clínico dos indivíduos em estudo, verificou-se que 91.7% apresenta multimorbilidades e que a HTA é a doença mais prevalente, em 59.7% (n=230) dos indivíduos, seguindo-se as Dislipidémias, com 51.2% (n=197) (Tabela 4).

Como observado na Tabela 4, confirmou-se a nossa suspeita inicial de que as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbilidade na população em estudo, já que, para além da prevalência da HTA e das Dislipidémias referida, 93 indivíduos apresentam Arritmias e/ou Angina de Peito, 45 tiveram Enfarte e/ou Acidente Vascular Cerebral (AVC) e 13 têm Insuficiência Venosa.

Tabela 4. Nº de indivíduos por patologia crónica.

Patologias Crónicas	Nº de indivíduos (n)
Hipertensão Arterial	230
Dislipidémias	197
Depressão	129
Artroses	112
Diabetes Mellitus	103
Arritmias/Angina de Peito	93
Obesidade	75
Perturbações do Sono	65
Patologias Geniturinárias	49
Enfarte/Acidente Vascular Cerebral	45
Perturbações Tiróideias	44
Osteoporose	41
Ansiedade	41
Bronquite Crónica/Asma	39
Gota	29
Outros Transtornos Neurológicos	25
Perturbações Gastrintestinais	22
Anemia	22
Perturbações do Equilíbrio/Auditivas	20
Doenças Oculares	20
Insuficiência Renal	18
Insuficiência Venosa	13
Doenças Auto-Imunes	11
Perturbações Alérgicas	9
Aterosclerose	8
Outras	7

Quanto ao perfil terapêutico, os indivíduos da amostra utilizam um total de 2299 medicamentos diários, com uma média de de 5.97 (dp=±2.919), variando entre 3 e 18 o número

de medicamentos consumidos por dia por utente. Sendo assim, verifica-se que 47.8% (n=184) são polimedicados, 39.2% (n=151) são pré-polimedicados e 13.0% (n=50) são hiper-polimedicados.

A análise ao perfil farmacoterapêutico demonstrou que, dos 2299 medicamentos referenciados, 780 (33.93%) pertenciam ao grupo farmacoterapêutico «Aparelho Cardiovascular» e 530 (23.05%) ao «SNC», sendo estes os grupos farmacoterapêuticos mais utilizados pelos utentes em estudo, tal como o ensaio piloto já havia demonstrado. Seguem-se, como os mais consumidos, os grupos farmacoterapêuticos «Hormonas e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas», «Sangue» e «Aparelho Digestivo», com 224 (9.74%), 188 (8.18%) e 164 fármacos (7.13%), respetivamente - Gráfico 1.

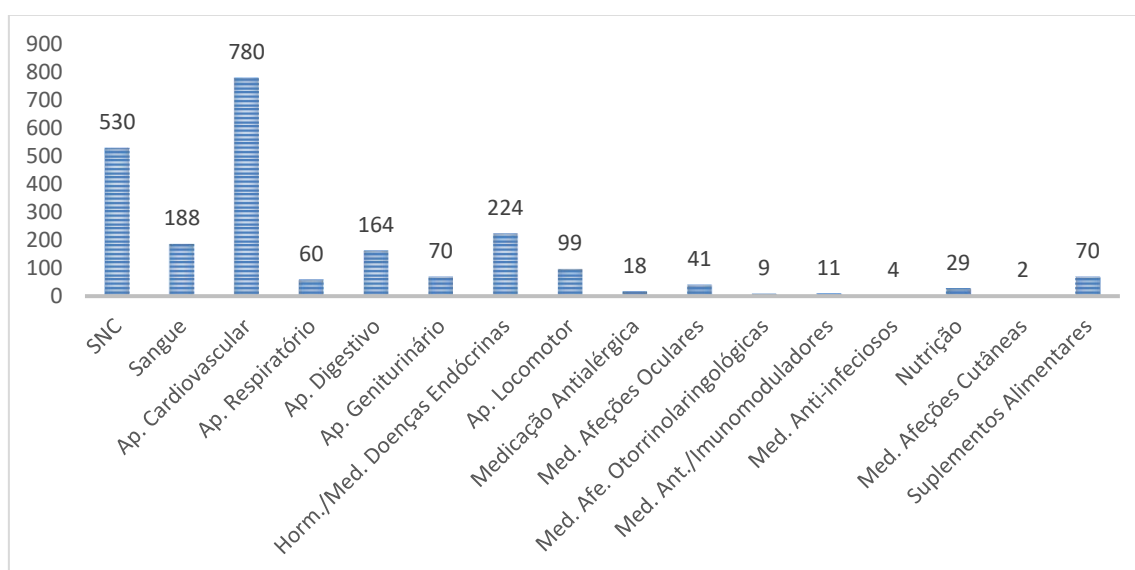


Gráfico 1. Nº de medicamentos consumidos por grupo farmacoterapêutico principal.

Ap. – Aparelho; Horm./Med. – Hormonas e medicamentos; Med. – Medicamentos; Med. Afe. – Medicamentos usados em afeções; Med. Ant. – Medicamentos antineoplásicos; SNC – Sistema Nervoso Central.

O grupo farmacoterapêutico principal «Aparelho Cardiovascular» é o mais representativo do número total de medicamentos consumidos pela população em estudo. Num total de 780 fármacos consumidos diariamente, variando entre 1 a 7 por utente, os Antihipertensores (n=456) é o grupo farmacoterapêutico secundário com maior número de medicamentos ingeridos, seguido dos Antidislipidémicos (n=211) (Tabela 5).

Tabela 5. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «Aparelho Cardiovascular» por grupo farmacoterapêutico secundário.

Grupo Farmacoterapêutico Secundário	Nº de medicamentos consumidos (n)
Antihipertensores	456
Antiarrítmicos	30
Vasodilatadores	83
Antidislipidémicos	211

Ao analisar os «Antihipertensores», verificamos que a sua toma varia entre 1 a 5 anti-hipertensores por utente e, que 70 destes são Diuréticos da Ansa, 95 são Bloqueadores Beta, 56 são Bloqueadores da Entrada de Cálcio, 52 são Inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECAs), 64 são Antagonistas dos Recetores de Angiotensina (ARAs), 1 é Agonista Alfa 2 Central, 32 são Tiazidas e Análogos e 86 pertencem ao grupo Associação de Hipertensores em Dose Fixa.

Nos «Antidislipídemicos», a sua toma varia entre 1 e 2 antidislipídemicos por utente e, 179 destes são Estatinas, 8 são Inibidores Seletivos da Absorção de Colesterol, 11 são Fibratos, 3 pertencem ao grupo Associações Fixas de Estatinas e Fibratos e 10 à classe Outros Antidislipídemicos, que inclui, por exemplo, a associação fixa de Estatinas e Inibidores Seletivos da Absorção de Colesterol.

O grupo farmacoterapêutico principal «SNC» é sem dúvida dos mais representativos do número total de medicamentos consumidos pela população em estudo. Num total de 530 fármacos consumidos diariamente, variando entre 1 a 6 por utente, os psicofármacos (n=385) é o grupo farmacoterapêutico secundário com maior número de medicamentos ingeridos (Tabela 6).

Tabela 6. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «SNC» por grupo farmacoterapêutico secundário.

Grupo Farmacoterapêutico Secundário	Nº de medicamentos consumidos (n)
Psicofármacos	385
Antiepiléticos e Anticonvulsivantes	34
Analgésicos estupefacientes	23
Antiparkinsonianos	10
Relaxantes Musculares	10
Antieméticos e Antivertiginosos	35
Outros medicamentos com ação no SNC	8
Analgésicos e Antipiréticos	25

Ao proceder à análise farmacoterapêutica da saúde mental dos participantes, e tal como já referido, verificamos que são consumidos 385 psicofármacos diariamente, variando entre 1 a 5 por utente. Posto isto, 60.5% (n=233) dos participantes faz pelo menos um psicofármaco por dia, sendo as benzodiazepinas a classe mais consumida (48.6%), seguida dos Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS) (21.3%), tal como é demonstrado no Gráfico 2.

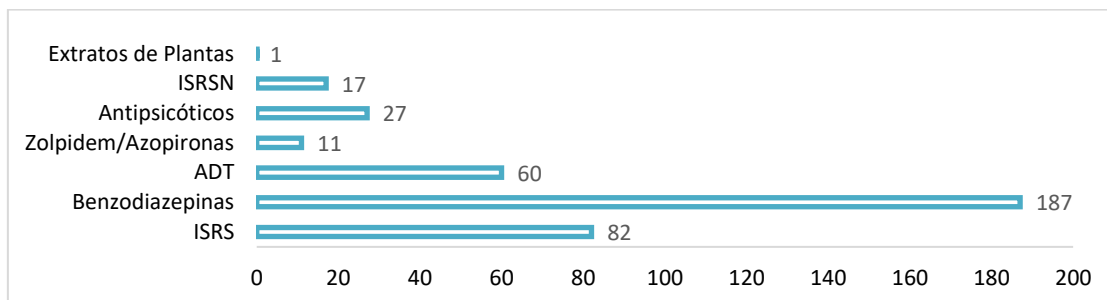


Gráfico 2. Nº de medicamentos consumidos por classe de psicofármacos.

ADT – Antidepressivos Tricíclicos; ISRS – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina; ISRSN – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina.

Ao realizar uma análise por classe de psicofármacos, constatamos que, no caso das benzodiazepinas, a toma por utente varia entre 1 a 4 medicamentos desta classe, enquanto no caso dos ISRS varia entre 1 e 2 (Tabela 7).

Tabela 7. Nº de utentes por nº de medicamentos consumidos de cada classe de psicofármacos.

Classe Psicofármacos	Nº utentes/Nº medicamentos por classe de psicofármacos			
	1	2	3	4
ISRS	81	1	-	-
Benzodiazepinas	160	23	3	1
ADT	59	1	-	-
Zolpidem/Azopironas	11	-	-	-
Antipsicóticos	23	3	1	-
ISRSN	17	-	-	-
Extratos de Plantas	1	-	-	-

ADT – Antidepressivos Tricíclicos; ISRS – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina; ISRSN – Inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina.

O grupo farmacoterapêutico principal «Hormonas e Medicamentos usados em Doenças Endócrinas» representa 9.74% do total de medicamentos consumidos pela amostra em estudo. Num total de 224 fármacos consumidos diariamente, variando entre 1 a 4 por utente, Insulinas, Antidiabéticos Orais e Glucagon (n=148) é o grupo farmacoterapêutico secundário com maior número de medicamentos ingeridos (Tabela 8).

Tabela 8. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «Hormonas e Medicamentos usados em Doenças Endócrinas» por grupo farmacoterapêutico secundário.

Grupo Farmacoterapêutico Secundário	Nº de medicamentos consumidos (n)
Insulinas, Antidiabéticos Orais e Glucagon	148
Hormonas da Tiróide e Antitiroideus	48
Corticosteróides	9
Hormonas Sexuais	19

Ao analisar o grupo «Insulinas, Antidiabéticos Orais e Glucagon», verificamos que a sua toma varia entre 1 a 4 por utente, e que 27 são Insulinas e 121 são Antidiabéticos Orais: 4 Inibidores da Alfa Glucosidase, 16 Sulfonilureias, 53 Biguanidas, 16 Inibidores da Dipeptidil Peptidase 4, 1 Glitazona e 31 Associações Fixas de Antidiabéticos Orais.

O grupo farmacoterapêutico principal «Sangue» representa 8.18% do total de medicamentos consumidos pela amostra em estudo. Num total de 188 fármacos consumidos diariamente, variando entre 1 a 3 por utente, os Anticoagulantes e Antitrombóticos (n=161) é o grupo farmacoterapêutico secundário com maior número de medicamentos ingeridos (Tabela 9).

Tabela 9. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «Sangue» por grupo farmacoterapêutico secundário.

Grupo Farmacoterapêutico Secundário	Nº de medicamentos consumidos (n)
Anticoagulantes e Antitrombóticos	161
Antianémicos	27

Verificámos que a sua toma diária de «Anticoagulantes e Antitrombóticos», varia entre 1 a 2 por utente, e que 120 são Antiagregantes Plaquetários e 41 são Anticoagulantes: 17 Antivitamínicos K, 1 Heparina, 1 Eritropoetina e 22 pertencentes à classe Outros Anticoagulantes, que inclui, por exemplo, os Inibidores Diretos da Trombina ou do Fator Xa.

O grupo farmacoterapêutico principal «Aparelho Digestivo» representa 7.13% do total de medicamentos consumidos pela amostra em estudo. Num total de 164 fármacos consumidos diariamente, variando entre 1 a 2 por utente, os Antiácidos e Anti-ulcerosos (n=132) é o grupo farmacoterapêutico secundário com maior número de medicamentos ingeridos (Tabela 10).

Tabela 10. Nº de medicamentos consumidos pertencentes ao «Aparelho Digestivo» por grupo farmacoterapêutico secundário.

Grupo Farmacoterapêutico Secundário	Nº de medicamentos consumidos (n)
Antiácidos e Anti-Ulcerosos	132
Anti-inflamatórios intestinais	3
Suplementos enzimáticos, bacilos láteos e análogos	3
Modificadores da motilidade gastrointestinal	9
Antiespasmódicos	8
Medicamentos que atuam no fígado e vias biliares	9

Finalmente, quanto aos «Antiácidos e Anti-ulcerosos», verificámos que a sua toma varia entre 1 a 2 por utente, e que 124 são Inibidores da Bomba de Protões e 8 são Protetores da Mucosa Gástrica.

Senso de Coerência - SOC-13

Relativamente à análise do SOC-13, a compreensibilidade do questionário foi confirmada pelo número de questionários preenchidos na totalidade: 347 questionários (90.13%).

Os itens 1, 4 e 7 foram os itens que obtiveram mais respostas direcionadas ao valor sete do questionário. O item 1 foi aquele que apresentou maior frequência para esse extremo da escala, 27.5%, conforme se pode observar na Tabela 11.

Tabela 11. Distribuição das respostas aos itens do SOC-13.

SOC-13	Valor 1 (%)	Valor 2 (%)	Valor 3 (%)	Valor 4 (%)	Valor 5 (%)	Valor 6 (%)	Valor 7 (%)	Sem Valor (%)
Item 1	9.4	6.8	9.9	11.4	13.8	20.0	27.5	1.3
Item 2	13.5	22.3	23.9	15.3	12.5	7.8	4.7	0.0
Item 3	9.4	19.7	24.9	17.7	10.6	7.0	9.9	0.8
Item 4	6.0	5.2	6.5	11.2	22.3	26.8	21.0	1.0
Item 5	6.0	11.9	16.6	14.3	15.3	21.8	12.7	1.3
Item 6	8.1	16.4	15.8	13.8	16.4	19.2	9.6	0.8
Item 7	4.9	9.9	8.6	16.4	17.4	22.1	20.0	0.8
Item 8	6.5	10.1	17.9	9.6	15.1	27.5	13.2	0.0
Item 9	12.5	13.5	22.1	13.2	14.3	15.6	8.3	0.5
Item 10	2.6	14.5	15.1	18.2	15.1	16.9	17.7	0.0
Item 11	6.0	11.9	11.9	28.3	16.9	16.1	8.6	0.3
Item 12	6.8	5.7	11.9	10.6	19.2	29.4	16.1	0.3
Item 13	8.3	14.0	19.2	9.6	18.7	18.7	10.6	0.8

A presença do efeito *ceiling*, ou seja, frequência maior do que 15% de respostas dos participantes pelo maior *score* possível da escala, foi observada nos itens 1, 4, 7, 10 e 12. Não se verificou a existência do efeito *floor*, ou seja, frequência maior do que 15% de respostas dos participantes pelo menor *score* possível da escala.

Quanto à mediana dos itens, os valores variaram de três (itens 2 e 3) a cinco (item 1, 4, 7, 8 e 12). As médias dos itens variaram de 3.33 (item 2) a 5.05 (item 4), com um intervalo possível de 1 a 7.

A média do SOC-13 para os 385 participantes que responderam ao questionário foi de 56.05 ($dp=\pm 13.088$) e mediana de 57. O intervalo obtido variou entre 16 e 81, revelando que existem 69 utentes com um baixo senso de coerência, 253 com médio e 63 utentes apresentam um elevado senso de coerência (Tabela 12).

Tabela 12. Análise descritiva do SOC geral e das suas componentes.

	Média (dp)	Mediana	Intervalo possível	Intervalo obtido
SOC	56.05 (± 13.088)	57	13-91	16-81
Compreensão	20.01 (± 5.827)	20	5-35	5-33
Gestão	16.66 (± 4.532)	16	4-28	6-27
Investimento	19.37 (± 4.997)	20	4-28	4-28
Auto-perceção de saúde	4.11 (± 1.612)	4	1-7	1-7
Saúde mental	15.87 (± 4.235)	17	3-21	3-21

Relação entre Polimedicação e Senso de Coerência

Nesta análise, destacam-se os valores correlacionais verificados entre o SOC e as suas componentes com o número de medicamentos consumidos, o estatuto de polimedicação, idade, classe etária, o indicador de cruzamento «auto perceção de saúde», os indicadores de

cruzamento «saúde mental», a utilização de psicofármacos, a presença de multimorbilidades e o sexo.

Relativamente ao número de medicamentos e ao estatuto de polimedicação, verificaram-se correlações negativas fracas com o SOC total, *score* da compreensão, da gestão e do investimento, mas estatisticamente significativas (Tabela 13).

Quanto à idade e à classe etária dos indivíduos em estudo, detetaram-se correlações negativas muito fracas, mas estatisticamente significativas, com o SOC total e com o *score* da compreensão e do investimento (Tabela 13).

O indicador de cruzamento «auto percepção de saúde» correlaciona-se positivamente e de forma moderada com o SOC total, *score* da compreensão e da gestão, e de forma fraca com o *score* do investimento (Tabela 13).

Os indicadores de cruzamento «saúde mental», correlacionam-se positivamente e de forma moderada com o SOC total e com o *score* do investimento, e de forma fraca com os *scores* da compreensão e da gestão (Tabela 13).

Tabela 13. Análise correlacional com o SOC e as suas componentes.

	<i>SOC Total</i>	<i>Compreensão</i>	<i>Gestão</i>	<i>Investimento</i>
Nº medicamentos	-0.340**	-0.378**	-0.248**	-0.220**
Estatuto de Polimedicação	-0.347**	-0.389**	-0.245**	-0.235**
Idade	-0.163**	-0.177**	-0.069	-0.147**
Classe Etária	-0.132**	-0.152**	-0.052	-0.109*
Auto-percepção de saúde	0.517**	0.495**	0.446**	0.366**
Saúde Mental	0.511**	0.370**	0.380**	0.585**

De acordo com a análise de regressão múltipla, SOC total, *score* compreensão, *score* gestão e *score* investimento como variáveis dependentes (Rho de Spearman).

*p<0.05

**p<0.01

Verificou-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas, para um intervalo de 95% de confiança (p<0.05), entre o SOC total e o sexo, o consumo de psicofármacos e a presença de multimorbilidades (Tabela 14).

Tabela 14. Análise descritiva do SOC – Sexo, consumo de psicofármacos e presença de multimorbilidades.

Variável Qualitativa Nominal		SOC Média(dp)	SOC Mínimo	SOC Máximo
Sexo	Feminino	54.66 (dp=±13.522)	16	81
	Masculino	58.3 (dp=±12.060)	17	81
Consumo de Psicofármacos	Sim	53.09 (dp=±13.722)	16	81
	Não	60.59 (dp=±10.583)	31	81
Presença de Multimorbilidades	Sim	55.52 (dp=±13.066)	16	81
	Não	61.91 (dp=±12.017)	33	79

U-Mann Whitney (p<0.05)

Finalmente, a consistência interna do questionário de Senso de Coerência – SOC foi verificada pelo α C, obtendo-se um valor igual a 0.820.

Discussão

Na caracterização sociodemográfica da população em estudo, a média de idades de 65.18 anos, comprova, tal como era expetável, que se trata de uma população, maioritariamente, idosa (60.5%). De fato, em Portugal, à semelhança do resto do mundo, o envelhecimento populacional é um problema social, de grandes dimensões, onde o papel do profissional de saúde pode ser preponderante na promoção de auto-cuidados de saúde. Para além do problema social, o envelhecimento está associado a uma dimensão económica que coloca em causa os sistemas de saúde.

Na caracterização sociodemográfica, evidenciou-se, ainda, o problema do sedentarismo, já previsível dada a média de idades. Apesar de todos os esforços já existentes para o combater, 69.6% da amostra não pratica qualquer tipo de atividade física.

Um estudo transversal realizado, na cidade do Porto, com uma amostra de 747 doentes, com mais de 64 anos, atendidos numa instituição de cuidados primários, determinou um valor percentual de polimedicação equivalente ao da nossa investigação: 59.2% vs 60.8%, respetivamente (6). No entanto, quando analisamos apenas os utentes com mais de 64 anos, o nosso valor percentual da polimedicação aumenta para 74.0%. Esta diferença poder-se-à dever à obrigatoriedade, para inclusão neste estudo, do consumo mínimo diário de 3 medicamentos.

Ao avaliarmos o valor percentual de polimedicação global, verificamos que o sexo feminino é responsável por 36.9% e o sexo masculino por 23.9% do valor percentual total de polimedicação. No entanto, ao fazer a mesma análise por sexo, verificamos que o sexo masculino detém uma maior percentagem de homens polimedicados do que o sexo feminino: 62.6% vs 59.7%. Estes resultados contradizem o descrito na literatura e os resultados obtidos no estudo português anteriormente referido - 54.8% dos homens e 62.0% das mulheres são polimedicados. Isto pode justificar-se pela enorme discrepância no número de indivíduos inquiridos de ambos os sexos (6,8).

Este mesmo estudo determinou, ainda, à semelhança da nossa investigação, que a patologia mais prevalente é a HTA: 61.2% vs 59.7%, respetivamente (6).

Outro estudo português, com uma amostra de 1.993 doentes, atendidos em várias instituições de cuidados primários, das 5 Administrações Regionais de Saúde, de Portugal Continental, determinou que 72.7% da população em estudo apresentou multimorbididades e que a sua probabilidade aumentou com a idade, com a inatividade para o trabalho e com a menor literacia (13). Na nossa investigação, contrariamente ao demonstrado no estudo referido,

verificou-se que 91.7% dos indivíduos é multimórbido. Esta discrepância de valores poder-se-à dever à obrigatoriedade do consumo mínimo diário de 3 medicamentos e à diferença de tamanhos das amostras e de heterogeneidade destas, já que a nossa investigação não recorreu a uma amostra representativa em termos nacionais das diferentes características da população portuguesa. No entanto, a prevalência da multimorbilidade comportou-se de forma igual com o aumento da idade, ou seja, aumentou para 98.3%, quando avaliada somente na população idosa (mais de 64 anos).

Nesta investigação, o perfil de doenças crónicas e as classes farmacoterapêuticas predominantes demonstram que a polimedicação pode estar relacionada a tratamentos de longa duração, o que, por conseguinte, requer a atenção e o acompanhamento contínuos dos profissionais de saúde. Desta forma, a gestão da polimedicação no doente com multimorbilidade poderá envolver uma abordagem centrada no doente (educação e responsabilização do mesmo), a revisão de listas de medicamentos, a utilização dos meios informáticos e medidas não farmacológicas (12).

Os medicamentos mais utilizados foram os que atuam no sistema cardiovascular, seguidos dos que atuam no SNC e dos que pertencem aos grupos farmacoterapêuticos «Hormonas e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas», «Sangue» e «Aparelho Digestivo». Estes dados apresentam consistência com resultados encontrados em estudos anteriores (6,8).

De facto, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morbilidade na população estudada, já que a patologia mais prevalente é a HTA, seguida das Dislipidémias. Segundo dados da Direção Geral de Saúde (DGS), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte em Portugal, o que justifica que se mantenha no topo das prioridades no que se refere ao planeamento em saúde. Em 2014, só o acidente vascular cerebral isquémico representou cerca de 20 mil episódios e 250 mil dias de internamento (33). Assim, a necessidade da prevenção cardiovascular, nesta amostra, confirma os dados anteriormente referidos, já que 85.64%, dos medicamentos pertencentes ao grupo farmacoterapêutico «Sangue», são Anticoagulantes e Antitrombóticos.

Os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental são a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura, em todo o mundo (34), sendo esta a causa provável do consumo significativo de medicamentos com ação no SNC. Na verdade, os indivíduos da amostra estudada relataram que apresentam queixas de insónia (16.89%), ansiedade (10.65%) e depressão (33.5%).

De acordo com o relatório "Saúde Mental em Números - 2015", a proporção de registo de perturbações de ansiedade e depressivas, nas instituições de cuidados primários de saúde, têm

aumentado consideravelmente, em Portugal, uma vez que a média nacional, em 2011, foi de 4.89% e, em 2014, foi de 7.98%. Assim, o consumo de psicofármacos tem vindo a aumentar (34).

Em Portugal Continental, entre 2010 e 2014, foram dispensados, em regime ambulatorio abrangido pelo SNS, 662.694.173 psicofármacos, e destes 48.7% eram antidepressivos, 43.0% eram ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, 6.68% eram antipsicóticos e 1.62% eram outros psicofármacos (34).

Contrariamente ao relatório "Saúde Mental em Números - 2015", da DGS, em que os antidepressivos são os psicofármacos mais consumidos, neste estudo são os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (51.70%), seguidos pelos antidepressivos (41.3%) e antipsicóticos (7.00%). Porém, há que notar que este estudo foi feito numa população restrita.

O consumo de medicamentos pertencente ao grupo farmacoterapêutico «Hormonas e medicamentos usados no tratamento de doenças endócrinas» observado neste estudo, está, maioritariamente, relacionado com a prevalência da Diabetes Mellitus nesta população (26.75%). Na verdade, o consumo de medicamentos para a Diabetes tem estado a aumentar, significativamente, ao longo dos últimos anos, em toda a Europa. Em Portugal, no ano de 2013, o equivalente a 63 em cada 1.000 habitantes, ou seja, 6.3% da população, recebiam tratamento de antidiabéticos orais e insulinas. As razões apontadas para esta dinâmica, são, para além do aumento da prevalência da doença, o aumento do número e da proporção de pessoas tratadas, bem como as dosagens médias utilizadas nos tratamentos (35).

Em 2014, a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa, com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos, foi de 13.1%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses, neste grupo etário, tinha Diabetes. Registam-se, ainda, outros indicadores com evoluções preocupantes, como por exemplo o aumento dos internamentos associados à diabetes, o aumento da diabetes gestacional, a diminuição do número de utentes com retinografias realizadas, bem como o aumento da despesa com medicamentos. Desta forma, cabe a todos nós não baixar a guarda na luta sem tréguas contra a pandemia da Diabetes (35).

O consumo de medicamentos que atuam no aparelho digestivo observado, nesta investigação, pode estar relacionado com a necessidade de alívio dos sintomas, na mucosa gástrica, provocados pelo uso excessivo de medicamentos, como consequência da própria polimedicação. É importante referir, também, que alguns fármacos podem ocasionar sintomas gástricos, como os anti-inflamatórios não esteroides, que provocam irritação e úlcera gástrica, e os anticolinérgicos que reduzem a motilidade do trato gastrointestinal.

Outro dado importante é que apesar, do consumo de suplementos alimentares nesta população, ainda ser modesto (3.04%), o uso de *Over-the-Counters* (OTCs) tem vindo a aumentar de forma constante (36), pelo que o aconselhamento do profissional de farmácia é

determinante. É importante referir que a comparação com outros estudos é difícil, já que grande maioria não inclui os OTCs na definição de polimedicação.

Na avaliação do SOC dos participantes, constataram-se valores entre 16 e 81, num intervalo possível de 13 a 91. Relativamente, à média do *score* do SOC, constatou-se o valor de 56.05 ($dp=\pm 13.088$), pelo que se pode concluir que a população em estudo apresenta um *score* médio de SOC. No entanto, verificou-se a existência de 69 utentes com um baixo SOC, demonstrando a necessidade de intervenção, junto aos indivíduos polimedicados, de equipas multidisciplinares em saúde, de forma a trabalharem a capacidade de lidar com o *stress* vivenciado pela toma de múltiplos medicamentos. A comparação com outros estudos não é possível, já que não foram encontrados estudos em que o SOC tenha sido avaliado em doentes polimedicados.

A auto-avaliação de saúde expressa a percepção do indivíduo baseada em interpretações da saúde física, cognitiva, emocional, além das suas expectativas e dos seus referenciais de comparação. Assim, a rotina do uso de medicamentos, incluindo horários, via de administração, medicamento e dose correta, bem como a quantidade de medicamentos consumidos, podem contribuir para uma sensação de ausência de saúde e, conseqüentemente, uma auto-percepção péssima da saúde. A presença de multimorbilidades, as possíveis interações medicamentosas ou efeitos adversos podem reforçar a condição de uma má auto percepção de saúde (8).

Na avaliação, do indicador de cruzamento «auto percepção de saúde» obteve-se uma média de 4.11 ($dp=\pm 1.612$; intervalo possível de um a sete), o que significa que os indivíduos, da população em estudo, aparentam ter uma média auto percepção da sua saúde. Posto isto, reafirma-se a necessidade de atuação dos profissionais de saúde no tratamento não farmacológico e em atividades de educação em saúde, o que, por sua vez, poderá contribuir na redução da polimedicação e numa melhor auto percepção de saúde. É importante salientar, no entanto, que a «auto percepção de saúde» foi avaliada como um indicador de cruzamento, recorrendo-se apenas a um item, pelo que o *score* obtido pode não ser o mais real.

Na avaliação dos indicadores de «saúde mental» obteve-se uma média de 15.87 ($dp=\pm 4.235$; intervalo possível de três a vinte e um), o que se traduz num *score* de natureza média-alta, ou seja, os indivíduos da população em estudo consideram apresentar uma boa saúde mental. Este *score* é bastante favorável, dado o valor percentual de polimedicação obtido (60.8%) e do consumo de psicofármacos (60.5%).

Na avaliação da validade do constructo, destacam-se os valores correlacionais verificados entre as variáveis, o SOC e as suas componentes com o número de medicamentos consumidos, o estatuto de polimedicação, idade, classe etária, o indicador de cruzamento «auto percepção de saúde», os indicadores de cruzamento «saúde mental», a utilização de psicofármacos, a presença de multimorbilidades e o sexo. Tal como era expectável, verificaram-se correlações

negativas entre o SOC total e, na sua maioria, os *scores* de todas as componentes (compreensão, gestão e investimento) e o número de medicamentos, o estatuto de polimentação, a idade, a classe etária. Desta forma, podemos concluir que quanto maior foi o número de medicamentos consumidos e a idade dos utentes menor é o SOC.

Ainda como era esperado, verificou-se que os indicadores de cruzamento «auto percepção de saúde» e «saúde mental» correlacionam-se positivamente com o SOC total e com as suas componentes. Assim, conclui-se que quanto maior os *scores* destes indicadores maior é o SOC. Verificou-se, ainda, diferenças estatisticamente significativas, para um intervalo de 95% de confiança ($p < 0.05$), entre o SOC total e o sexo, o consumo de psicofármacos e a presença de multimorbilidades. Na verdade, os indivíduos do sexo feminino, os consumidores de psicofármacos e os multimórbidos apresentam um menor *score* de SOC. Os dados obtidos na análise por sexo confirmam os resultados de vários estudos realizados em populações diferentes (9,23,37).

De salientar que apesar de se verificarem correlações de natureza muito fraca, fraca ou moderada, que muito provavelmente se deverá ao reduzido número de elementos da amostra, estas são estatisticamente significativas ($p < 0.01$ ou $p < 0.05$). Verificou-se, ainda, que as componentes «compreensão» e «gestão», sendo aquelas com correlações negativas de maior grandeza, possivelmente, deverão ser as mais trabalhadas junto a indivíduos polimedicados.

Foi, ainda, possível concluir, através da análise do tempo de preenchimento, da compreensão, da pertinência, da unicidade e da recetividade das questões, que a metodologia e o processo utilizados se enquadraram nos objetivos definidos pela presente investigação.

A consistência interna do instrumento foi verificada pelo α_C , obtendo-se um valor igual a 0.820, o que demonstra a existência dessa medida de confiabilidade do instrumento na população estudada.

Há, ainda, a referir que foi testada, no ensaio piloto, a versão do SOC-29 do questionário QSCA, em 39 indivíduos, onde se verificou um α_C de 0.916. Assim, posto isto, e adicionando aos fatos da população-alvo ser tendencialmente idosa e o tempo de resposta média, por questionário, ter sido de 20 minutos, os autores optaram prosseguir o estudo com a versão SOC-13.

Em suma, e respondendo ao objetivo principal desta investigação, a polimedicação e o SOC influenciam-se mutuamente de forma negativa, pelo que é essencial a partilha de responsabilidades entre os vários intervenientes na administração da medicação – doentes, cuidadores, profissionais de saúde – para que esta seja apropriada, efetiva e segura. É importante, de igual forma, para o controlo das doenças crónicas, em doentes polimedicados, o tratamento não farmacológico, como as mudanças no estilo de vida (12).

Numa atualidade, em que as farmácias comunitárias defrontam uma situação económica em que a atividade normal não permite cobrir os custos fixos, e se tornam num negócio sem viabilidade económica, a implementação de novos serviços, a automatização, a entrega de medicamentos ao domicílio e a adesão a plataformas informáticas, parecem ser as estratégias utilizadas. De fato, a promoção de serviços da farmácia ou a dispensa de medicamentos pela internet tem vindo a aumentar, o que pode ser contra-produtivo, pois o processo comunicacional entre o profissional de saúde e o utente torna-se inexistente. Sendo a farmácia, segundo a Associação Nacional das Farmácias, o serviço preferido dos portugueses, para resolver os problemas menores de saúde (38), e o último elo de ligação ao SNS, qualquer tipo de barreira à diminuição da interação direta e pessoal com profissional de farmácia, pode, potencialmente, aumentar o risco do uso inadequado de medicamentos. A nós, profissionais de farmácia, cabe a responsabilidade de contornar todas as barreiras existentes, de promover a adesão à terapêutica, de educar para a saúde, sobre os medicamentos utilizados, sobre a via de administração, sobre o horário das tomas, sobre os possíveis efeitos adversos e interações, e de fazer mais e melhor pela saúde de todos doentes.

Conclusão

Este estudo contribui para um aumento da compreensão sobre o SOC, os problemas de saúde crónica e a polimedicação, na população de Coimbra com mais de 18 anos. Verificou-se que a polimedicação influencia negativamente o SOC. Foram, ainda, identificados níveis mais baixos de SOC entre alguns grupos vulneráveis - os idosos, o sexo feminino, consumidores de psicofármacos e os doentes multimórbidos – o que lhes confere o título de público-alvo em termos de políticas públicas nas áreas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Os resultados obtidos indicam a presença de uma adequada consistência interna da versão adaptada para o português do QSCA, quando usada num grupo de doentes polimedicados. Este estudo possibilita a ampliação da utilização do QSCA entre doentes polimedicados a nível nacional e consequente comparação futura com estudos feitos em outros países.

Estudos como este são importantes, pois sinalizam reflexões acerca da necessidade de reorientação da atenção farmacêutica e da adoção de tratamentos não farmacológicos entre a população polimedicada. Além disso, direcionam a atuação de todos os profissionais de saúde para promover a adesão à terapêutica e a educação para a saúde. Recomenda-se que outros estudos sobre a relação entre o SOC e a polimedicação sejam desenvolvidos, em diferentes zonas do país ou, até menos, a nível nacional. Recomenda-se, ainda, que sejam desenvolvidos

estudos longitudinais para examinar a influência e a relação causal dos diferentes fatores sobre o SOC.

Este trabalho consistirá num contributo à identificação da normalidade da população portuguesa com o instrumento SOC-13 e à validação, posteriori, da versão adaptada para o português do QSCA, em doentes polimedicados, em Portugal.

Limitações do Estudo

Algumas limitações do estudo precisam de ser declaradas.

Em primeiro lugar, uma limitação do nosso estudo refere-se à amostra, que inclui a obrigatoriedade do consumo mínimo de 3 medicamentos. Este critério de inclusão pode limitar a representatividade dos resultados, por não diferenciar de forma completa e correta, os níveis de SOC entre doentes polimedicados ou não. Outra limitação referente à amostra, é que no plano ideal, dever-se-ia considerar a seleção de uma amostra representativa em termos nacionais das diferentes características da população portuguesa. No entanto, dadas as limitações, como condições financeiras e tempo disponível, inerentes a esta investigação e partindo da revisão bibliográfica, foi escolhida uma zona do país na qual não tinha sido ainda avaliada o SOC.

Em segundo lugar, tratando-se do tipo de amostra deste estudo, acidental ou por conveniência, com técnica de amostragem não probabilística, não havia forma de estimar a probabilidade que cada elemento tinha de pertencer à amostra, pelo que se obteve uma discrepância muito grande no número de elementos pertencentes ao sexo masculino e ao feminino. Esta diferença pode comprometer os resultados comparativos obtidos entre ambos os sexos.

Outra possível limitação é, que pela fórmula para populações finitas, o número de farmácias calculado, onde o presente estudo deveria ser realizado, era de 19 e o estudo foi realizado em apenas 11 farmácias comunitárias. No entanto, a equipa de investigação conseguiu facilmente ultrapassar esta limitação, ao recolher o número de inquiridos necessários nas 11 farmácias estrategicamente localizadas em diversos pontos do concelho (São Martinho do Bispo, Santa Clara, Eiras, Celas, Sólum, Baixa da cidade de Coimbra), de forma a tornar a amostra recolhida o mais representativa possível.

No que diz respeito à interpretação das pontuações de SOC observadas, outro problema geral foi verificado, pois a literatura não esclarece em que ponto, do *continuum* saúde-doença, o SOC perde o seu efeito protetor na saúde e começa a ter um papel preponderante no desenvolvimento de graves problemas de saúde. Isto pode complicar a interpretação dos grupos identificados no que diz respeito ao seu risco de desenvolver problemas futuros de saúde.

Por outro lado, a comparação com outros estudos não foi possível, já que não foram encontrados estudos em que o SOC tenha sido avaliado em doentes polimedicados.

Finalmente, este estudo é transversal e, portanto, nenhuma relação causal pode, verdadeiramente, ser comprovada.

Referências Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estatística. Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia - Dia Mundial da População - 11 de julho [Internet]. Destaque - informação à comunicação social. Lisboa; 2015. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2
2. Lu W-H, Wen Y-W, Chen L-K, Hsiao F-Y. Effect of polypharmacy, potentially inappropriate medications and anticholinergic burden on clinical outcomes: a retrospective cohort study. *Can Med Assoc J* [Internet]. 2014;186(18):1369–76. Available from: <http://www.cmaj.ca/cgi/doi/10.1503/cmaj.131873>
3. Martínez-Arroyo JL, Gómez-García A, Saucedo-Martínez D. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gac Med Mex*. 2014;150:29–38.
4. Nordin Olsson I, Runnamo R, Engfeldt P. Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. BioMed Central Ltd; 2011;9(1):95. Available from: <http://www.hqlo.com/content/9/1/95>
5. Laroche ML, Charmes JP, Bouthier F, Merle L. Inappropriate medications in the elderly. *Clin Pharmacol Ther*. 2009;85(1):94–7.
6. Eiras A, Teixeira MA, González-Montalvo JI, Castell M-V, Queipo R, Otero Á. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años en Oporto (Portugal) y riesgo de prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados. *Atención Primaria* [Internet]. 2015;(xx):in press. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656715001201>
7. Dagli RJ, Sharma A. Polypharmacy: A Global Risk Factor for Elderly People. *J Int Oral Heal*. 2014;66(66):6–7.
8. Silveira EA, Dalastra L, Pagotto V. Polypharmacy, chronic diseases and nutritional markers in community-dwelling older. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2014;17(4):818–29. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000400818&lng=en&nrm=iso&tlng=en
9. Kröninger-Jungaberle H, Grevenstein D. Development of salutogenetic factors in mental health - Antonovsky's sense of coherence and Bandura's self-efficacy related to Derogatis' symptom check list (SCL-90-R). *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2013;11(1):80. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84877899651&partnerID=tZOTx3y1>
10. Santiago LM. Multimorbidade e Diabetes. *Factores Risco - Soc Port Cardiol*. 2016;39:58–61.
11. Prazeres F, Santiago LM, Simões JA. Defining Multimorbidity: From English to Portuguese Using a Delphi Technique. *BioMed Res international*. 2015;2015.
12. Prazeres F. Multimorbidade e Polimedicção. *Factores Risco - Soc Port Cardiol*. 2016;39:62–7.
13. Prazeres F, Santiago L. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal : a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015;5(e009287).
14. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, Dreischulte T. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995–2010.

- BMC Med [Internet]. 2015;13(1):74. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/13/74>
15. Golchin N, Isham L, Meropol S, Vince A, Frank S. Polypharmacy in the elderly. J Res Pharm Pract [Internet]. 2015;4(2):85–8. Available from: <http://www.jrpp.net/text.asp?2015/4/2/85/155755>
16. Filomena Paci J, García Alfaro M, Redondo Alonso FJ, Fernández San-Martín MI. Prescripción inadecuada en pacientes polimedicados mayores de 64 años en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2015;47(1):38–47. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714001590>
17. Runganga M, Peel NM, Hubbard RE. Multiple medication use in older patients in post-acute transitional care: a prospective cohort study. Clin Interv Aging [Internet]. 2014;9:1453–62. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4158998&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Almeida A, Santos M. Polimedicación no idoso. Rev Enferm Ref. 2010;2:149–62.
19. By the American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2015;63(11):2227–46.
20. Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis Del Modelo Salutogénico En España: Aplicación En Salud Pública E Implicaciones Para El Modelo De Activos En Salud. Rev Española Salud Pública [Internet]. 2011;85:129–39. Available from: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/23185>
21. Benz C, Bull T, Mittelmark M, Vaandrager L. Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. Glob Health Promot [Internet]. 2014;21(4):16–23. Available from: <http://ped.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1757975914528550>
22. Koushede V, Holstein BE, Andersen A, Holme Hansen E. Stress and medicine use for headache: Does sense of coherence modify the association? Eur J Public Health. 2011;21(5):656–61.
23. Sardu C. Antonovsky's Sense of Coherence Scale: Cultural Validation of SOC Questionnaire and Socio-Demographic Patterns in an Italian Population. Clin Pract Epidemiol Ment Heal. 2012;8(1):1–6.
24. Thomson G, Moran VH, Axelin A, Dykes F, Flacking R. Integrating a sense of coherence into the neonatal environment. BMC Pediatr [Internet]. 2013;13:84. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3663664&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
25. Chumbler NR, Kroenke K, Outcalt S, Bair MJ, Krebs E, Wu J, et al. Association between sense of coherence and health-related quality of life among primary care patients with chronic musculoskeletal pain. Health Qual Life Outcomes [Internet]. 2013;11(1):216. Available from: <http://www.hqlo.com/content/11/1/216>
26. Rodrigues D, Schmidt C, Aparecida R, Dantas S. Análise da validade e confiabilidade da versão adaptada para o português do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, entre profissionais de enfermagem. Rev Lat Am Enfermagem. 2011;19(1):1–8.
27. Costello AB, Osborne JW. Best Practices in Exploratory Factor Analysis : Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. Pract Assess Res Eval. 2005;10(7).
28. Fundação Francisco Manuel dos Santos. PORDATA [Internet]. Densidade populacional segundo os Censos - Coimbra. 2015 [cited 2015 May 25]. Available from: <http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
29. Ministério da Saúde, Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP. Prontuário Terapêutico On-line [Internet]. 2016th ed. Lisboa; 2016. Available from: <http://www.infarmed.pt/prontuario/index.php>

30. Nunes LÂS. O sentido de coerência: operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida [Internet]. Universidade Nova de Lisboa; 1999. Available from: http://www.ensp.unl.pt/saboga/soc/quest/mestrado_vol_1.pdf
31. Pocinho M. Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda; 2012. 67-91 p.
32. Terwee CB, Bot SDM, Boer MR De, Windt AWM Van Der, Knol DL, Dekker J. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. 2007;60:34–42.
33. Ferreira RC, Neves RC, Nogueira PJ, Farinha CS, Oliveira AL, Soares A, et al. Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números - 2015. Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. Lisboa; 2015.
34. Carvalho ÁA, Mateus P, Xavier M. Portugal: Saúde mental em números - 2015. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa; 2016.
35. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Diabetes: Factos e Números - O ano de 2014 [Internet]. Lisboa; 2015. Available from: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-7-edicao.aspx>
36. Getman S. EU Regulations on Food Supplements, Health foods, herbal medicines [Internet]. US Commercial Service. 2011. Available from: http://export.gov/europeanunion/static/MR162-FoodSupplMIupdate2011_Latest_eg_eu_032796.pdf.
37. Mayer J, Thiel A. Health in elite sports from a salutogenetic perspective: athletes' sense of coherence. *PLoS One* [Internet]. 2014;9(7):e102030. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4094494&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
38. Mendonça F. Portugueses satisfeitos querem mais serviços das farmácias [Internet]. Associação Nacional das Farmácias. 2016 [cited 2016 May 31]. Available from: https://www.anf.pt/noticias/Pages/Portugueses_satisfeitos.aspx

Anexos

- ✓ **Anexo I.** *Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky* – Orientações do Autor, Questionário Sentido de Coerência - SCO® - versão portuguesa validada para uma amostra de 643 indivíduos, em 1999 (αC = entre 0.83 e 0.90; $r = 0.88$). Autorização de utilização: Saboga Nunes.

- ✓ **Anexo II.** Instrumento de recolha de dados – Questionário:
 - ✓ Parte I. Perfil Clínico;
 - ✓ Parte II. Perfil Terapêutico;
 - ✓ Parte III. Caracterização Sociodemográfica;
 - ✓ Parte IV. *Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky* - SOC-13, Questionário Sentido de Coerência - SCO® - versão portuguesa validada para uma amostra de 643 indivíduos, em 1999 (αC = entre 0.83 e 0.90; $r = 0.88$). Autorização de utilização: Saboga Nunes.

- ✓ **Anexo III.** Licença de Autorização de Utilização do Questionário Sentido de Coerência - SCO®.

- ✓ **Anexo IV.** Autorização Modelo de Recolha de Dados na Farmácia Comunitária.

- ✓ **Anexo V.** Declaração de Consentimento Informado.