

**Universidade de Lisboa  
Faculdade de Farmácia**



**Políticas de Saúde e  
Gestão da Medicação no Idoso**

**Mafalda Lourenço Martinho**

Monografia orientada pela Professora Doutora Sofia Pintado de Oliveira  
Martins, Professora Auxiliar

**Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas**

**2022**

**Universidade de Lisboa  
Faculdade de Farmácia**



# **Políticas de Saúde e Gestão da Medicação no Idoso**

**Mafalda Lourenço Martinho**

**Trabalho Final de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas apresentado à  
Universidade de Lisboa através da Faculdade de Farmácia**

Monografia orientada pela Professora Doutora Sofia Pintado de Oliveira  
Martins, Professora Auxiliar

**2022**

## Resumo

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas transformações demográficas significativas. Neste sentido, a problemática do envelhecimento populacional e as suas consequências ao nível da saúde têm despertado alguma preocupação, uma vez que a transição epidemiológica, aliada ao aumento do número de idosos, representa um desafio para a saúde pública.

A gestão da medicação tem sido reconhecida como uma importante função quotidiana essencial para uma vida segura e independente de todos aqueles que tomam medicamentos. Consequentemente, as alterações decorrentes da idade e que afetam a capacidade funcional física, a acuidade sensorial e a cognição, juntamente com a complexidade dos regimes terapêuticos, podem potencialmente dificultar a gestão da medicação para alguns idosos. Importa, por isso, avaliar a capacidade de gestão da medicação por parte dos indivíduos, através de ferramentas desenvolvidas para o efeito. A capacidade de autogestão da medicação pode ser, assim, utilizada como guia para intervenções direcionadas, com vista a promover o uso correto e seguro dos medicamentos pelos idosos.

Além disso, muitos desfechos adversos do ponto de vista da saúde podem ser evitáveis se forem tomadas medidas adequadas para lidar com os vários fatores de risco e otimizar a capacidade de gestão da medicação e a adesão à terapêutica. A par disso, um verdadeiro compromisso de investimento no envelhecimento ativo e saudável deve ser transversal e vertido em todas as políticas sectoriais, de modo a prevenir doenças, promover a saúde, manter a capacidade e a habilidade funcional dos idosos pelo maior período de tempo possível.

Neste sentido, em matéria do envelhecimento ativo e saudável, Portugal deve estar comprometido em aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas, através da formulação de políticas, planos e estratégias de intervenção específicas a serem desenvolvidas pelos diferentes sectores da sociedade. Só assim se poderá perspetivar uma sociedade onde o processo de envelhecimento ao longo do ciclo de vida venha a conferir elevados níveis de saúde, bem-estar, qualidade de vida e realização pessoal à população idosa e na qual todos vivenciem um envelhecimento ativo, digno e saudável.

**Palavras-chave:** envelhecimento saudável, avaliação geriátrica, capacidade funcional, gestão da medicação, políticas de saúde

# Abstract

Portugal, like other European countries, has been experiencing significant demographic changes in recent decades. In this sense, the problem of population ageing and its health consequences have aroused some concern, since the epidemiological transition, together with the increasing number of elderly, represents a challenge for public health.

Medication management has been recognized as an important daily function essential for a safe and independent life of all those who take medications. Consequently, changes resulting from age and affecting physical functional capacity, sensory acuity and cognition, together with the complexity of therapeutic regimens, can potentially hinder the management of medication for some elderly. It is therefore important to evaluate the ability of individuals to manage medication through tools developed for this purpose. The capacity of self-management of the medication can thus be used as a guide for targeted interventions, aiming to promote the correct and safe use of medication by the elderly.

In addition, many adverse health outcomes can be preventable if appropriate measures are taken to address the various risk factors and optimize medication management capacity and adherence to therapy. A real commitment to invest in active and healthy ageing must be cross-cutting in all sectoral policies, in order to prevent diseases, promote health, maintain the capacity and functional capacity of the elderly for as long as possible.

In this sense, in the area of active and healthy ageing, Portugal must be committed to increase the functional capacity of old people, through the formulation of specific policies, plans and intervention strategies to be developed by the different sectors of society. Only in this way can we look at a society where the ageing process throughout the life cycle will provide high levels of health, well-being, quality of life and personal fulfillment to the elderly population and in which everyone experiences an active, dignified and healthy ageing.

**Keywords:** healthy ageing, geriatric assessment, functional capacity, medication management, health policies

# Agradecimentos

Gosto de pensar que nada é por acaso. Tudo acontece por algum motivo, por alguma razão e com algum propósito. Durante estes últimos cinco anos, muitas foram as vezes em que me questioneei o porquê de estar onde estava e a fazer o que fazia. Hoje, ao terminar a escrita desta monografia, embora me faltem muitas respostas, entendo que chegar aqui era necessário, não só para concluir o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, mas para me conhecer, crescer e aprender a caminhar.

Ainda que fossem muitos os dias em que caminhava sem saber por onde ir, tive a graça de encontrar companheiros de caminho incríveis, que apesar das suas próprias limitações me estenderam sempre a mão e me mostraram que o caminho é tão mais bonito quando partilhado. Por isso, hoje, só me resta agradecer a todos aqueles que caminharam comigo e que, de uma forma ou de outra, foram importantes para a conclusão desta etapa.

Despeço-me e agradeço à Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa por ter sido a minha segunda casa nos últimos cinco anos. Aqui aprendi a sonhar e a lutar por uma profissão farmacêutica mais digna e valorizada. Guardo e levo tudo aquilo que aprendi comigo, para a minha vida pessoal e profissional. Agradeço também a todos os professores com quem me cruzei, em especial à minha orientadora, Professora Doutora Sofia Oliveira Martins, por toda a prontidão, disponibilidade, atenção e dedicação no desenvolvimento desta monografia.

Agradeço à AEFUL, a família que me acolheu durante três bonitos anos. Guardo as memórias, as histórias, as conquistas e, acima de tudo, as pessoas que caminharam comigo neste mundo louco do associativismo. Um obrigada especial à Grupeta, por me desafiarem a ser e a dar sempre mais. Tudo aquilo que vivemos não foi por acaso.

Também não foi por acaso que a Missão País e o Projeto + apareceram na minha vida. Ao terminar esta etapa, agradeço as missões que me foram confiadas e lembro-me de todos aqueles que me ensinaram que a verdadeira missão está na entrega e no serviço. “Quem não vive para servir, não serve para viver”. E porque não vivo nem sirvo sozinha, esta conquista também é vossa.

Hoje, uma das minhas frases favoritas ganha um novo sentido. “O essencial é invisível aos olhos”. A escrita desta monografia é visível, mas o apoio essencial daqueles que permaneceram sempre na retaguarda não se quantifica. Agradeço, de alma e coração, à JAP, às IGNIS e às Irmãs ASM. Obrigada por intercederem por mim e por terem estado atentos e vigilantes, mesmo quando eu própria adormecia. Obrigada por não deixarem que este lume se apague e por caminharem comigo na Luz e para a Luz.

Agradeço aos meus amigos e família, embora saiba que as palavras serão sempre insuficientes. Foram cinco longos anos, com os seus altos e baixos, sucessos e fracassos, sorrisos e lágrimas. Apesar de tudo isso, os fiéis permaneceram e hoje reconheço que sou uma sortuda por ter tantos tesouros na minha vida. Obrigada ao Desespero por não me deixarem desespear sozinha e por nunca deixarem de caminhar comigo, mesmo que por vezes fôssemos a ritmos diferentes. Obrigada ao Grupo do Shine por me mostrarem que as melhores memórias

são construídas com simplicidade e autenticidade. Obrigada às Vacaciones por serem o meu abrigo seguro, por não desistirem desta monografia e, acima de tudo, por não desistirem de mim. Embora me questionasse o porquê de estar onde estava, hoje sei que não importa o lugar onde estamos, importam as pessoas com quem nos cruzamos. Por isso, obrigada a todos aqueles com quem me cruzei nos últimos anos, sem dúvida que sem vocês não seria possível chegar aqui. Também não seria possível sem o apoio incondicional dos meus pais. E embora por vezes seja difícil amar e entender aqueles que nos são mais próximos, foram e serão sempre o alicerce das minhas conquistas. Obrigada pela liberdade, confiança e paciência que me permitiram sonhar, ganhar asas e voar. A felicidade só é real quando é partilhada, por isso sei que a felicidade que sinto ao terminar esta etapa é real, porque a partilho com todos vocês.

Por último, mas na base e no centro de tudo, agradeço Àquele que me escolheu e capacitou. Ao terminar esta etapa, lembro-me do que dizia São Paulo - “Tudo posso Naquele que me fortalece” - porque ainda que fossem muitos os momentos em que não o entendia, foi por Ele e com Ele que pude escrever esta monografia e assim terminar o curso. Permaneceu e caminhou sempre comigo, transformou o nada em tudo e ensinou-me a ver no menor o que há de maior. Agradeço-Lhe e ofereço-Lhe esta conquista. “Por Ti, Jesus”.

# Abreviaturas

AGG - Avaliação Geriátrica Global

AIVD - Atividades Instrumentais da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

CDT - *Clock Drawing Test*

CID - Classificação Internacional de Doenças

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRP - Constituição da República Portuguesa

DGS - Direção Geral de Saúde

DRUGS - *Drug Regimen Unassisted Grading Scale*

EUA - Estados Unidos da América

HMS - *Hopkins Medication Schedule*

HOME-Rx - *In-Home Medication Management Performance Evaluation*

ICIDH - *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*

INE - Instituto Nacional de Estatística

MAI - *Medication Assessment Instruments*

MAT - *Medication Administration Test*

MedMaIDE - *Medication Management Instrument for Deficiencies in the Elderly*

MMSE - *Mini-Mental State Examination*

MM Test - *Medication Management Test*

MMAA - *Medication Management Ability Assessment*

MMEI - *Medication Management Evaluation Instrument*

MMPT - *Medication Management Performance Test*

MMT - *Medication Management Test*

MMT-R - *Medication Management Test–Revised*

MRCI - *Medication Regimen Complexity Index*

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - *Pharmacy Assessment*

PIC - Plano Individual de Cuidados

PillQ - *Pill Questionnaire*

PIM - Preparação Individualizada da Medicação

PNS - Plano Nacional de Saúde

RACT - *Regimen Adherence Capability Test*

RAM - Reação Adversa a Medicamentos

RAT - *Self-medication Risk Assessment Tool*

S-5 - *Self-Medication Safety Post-Stroke Scale*

SHARE - *Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe*

SM Task - *Standardized Medication Task*

SMAT - *Self-Medication Assessment Tool*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UE - União Europeia

VRAMMA - *Virtual Reality Apartment Medication Management Assessment*

# Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>11</b>
<b>Metodologia</b> .....	<b>13</b>
<b>Capítulo I. O Envelhecimento e a Saúde</b> .....	<b>14</b>
1. Conceito de Envelhecimento.....	14
2. Envelhecimento e Estado de Saúde em Portugal .....	14
3. Envelhecimento Ativo e Saudável .....	17
<b>Capítulo II. A Saúde do Idoso</b> .....	<b>18</b>
1. Envelhecer com Saúde .....	18
2. Alterações relacionadas com o Envelhecimento .....	19
2.1. Alterações Fisiológicas .....	19
2.2. Alterações Funcionais .....	20
3. Avaliação Geriátrica Global.....	21
<b>Capítulo III. O Idoso e o Medicamento</b> .....	<b>23</b>
1. Alterações relacionadas com o Envelhecimento .....	23
1.1. Alterações Farmacocinéticas.....	23
1.2. Alterações Farmacodinâmicas.....	24
2. Utilização de Medicamentos .....	25
3. Polimedicação .....	26
4. Adesão à Terapêutica .....	27
5. Capacidade de Gestão da Medicação .....	29
5.1. Avaliação da Capacidade de Gestão da Medicação .....	31
5.1.1. Instrumentos de Avaliação.....	32
5.1.2. Autogestão da Medicação do Idoso - Estudo em Portugal .....	39
5.2. Otimização da Gestão da Medicação .....	41
<b>Capítulo IV. Políticas de Saúde</b> .....	<b>42</b>
1. Direito à Proteção da Saúde .....	42
2. Política de Saúde Nacional.....	42
2.1. Plano Nacional de Saúde.....	42
2.2. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável .....	44
3. Políticas e Estratégias Internacionais .....	47
<b>Considerações finais</b> .....	<b>49</b>
<b>Referências bibliográficas</b> .....	<b>50</b>

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> - População residente por grupo etário, 2011 e 2021 .....	15
<b>Figura 2</b> - Principais causas de morte em Portugal .....	16
<b>Figura 3</b> - Principais determinantes da saúde.....	19
<b>Figura 4</b> - Principais alterações farmacocinéticas associadas ao envelhecimento .....	24
<b>Figura 5</b> - Teoria do déficite de autocuidado aplicada à capacidade de gestão da medicação .	31

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Indicadores de envelhecimento, 2011 e 2021 .....	15
<b>Tabela 2</b> - Componentes e elementos da AGG .....	21
<b>Tabela 3</b> - Alterações farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento .....	24
<b>Tabela 4</b> - Fatores que afetam a adesão à terapêutica .....	28
<b>Tabela 5</b> - Instrumentos de Avaliação da Capacidade de Gestão da Medicação .....	33
<b>Tabela 6</b> - Objetivos específicos da ENEAS 2017-2025 .....	44
<b>Tabela 7</b> - Medidas e Ações da ENEAS para a maximização da capacidade funcional das pessoas idosas.....	45

# Introdução

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas transformações demográficas significativas, sendo atualmente o quinto país mais envelhecido do mundo [1]. Neste sentido, a problemática do envelhecimento populacional e as suas consequências ao nível da saúde têm despertado alguma preocupação [2], uma vez que a transição epidemiológica, aliada ao aumento do número de idosos, representa um desafio para a saúde pública [3].

Além das alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, os idosos vêm a sua capacidade funcional decrescer gradualmente à medida que envelhecem, tornando-os mais vulneráveis e dependentes. Este declínio funcional, resultante de múltiplos fatores, leva a uma diminuição do bem-estar e qualidade de vida dos idosos [4]. Adicionalmente, os idosos têm um risco aumentado, não só de desenvolver várias morbilidades, mas também e associados a estas, problemas relacionados com a medicação, entre os quais se destacam os erros de medicação decorrentes das atividades que envolvem o manuseamento e gestão da medicação pelos doentes [5].

A gestão da medicação, para quem dela necessita, tem sido reconhecida como uma importante função quotidiana essencial para uma vida segura e independente [6]. Consequentemente, as alterações decorrentes da idade e que afetam a capacidade funcional física, a acuidade sensorial e a cognição, juntamente com a complexidade dos regimes terapêuticos, podem potencialmente dificultar a gestão da medicação para alguns idosos [7]. Nesse sentido, a capacidade de autogestão da medicação pode ser utilizada como guia para intervenções direcionadas, com vista a promover o uso correto e seguro dos medicamentos pelos idosos. Por esse motivo, foram desenvolvidas inúmeras ferramentas para avaliar a capacidade de gestão da medicação por parte de um indivíduo independente [8].

A idade, por si só, geralmente não é um preditor independente da má capacidade de gestão da medicação nem da não adesão à terapêutica. No entanto, muitos desfechos adversos podem ser evitáveis se forem tomadas medidas adequadas para lidar com os vários fatores de risco e otimizar a capacidade de gestão da medicação e a adesão à terapêutica. Assim, para melhorar a capacidade de gestão da medicação e a adesão à terapêutica, várias intervenções comportamentais e educacionais simples e complexas, executadas isoladamente ou em combinação, podem ser implementadas [9]. Além disso, um verdadeiro compromisso de investimento no envelhecimento ativo e saudável deve ser transversal e vertido em todas as políticas sectoriais, de modo a prevenir doenças, promover a saúde, manter a capacidade intrínseca e viabilizar a habilidade funcional dos idosos [2].

Neste sentido, em matéria do envelhecimento ativo e saudável, Portugal deve estar comprometido em aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas, através da formulação de políticas, planos e estratégias de intervenção específicas a serem desenvolvidas pelos diferentes sectores da sociedade, da saúde e externos à saúde, aos níveis nacional e subnacional (sobretudo local). Só assim se poderá perspetivar uma sociedade onde o processo de envelhecimento ao longo do ciclo de vida venha a conferir elevados níveis de saúde, bem-estar,

qualidade de vida e realização pessoal à população idosa e na qual todos vivenciem um envelhecimento ativo digno e saudável [2].

Assim, o principal objetivo deste trabalho foi entender como o processo de envelhecimento influencia a gestão da medicação, estudar como se avalia a capacidade funcional dos idosos e perceber de que forma as políticas de saúde podem contribuir para a manutenção da mesma. Este está estruturado em quatro capítulos. O capítulo I apresenta o conceito de envelhecimento e os dados concretos que espelham o estado de saúde em Portugal. O capítulo II apresenta um conjunto de determinantes que podem influenciar a saúde dos indivíduos, destacando algumas alterações fisiológicas e funcionais decorrentes do processo de envelhecimento. O capítulo III é dedicado à temática do medicamento e dá a conhecer as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas relacionadas com o envelhecimento. Este mesmo capítulo evidencia como o avançar da idade influencia a capacidade de gestão da medicação e elenca alguns instrumentos utilizados para avaliar a capacidade gestão da medicação. Por fim, o capítulo IV aborda possíveis políticas de saúde que podem potenciar e maximizar a capacidade funcional dos idosos e, assim, contribuir para uma melhor gestão da medicação.

Em suma, este documento pretende responsabilizar os intervenientes governamentais e não-governamentais para a temática apresentada. Apesar do processo de envelhecimento ser natural e irreversível, e afetar a capacidade de gestão da medicação nos idosos, esta última pode ser salvaguardada, protegida e maximizada através de políticas, planos e estratégias desenvolvidas para o efeito. Para isso, torna-se imperativo e premente um maior comprometimento, um maior investimento e uma melhor liderança.

## Metodologia

A presente monografia, realizada no âmbito do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, foi elaborada recorrendo a uma pesquisa bibliográfica, utilizando a literatura disponível de informação científica. Foram utilizados neste trabalho diversos artigos científicos, maioritariamente escritos na língua inglesa.

A revisão bibliográfica e a sistematização da informação foram realizadas em diversas bases de dados digitais de divulgação científica, principalmente o Pubmed. Para além desta plataforma, a pesquisa realizou-se também noutras bases de dados científicas, nomeadamente publicações de entidades idóneas, trabalhos académicos, livros e sites de divulgação de informação que se consideraram pertinentes. Os sites pertencem a entidades ligadas a instituições/associações de informação na área de saúde, nomeadamente a Direção Geral de Saúde (DGS), o Instituto Nacional de Estatística (INE), a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

No decurso da pesquisa utilizaram-se várias palavras-chave, umas de carácter mais geral e outras mais específicas relacionadas com cada uma das áreas de estudo, de modo a cobrir todas as vertentes associadas ao tema: *healthy ageing*, *geriatric assessment*, *polypharmacy*, *medication adherence functional ability*, *medication management*, *self-management capacity*, *health policies*. Os artigos incluídos nesta revisão apresentam, maioritariamente, um limite temporal de 15 anos. A maioria apresenta datas de publicação entre 2010 até 2021, onde foi dada prioridade às publicações mais recentes de modo a garantir uma maior atualidade da informação descrita. A seleção da literatura foi feita através da leitura dos títulos e resumos, onde se adotaram os critérios de inclusão que abrangeram artigos que analisam o envelhecimento ativo e saudável, a capacidade de gestão da medicação e as estratégias para maximizar a capacidade funcional.

A organização das referências bibliográficas foi realizada com o auxílio do gestor de referências bibliográficas Mendeley.

# Capítulo I. O Envelhecimento e a Saúde

## 1. Conceito de Envelhecimento

O conceito de envelhecimento pode ser encarado sob vários ângulos e assumir vários significados. Biologicamente, o envelhecimento consiste na deterioração das propriedades funcionais a nível molecular, celular, tecidual e dos órgãos. Com o tempo, existe uma perda gradual nas reservas fisiológicas, um aumento do risco de contrair doenças e um declínio geral na capacidade intrínseca do indivíduo. Em última instância, resulta no falecimento [10].

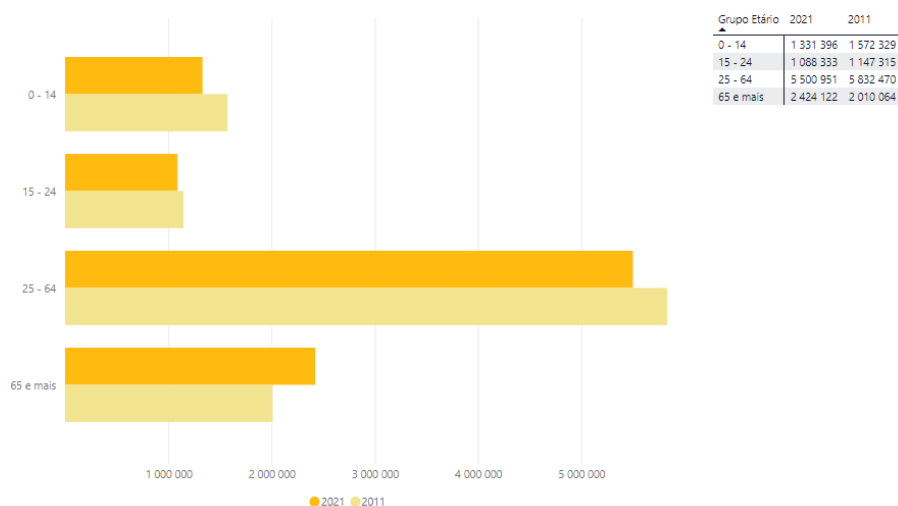
Maria João Valente Rosa, no seu livro *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*, atribui dois significados ao conceito de envelhecimento. O envelhecimento individual, que se relaciona com o indivíduo e pode ser subdividido em envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. E o envelhecimento coletivo, que se subdivide em envelhecimento demográfico e envelhecimento social [11].

O envelhecimento demográfico pressupõe a diminuição do número de jovens (estreitamento da base da pirâmide etária) e o aumento do número de idosos (alargamento do topo da pirâmide etária). Este fenómeno é uma das mais significativas tendências do século XXI e é considerado como tema de debate e preocupação, em Portugal e em toda a Europa [12].

## 2. Envelhecimento e Estado de Saúde em Portugal

Portugal, assim como outros países da Europa, tem vindo a registar nas últimas décadas transformações demográficas significativas. Entre outros aspetos, destacam-se a redução da natalidade e da população jovem, o aumento da população idosa e a evolução do índice de envelhecimento. Atualmente, Portugal é o quinto país mais envelhecido do mundo [1].

Os resultados preliminares do XVI Recenseamento Geral da População - Censos 2021, mostram que à data do momento censitário residiam em Portugal 10.344.802 pessoas, das quais 4.921.170 do sexo masculino (47,6%) e 5.423.632 do sexo feminino (52,4%) [13]. O duplo envelhecimento demográfico observado nas últimas décadas agravou-se. De facto, o número de idosos (65 anos ou mais) aumentou, o número de jovens (0 a 14 anos) diminuiu e o número de pessoas em idade ativa (15 a 64 anos) também diminuiu, comparativamente a 2011 (Figura 1).



**Figura 1** - População residente por grupo etário, 2011 e 2021 (Adaptado de [13])

Considerando como “dependentes” os jovens (0 aos 14 anos) e os idosos (65 ou mais anos), face à população ativa (15 aos 64 anos), a diminuição do número de jovens e o aumento do número de idosos face à população ativa, tem gerado uma pressão demográfica sobre esta última. O índice de envelhecimento aumentou, o índice de dependência de idosos também cresceu e o índice de dependência de jovens diminuiu (Tabela 1). Estes resultados têm naturalmente um grande impacto na sociedade e exigem respostas a diversos níveis, nomeadamente por parte dos seus sistemas de suporte, como é o caso dos sistemas de saúde.

**Tabela 1** - Indicadores de envelhecimento, 2011 e 2021 (Adaptado de [14])

Anos	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de dependência de jovens
2011	125,8	28,5	22,7
2021	182,7	36,9	20,2

Nas últimas décadas a esperança de vida à nascença aumentou. Contudo, o aumento da esperança de vida de uma população não significa necessariamente que esse tempo de vida seja em boa saúde. Enquanto o indicador esperança de vida à nascença mede o número esperado de anos de vida, a esperança de vida em saúde é uma medida que incide sobre a qualidade de vida, ou seja, representa o número de anos de vida saudável que a população pode esperar viver. Em 2019, o número de anos de vida saudável à nascença estimado para Portugal foi de 59,2 anos, 60,6 anos para os homens e 57,8 anos para as mulheres, valor inferior à média da UE [12].

Os progressos verificados na ciência médica, quer ao nível dos meios de diagnóstico que ao nível do tratamento, explicam a redução da mortalidade e a alteração do tipo de causas de morte nas últimas décadas [15]. Em Portugal as principais causas de morbilidade e mortalidade devem-se a doenças crónicas e degenerativas, neoplasias e doenças do aparelho circulatório que afetam particularmente os mais velhos (Figura 2). Em 2020, as doenças do aparelho circulatório continuaram a ser principal causa de óbitos (28,0%) na população total, seguida dos tumores malignos (23,0%). A COVID-19 foi responsável por mais de 7.000 mortes em Portugal (5,8%), sendo que dois terços destas mortes ocorreram em idosos com 80 anos ou mais [16].



*Nota: O número e a percentagem de mortes por COVID-19 referem-se a 2020, ao passo que o número e a percentagem das outras causas de morte referem-se a 2018. A dimensão da caixa relativa à COVID-19 é proporcional à dimensão das outras principais causas de morte em 2018.*

**Figura 2** - Principais causas de morte em Portugal (Adaptado de [17])

Além disso, em 2021, 43,9% da população com 16 ou mais anos referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, mais 0,7 p.p. do que em 2020 (43,2%) e mais 2,7 p.p. do que em 2019 (41,2%). À semelhança dos anos anteriores, em 2021 esta condição afetava mais mulheres (47,0%) do que homens (40,4%), e especialmente a população com 65 ou mais anos (71,4%, em comparação com 34,1% para a população com menos de 65 anos) [18].

Na interface com as questões de morbilidade e saúde, o problema do envelhecimento tornou-se um tema incontornável. Com efeito, o prolongamento da vida é acompanhado pelo aumento da dependência física e/ou psíquica responsável pela perda de mobilidade e autonomia, e pela maior incidência de doenças crónicas e de evolução prolongada, pelo que será de esperar uma sobrecarga crescente dos serviços de saúde e mecanismos de proteção social.

### **3. Envelhecimento Ativo e Saudável**

A OMS tem-se dedicado à problemática do envelhecimento populacional e às suas consequências ao nível da saúde. Em 2015, definiu o envelhecimento ativo e saudável como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio [19].

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida tem sido, por isso, apontada como resposta aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população. Portugal regista já várias iniciativas, mas há ainda um caminho a percorrer para que essa abordagem se reflita na saúde e na qualidade de vida das pessoas idosas. Assim, um verdadeiro compromisso de investimento no envelhecimento ativo e saudável deve ser transversal e vertido em todas as políticas sectoriais, de modo a prevenir doenças, promover a saúde, manter a capacidade intrínseca e viabilizar a habilidade funcional dos idosos. Em concreto, e a título de exemplo, otimizar a capacidade funcional contribuirá para o uso responsável, seguro e correto dos medicamentos, o que contribuirá significativamente para o envelhecimento saudável da população [2].

# Capítulo II. A Saúde do Idoso

## 1. Envelhecer com Saúde

O envelhecimento da população e o aumento da esperança de vida demandam novas abordagens que permitam compreender e lidar com a problemática do envelhecimento biológico, bem como com as suas consequências [10]. Embora as alterações que ocorrem com o envelhecimento sejam complexas, sabe-se que a diversidade observada não é completamente aleatória, sendo fortemente influenciadas pela variabilidade interpessoal, fatores genéticos, ambientais e comportamentais. Assim, é necessário dar resposta, em termos de saúde pública, às necessidades, capacidades e aspirações dos idosos, bem como aos seus contextos em constante adaptação [20].

Neste sentido, os conceitos de saúde e doença têm sido analisados e discutidos amplamente, uma vez que assumem uma grande importância, individual e coletivamente, na vida das populações. A OMS define saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” [21]. Contudo, podem-se considerar três outras definições que se complementam: (1) ausência de qualquer doença ou incapacidade; (2) estado que permite ao indivíduo lidar adequadamente com os desafios da vida diária; e (3) estado de equilíbrio que cada indivíduo estabelece consigo mesmo, com o seu meio social e com o meio ambiente [22].

Existem, portanto, um conjunto de determinantes que podem influenciar a saúde dos indivíduos. No modelo conceptual proposto por Dahlgren e Margaret em 1991, encontram-se classificados os principais determinantes da saúde dos indivíduos, do mais geral para o mais particular (Figura 3). No geral, há o ambiente estrutural principal, onde se incluem as condições socioeconómicas, culturais e ambientais. Em seguida, estão as condições materiais e sociais em que os indivíduos vivem e trabalham. As relações sociais e comunitárias, entre a família, amigos, vizinhos e comunidade local, vêm em seguida. Por fim, estão os estilos de vida adotados pelos indivíduos. A idade, o sexo e a própria constituição de cada indivíduo também desempenham um papel relevante, mas tratam-se de fatores fixos sobre os quais se tem pouco controlo [23].

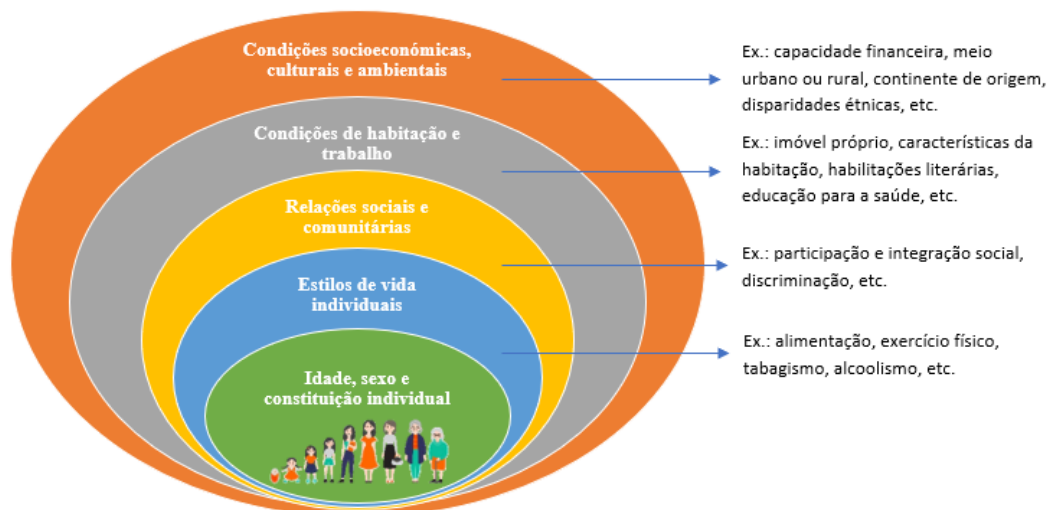


Figura 3 - Principais determinantes da saúde (Adaptado de [23])

## 2. Alterações relacionadas com o Envelhecimento

### 2.1. Alterações Fisiológicas

As alterações decorrentes do avançar da idade verificam-se ao nível de todos os sistemas orgânicos, variando de indivíduo para indivíduo. Uma vez que a aparência é uma parte importante da identidade de uma pessoa, as características físicas associadas ao envelhecimento são as mais reconhecidas. Ao nível da pele, as mudanças verificadas são resultado do fotoenvelhecimento. O cabelo torna-se mais fino e grisalho, e a calvície torna-se comum entre os homens. Verificam-se alterações significativas na construção corporal, incluindo perda de altura, aumento do peso corporal seguido de perda, e mudanças na distribuição de gordura. Ao nível da mobilidade, esta reflete a qualidade dos músculos, ossos e articulações. O envelhecimento caracteriza-se pela perda de massa muscular, pela diminuição do conteúdo mineral nos ossos, sobretudo em mulheres, e ainda pela deterioração das articulações, o que se traduz numa diminuição da flexibilidade [24].

Relativamente às alterações fisiológicas dos principais sistemas orgânicos, destaca-se a redução da capacidade aeróbica, a diminuição da elasticidade pulmonar, a alteração da capacidade de metabolização de substâncias (incluindo medicamentos), a maior dificuldade em reter e expulsar urina, e a diminuição da velocidade de esvaziamento intestinal. Ao nível do sistema endócrino, existe uma diminuição da secreção de várias hormonas, nomeadamente da hormona do crescimento, estrogénios e testosterona. Existe também um envelhecimento imunológico, associado ao progressivo declínio do funcionamento das células T e consequente aumento da suscetibilidade a agentes infecciosos. Em relação ao sistema nervoso, o avançar da idade caracteriza-se pelo maior risco de confusão e demência, pela diminuição da capacidade cognitiva e pela menor eficiência do sono [24].

Adicionalmente, as principais alterações decorrentes do envelhecimento em termos sensoriais, encontram-se ao nível da visão, audição, olfato e paladar. A acuidade visual diminui, perde-se a capacidade de focar e distinguir cores, e a degeneração macular relacionada à idade pode levar à cegueira. Verificam-se perdas de audição e de equilíbrio, caracterizadas por vertigens e tonturas, e diminuição da percepção de cheiros e sabores, o que conduz à redução do apetite e a estados de má nutrição [24].

## **2.2. Alterações Funcionais**

A capacidade funcional representa a capacidade de as pessoas realizarem as suas atividades diárias de forma independente e autônoma. Além das alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, os idosos vêm a sua capacidade funcional decrescer gradualmente à medida que envelhecem, tornando-os mais vulneráveis e dependentes. Este declínio funcional, resultante de múltiplos fatores, leva a uma diminuição do bem-estar e qualidade de vida dos idosos [4].

Para uma série de capacidades funcionais (capacidade respiratória, força muscular, desempenho cardiovascular, etc.) atingimos um "máximo" no início da vida adulta, a partir da qual se observa um declínio. No entanto, esse declínio pode ser acelerado ou retardado dependendo de diversas características individuais, muitas vezes associadas às condições de vida e comportamento [25]. Entre os mais idosos, a perda da capacidade funcional reflete-se nas dificuldades por eles sentidas nas Atividades da Vida Diária (AVD) e nas Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD). As AVD são atividades fundamentais para a vida independente em casa, que incluem a mobilidade, a alimentação, a higiene pessoal e o autocuidado. Por outro lado, as AIVD são atividades mais complexas que requerem uma maior autonomia e são necessárias para uma vida independente na comunidade, nomeadamente ir às compras, gerir dinheiro, limpar, cozinhar e, entre outros, tomar e gerir a medicação [26].

Além disso, a presença de doença crónica e as múltiplas comorbilidades características do processo de envelhecimento, contribuem significativamente para a fragilidade e perda progressiva da capacidade funcional dos idosos. Em 2021, como já vimos, 43,9% da população com 16 ou mais anos referia ter uma doença crónica ou problema de saúde prolongado, condição que afetava especialmente a população com 65 ou mais anos. Adicionalmente, em 2021, mais de um terço da população com 16 ou mais anos indicava sentir-se limitado na realização de atividades consideradas habituais devido a problemas de saúde – destes, 25,3% referiam sentir-se limitados, mas não severamente, enquanto 9,6% referiam limitação severa. Foram as mulheres e a população idosa que mais frequentemente referiram algum tipo de limitação na realização de atividades. Estes resultados, em comparação com os dados relativos à UE em 2020, indicam que Portugal ocupa o sétimo lugar considerando as mais elevadas proporções de pessoas com limitação na realização de atividades habituais e gerais devido a um problema de saúde [18].

Neste sentido, os modelos de incapacidade assumem uma grande importância no âmbito do envelhecimento. No que diz respeito aos idosos, a avaliação da sua capacidade funcional é

geralmente medida pela capacidade de os indivíduos realizarem as AVD e as AIVD [26]. Entre os modelos que foram desenvolvidos destacam-se aqueles que foram elaborados sob a supervisão da OMS: a *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Para além destes, existem muitos outros já estudados e divulgados [27]. Em suma, estas avaliações tem permitido abordar a incapacidade não como uma situação permanente, mas algo que pode ser alterado mediante a relação com o meio ambiente, a relação sociocultural e o acesso aos cuidados de saúde, entre outros [28].

### 3. Avaliação Geriátrica Global

Devido ao aumento da esperança de vida, os sistemas de saúde enfrentam progressivamente populações mais envelhecidas, que frequentemente sofrem de multimorbilidade, fragilidade, polimedicação e incapacidade [29]. Estas condições aumentam o risco de síndromes geriátricas, internamentos não planeados, repetidos e prolongados, que em última instância podem contribuir para uma maior mortalidade por internamento. Neste sentido, a Avaliação Geriátrica Global (AGG) surgiu da necessidade de superar essas condições e consequências, tornando-se numa ferramenta de triagem e medição da fragilidade [30].

Assim, a AGG é definida como um processo multidisciplinar de diagnóstico focado na avaliação da capacidade médica, psicológica e funcional da pessoa idosa, a fim de desenvolver um plano coordenado e integrado de tratamento e acompanhamento a longo prazo, focalizado nas necessidades do indivíduo [29]. A AGG é, normalmente, constituída por três etapas principais: (1) avaliação inicial, (2) desenvolvimento de recomendações e (3) acompanhamento da intervenção [31].

A Tabela 2 apresenta os componentes e alguns elementos geralmente incluídos na AGG. Quer seja uma avaliação multidimensional relativamente simples ou uma avaliação mais elaborada, ambas incluem componentes médicos, psicológicos, sociais e ambientais, bem como componentes funcionais [32].

**Tabela 2** - Componentes e elementos da AGG (Adaptado de [32])

Componente	Elementos
Médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lista de problemas de saúde</li> <li>• Comorbilidades e severidade da doença</li> <li>• Medicação</li> <li>• Nutrição</li> </ul>
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado mental (cognição)</li> <li>• Humor e depressão</li> </ul>
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessidades de apoio</li> <li>• Condição financeira</li> </ul>
Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitação (segurança)</li> <li>• Transporte e telessaúde</li> </ul>

Funcional	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atividades básicas da vida diária</li><li>• Atividades instrumentais da vida diária</li><li>• Atividade e exercício físico</li><li>• Mobilidade e equilíbrio</li></ul>
-----------	--

Em suma, a AGG tem vários propósitos, entre os quais promover a precisão do diagnóstico, o tratamento e a gestão a longo prazo, promover o estado funcional e a qualidade de vida, e reduzir a utilização de serviços desnecessários [32]. Esta ferramenta é de grande relevância no que toca à concentração de recursos e à elaboração de políticas promotoras de um envelhecimento bem-sucedido. Assim, a AGG oferece cuidados de saúde eficazes a grupos vulneráveis que, de outra forma, teriam recebido uma resposta ineficaz, ineficiente e potencialmente pouco segura. Trata-se de uma avaliação baseada em evidências que permite a melhoria do bem-estar físico e mental do doente, a utilização adequada dos medicamentos e a menor afluência às instituições de saúde, o que se traduz numa diminuição no número de internamentos [33].

# Capítulo III. O Idoso e o Medicamento

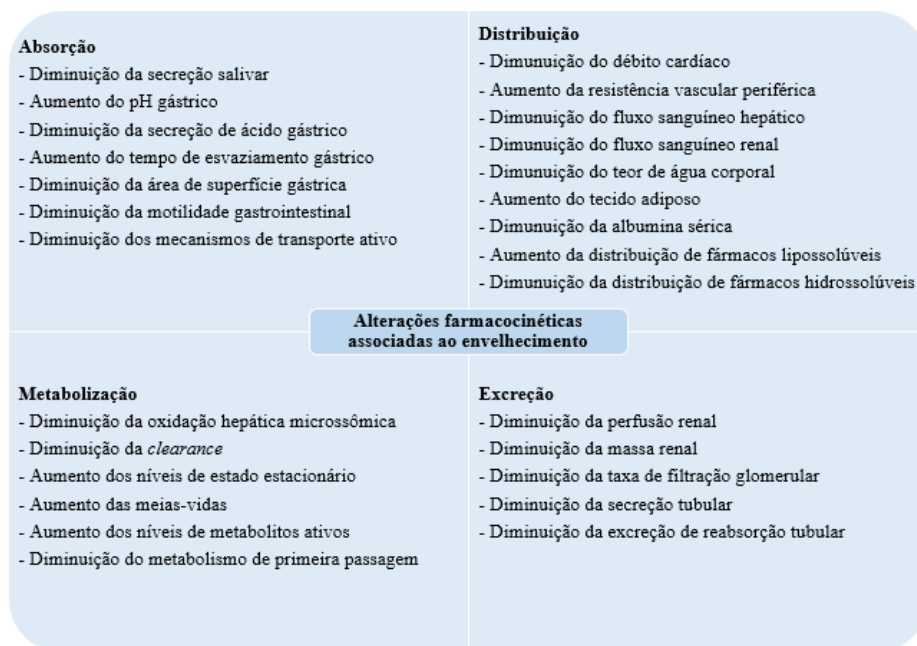
## 1. Alterações relacionadas com o Envelhecimento

A transição epidemiológica, aliada ao aumento do número de idosos, representa um desafio para a saúde pública. Cada vez mais idosos sofrem de multimorbilidades e são tratados com cinco ou mais medicamentos – são polimedicados. Além disso, com o avançar da idade, a farmacocinética e a farmacodinâmica de muitos medicamentos são alteradas. Os profissionais de saúde devem, por isso, compreender de que forma o processo de envelhecimento influencia a farmacocinética dos fármacos e considerar as alterações que ocorrem a nível farmacodinâmico nos idosos [34]. Conhecer estas alterações permitirá um melhor uso dos medicamentos, o que promoverá a redução das consequências não intencionais do seu uso, garantido, ao mesmo tempo, a eficácia terapêutica [35].

### 1.1. Alterações Farmacocinéticas

Várias alterações características do processo de envelhecimento têm o potencial de modificar a farmacocinética dos fármacos, cujo efeito geral depende das características individuais do medicamento (lipossolubilidade, grau de ligação proteica, entre outras), do mecanismo de eliminação, dos estados intercorrentes de doença e dos medicamentos concomitantemente tomados [35].

Na Figura 4 estão descritas as principais alterações farmacocinéticas que ocorrem com o envelhecimento, no que respeita à absorção, distribuição, metabolização e excreção de substâncias do organismo.



**Figura 4** - Principais alterações farmacocinéticas associadas ao envelhecimento (Adaptado de [36])

## 1.2. Alterações Farmacodinâmicas

A farmacodinâmica é determinada pelas concentrações do fármaco no recetor, pelas interações com os recetores (variações no número de recetores, afinidade do recetor, resposta do segundo mensageiro e resposta celular) e pela regulação homeostática [34]. Neste sentido, o processo de envelhecimento pode estar associado a alterações na densidade e/ou afinidade do recetor, mecanismos de transdução de sinais e comprometimento da resposta celular nos órgãos afetados, o que pode levar ao aumento de reações adversas e à diminuição da eficácia terapêutica [37].

A Tabela 3 descreve algumas alterações farmacodinâmicas comumente decorrentes do processo de envelhecimento [34].

**Tabela 3** - Alterações farmacodinâmicas associadas ao envelhecimento (Adaptado de [34])

Fármaco	Efeito farmacodinâmico	Alteração relacionada com a idade
Antipsicóticos	Sedação, sintomas extrapiramidais	Aumentado
Benzodiazepinas	Sedação, oscilação postural	Aumentado
Beta - agonistas	Broncodilatação	Diminuído
Beta - bloqueadores	Efeitos antihipertensivos	Diminuído
Antagonistas da Vit.K	Efeitos anticoagulantes	Aumentado
Furosemda	Resposta diurética de pico	Diminuído
Morfina	Efeitos analgésicos, sedação	Aumentado
Propofol	Efeito anestésico	Aumentado
Verapamil	Efeito anti-hipertensivo	Aumentado

## 2. Utilização de Medicamentos

Tratando-se de doentes geriátricos, deve-se ter em consideração vários fatores relacionados com a saúde, doença e medicação, que podem condicionar o sucesso do tratamento ou implicar riscos e complicações adicionais. Todas as opções terapêuticas devem ser consideradas e selecionadas com base nas evidências disponíveis, potenciando também, sempre que possível, terapêuticas não-farmacológicas, nomeadamente ao nível do comportamento (alterações no estilo de vida e na dieta, prática de exercício, etc.). A prescrição, dispensa e administração de medicamentos requerem, por isso, conhecimentos mais detalhados sobre as alterações decorrentes da idade ao nível da distribuição do medicamento, as respostas farmacodinâmicas e o elevado risco de reações adversas [3].

Como é sabido, os idosos têm um risco aumentado de desenvolver problemas relacionados com a medicação, devido às múltiplas doenças crônicas, diversas prescrições e uso concomitante de medicamentos, o que pode comprometer o seu estado de saúde, estado funcional e qualidade de vida. Com base no conceito de qualidade do cuidado, proposto pelo *Institute of Medicine*, definiu-se a qualidade de utilização de medicamentos como “o grau em que o uso de medicamentos pelos indivíduos e população aumenta a probabilidade de alcançar os resultados desejados em saúde e é consistente com o conhecimento profissional atual”. De uma forma geral, os problemas de qualidade relacionados com a utilização de medicamentos podem classificar-se amplamente em três tipos: (i) Subutilização – utilização deficitária do medicamento, ou seja, não administrar um medicamento quando este poderia produzir um efeito favorável à saúde (ex.: por falta do medicamento); (ii) Sobreutilização – utilização excessiva do medicamento, ou seja, quando os riscos podem suprimir os possíveis benefícios ou quando os benefícios não são claros (ex.: duplicação de terapêutica); e (iii) Utilização indevida – quando o medicamento selecionado é o adequado, mas não se obtém todo o benefício terapêutico pretendido devido a um problema evitável (ex.: condições de toma). Neste sentido, alcançar a qualidade de utilização de medicamentos deve ser uma prioridade para os profissionais de saúde, que requer prescrever o medicamento certo na dose certa para a pessoa certa e exige medidas e intervenções adaptadas às necessidades medicamentosas individuais e aos processos de cuidado relacionadas com a medicação [38].

Além disso, torna-se fundamental conhecer os problemas relacionados com medicamentos mais comuns nos idosos. Estes passam pelo consumo de medicamentos sem indicação, eficácia ou segurança, em doses, duração ou frequência incorretas, pela ocorrência de reações adversas, pela não adesão à terapêutica, pelo elevado custo dos medicamentos e pela monitorização inadequada da terapêutica [38]. A par destes, existe uma categoria de grande relevância no caso dos idosos, a dos erros de medicação decorrentes das atividades que envolvem o manuseamento e gestão da medicação pelos doentes. Esta categoria inclui seis erros frequentes relativos a várias atividades: (1) abastecimento e reabastecimento da medicação; (2) administração da medicação correta, na dose correta e no horário correto; (3) modificação do regime terapêutico, especialmente quando aconselhado pelo médico ou em resposta a resultados da automonitorização; (4) seguimento dos conselhos clínicos sobre a utilização dos medicamentos (ex.: evitar a automedicação ou o álcool); (5) reporte de informação aos

profissionais de saúde (ex.: efeitos secundários, reações adversas ou uso concomitante de medicamentos não prescritos); e (6) adesão ao acompanhamento clínico (ex.: consultas e exames laboratoriais) [5].

### 3. Polimedicação

A multimorbilidade é altamente prevalente nas sociedades envelhecidas, o que resulta na utilização de múltiplos medicamentos entre os idosos. Além desta, existe uma série de outros fatores que estão associados ao aumento do uso de medicamentos entre os idosos, como a maior e crescente disponibilidade de medicamentos eficazes nos países desenvolvidos e as inúmeras *guidelines* que incentivam o uso de múltiplos medicamentos na gestão de doenças comuns. Embora ainda não haja consenso sobre o que deve ser considerado como polimedicação, há esforços contínuos para melhorar a sua definição e mudar o foco do número de medicamentos para a sua adequação e efeitos clínicos, sobretudo em pacientes mais velhos [39].

De facto, não existe uma definição geral aceite para polimedicação. Contudo, a OMS reconhece que “a polimedicação é o uso simultâneo de múltiplos medicamentos, frequentemente definida como o uso rotineiro de cinco ou mais medicamentos, quer sejam não prescritos, prescritos e/ou tradicionais e complementares utilizados pelo indivíduo”. Assim, a utilização simultânea de cinco ou mais medicamentos é a definição mais comum encontrada na literatura [39].

Relativamente à prevalência de polimedicação, esta varia muito na literatura e depende da própria definição, faixa etária, condições de saúde e região. Um estudo do *Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe* (SHARE) revelou que a prevalência global de polimedicação, definido como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, em idosos residentes em comunidade (com 65 ou mais anos) foi 32,1% em 17 países europeus mais Israel. A menor prevalência foi encontrada na Suíça (26,3%), Croácia (27,3%) e Eslovênia (28,1%), enquanto Portugal (36,9%), Israel (37,5%) e República Checa (39,9%) apresentaram a maior prevalência de polimedicação [40].

Embora a etiologia da polimedicação possa ser desconhecida ou multifatorial, a mesma pode ser considerada como um indicador para o uso inadequado de medicamentos. Prescrever medicamentos para idosos frágeis é desafiador e, por isso, pode-se considerar que a polimedicação é inevitável em idosos que estão a ser tratados adequadamente. Contudo, essa polimedicação pode ser também inadequada, representando inúmeros fatores de risco, como a prescrição em cascata e os cuidados descoordenados, colocando os idosos em risco. Uma prescrição em cascata começa quando um efeito adverso de um medicamento é mal interpretado como uma nova condição de saúde, resultando assim na prescrição de um novo medicamento, que pode levar a efeitos adversos adicionais e medicamentos e terapias subsequentes para tratá-los. Assim, a prescrição em cascata é uma causa evitável de polimedicação, se houver uma monitorização farmacoterapêutica adequada. Além disso, a falta de comunicação e colaboração entre os prestadores de cuidados de saúde (sobretudo médicos e farmacêuticos) pode levar à

duplicação da terapêutica ou ao uso concomitante de medicamentos com interações medicamentosas [41].

Infelizmente, há muitas consequências negativas associadas à polimedicação. Entre muitas, destacam-se os maiores custos em saúde, o risco aumentado de reações adversas a medicamentos (RAMs) e interações medicamentosas, a não adesão à terapêutica, a capacidade funcional reduzida e múltiplas síndromes geriátricas [42]. De facto, a polimedicação, associada às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas decorrentes do envelhecimento, aumenta o risco de RAMs entre os idosos. Estas RAMs resultam em visitas a médicos especialistas, serviços de emergência e internamentos hospitalares, o que contribui para o aumento dos custos em saúde quer do doente quer do próprio sistema de saúde [41]. A par disso, a não adesão à terapêutica está associada aos complexos regimes terapêuticos e à polimedicação que dificultam o cumprimento e a gestão da medicação por parte dos idosos, dificuldade intensificada pela sua diminuída capacidade funcional, física e cognitiva [42].

Neste sentido, face aos riscos que a polimedicação representa para os doentes e para o sistema de saúde, cabe aos prestadores de cuidados de saúde utilizar abordagens interdisciplinares centradas no doente com o objetivo de otimizar a sua funcionalidade e qualidade de vida. Os profissionais de saúde têm, assim, a oportunidade de contribuir para minimizar o uso de medicamentos potencialmente inapropriados, sobretudo através de ferramentas padronizadas e baseadas em evidências disponíveis para orientar a tomada de decisões farmacológicas que atendam às necessidades dos idosos, como por exemplo os Critérios de Beers e os STOPP/START [41]. Adicionalmente, são várias as intervenções projetadas para melhorar o uso adequado da polimedicação em idosos. A maioria destas intervenções podem ser levadas a cabo por farmacêuticos em diversos momentos e incluem revisão farmacoterapêutica, capacitação e educação do doente, formação profissional e desenvolvimento de auxílios à adesão terapêutica [9].

## **4. Adesão à Terapêutica**

Em 2003, a OMS definiu a adesão à terapêutica como “a medida na qual o comportamento da pessoa - tomar os medicamentos, seguir a dieta, e/ou realizar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações propostas pelo profissional de saúde” [43]. Neste sentido, a adesão à terapêutica é considerada um desafio para idosos polimedicados, uma vez que o aumento tanto do número de medicamentos como da complexidade do regime terapêutico estão relacionados com a menor adesão à medicação. Regimes complexos são particularmente difíceis de gerir, pois podem envolver uma variedade de formulações, doses múltiplas diárias e, em alguns casos, instruções especiais de administração. Além disso, as alterações cognitivas e fisiológicas decorrentes do envelhecimento podem também atuar como barreiras à adesão terapêutica [44].

Assim, a falta de adesão à terapêutica pode resultar de fatores intencionais e/ou não intencionais. A não adesão intencional é comum entre os doentes que simplesmente não cumprem as instruções prescritas ou intencionalmente param de tomar um medicamento. Pelo

contrário, a não adesão não intencional resulta do esquecimento ou conhecimento limitado das doenças ou medicamentos prescritos, de barreias físicas, psicológicas ou mentais [45]. As causas de não adesão à terapêutica por parte do doente idoso são, por isso, complexas e multifatoriais. A Tabela 4 apresenta alguns potenciais fatores que podem afetar a adesão, nomeadamente fatores relacionados com o próprio doente, com a medicação, com os profissionais de saúde e com o sistema de saúde [46].

**Tabela 4** - Fatores que afetam a adesão à terapêutica (Adaptado de [46])

<b>Categoria</b>	<b>Fatores</b>
<b>Demografia</b>	Idade
	Raça
	Sexo
	Ocupação
	Nível de instrução
	Literacia em saúde
<b>Clínica</b>	Tipo de doença
	Gravidade e duração da doença
	Número de comorbilidades
	Frequência de uso de serviços médicos
	Satisfação do doente com os profissionais de saúde
	Qualidade do cuidado prestado
<b>Medicação</b>	Dosagem
	Tipos de medicação
	Número de medicamentos em simultâneo
	Sistema de libertação dos fármacos
	Uso de auxiliares de adesão (ex.: caixa de comprimidos)
	Regime terapêutico
	Efeitos adversos
<b>Comportamento</b>	Interação médico-doente
	Conhecimento e compreensão dos doentes, e crenças sobre as suas doenças e medicamentos
	Conhecimento e crenças do cuidador
<b>Económica</b>	Situação socioeconómica
	Tipo de seguro de saúde
	Custos de medicamentos e cuidados médicos
	Rendimentos do doente

Muito poucos doentes são capazes de aderir perfeitamente ao regime de medicação prescrito. Estudos revelam que um em seis doentes são capazes de manter os intervalos de dosagem dentro dos limites prescritos e aderir corretamente aos tempos de administração, quase nunca perdendo uma dose prescrita e tomando apenas ocasionalmente uma dose extra. Um em cada três adere satisfatoriamente, mas ocasionalmente omite uma ou mais doses ou toma uma dose extra. Os aderentes parciais, um em cada três doentes, tomam >40%, mas <80-90% das

doses prescritas. Finalmente, um em cada seis adere mal, tomando <40% das doses prescritas em intervalos de dosagem longos e amplamente variáveis. Particularmente entre os doentes geriátricos, estima-se que 40 a 45% dos idosos sejam incapazes de tomar os seus medicamentos tal como prescritos [46].

As principais consequências da falta de adesão à terapêutica, sobretudo entre doentes idosos, incluem resultados clínicos insuficientes, a diminuição da segurança do tratamento e o decréscimo da qualidade de vida. Outras consequências passam pelo aumento do número de consultas de emergência, duração dos internamentos, morbidade, mortalidade e custos em saúde. Além disso, muitos efeitos adversos advêm da não adesão à medicação prescrita e a mesma pode influenciar a satisfação no trabalho dos prestadores de cuidados de saúde [45].

Até à data, as intervenções que visam melhorar a adesão à terapêutica têm demonstrado eficácia limitada na melhoria dos desfechos clínicos, sendo muitas vezes dispendiosas e/ou difíceis de implementar na prática. Por esse motivo, existem diversos desafios, entre os quais a escolha cuidadosa da medida de adesão selecionada para demonstrar o efeito da intervenção. Existe uma variedade de medidas de adesão à terapêutica, mas estas não são consensuais e, por isso, não existe uma abordagem padrão. Estas podem classificar-se em medidas diretas ou indiretas. As medidas diretas (observação direta da toma ou análise de parâmetros biológicos no sangue) evidenciam se a medicação foi ou não tomada, mas muitas vezes são demoradas, caras e impraticáveis. Alternativamente, as medidas indiretas (aplicação de questionários, autorrelato do doente, contagem de comprimidos ou medição de parâmetros fisiológicos) são mais baratas, mas como envolvem algum grau de pressuposto sobre se o doente tomou ou não a medicação, levam a uma superestimação da adesão. Assim, a combinação de medidas indiretas tem sido sugerida como uma forma de superar as limitações individuais [44].

## 5. Capacidade de Gestão da Medicação

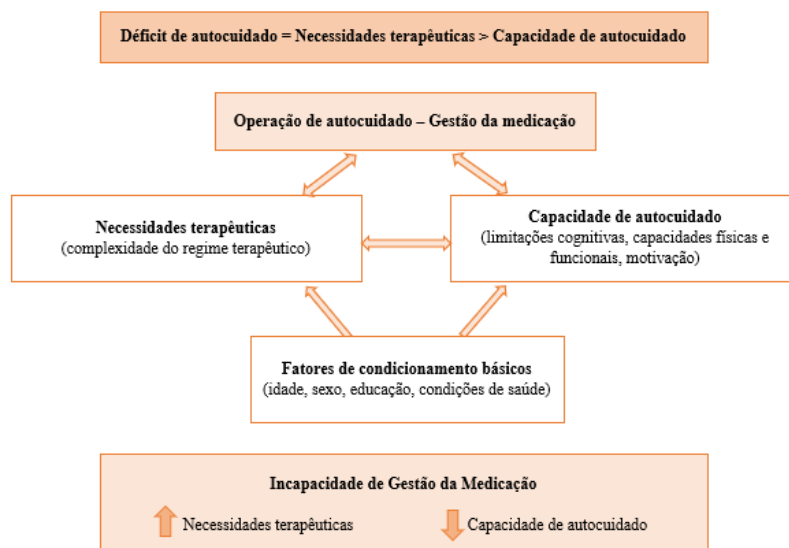
Nos cuidados primários, os medicamentos são geralmente prescritos por um clínico geral, fornecidos por um farmacêutico e depois autoadministrados pelo doente. Embora este trajeto deva resultar num sistema bem controlado, muitas das vezes não é o caso. As pessoas mais velhas tomam comumente vários medicamentos devido às multimorbilidades relacionadas com a idade e, conseqüentemente, são mais propensas a desenvolver problemas relacionados com medicamentos. Adicionalmente, estas pessoas vivem muitas das vezes sozinhas e têm de gerir a sua própria medicação. Nestes casos, contrariamente ao que se passa em hospitais e em casas assistenciais, não há profissionais a supervisionar o uso dos medicamentos e, assim, evitar potenciais consequências do uso indevido, como danos não intencionais, internamentos hospitalares ou mesmo morte. Neste sentido, a gestão da medicação tem sido reconhecida como uma importante função quotidiana essencial para uma vida segura e independente. A questão em foco é, portanto, se as pessoas mais velhas são capazes de gerir a sua medicação [6].

Segundo Maddigan *et al* (2003), a capacidade de gestão da medicação pode ser definida como a capacidade cognitiva e funcional de autoadministrar os medicamentos como foram prescritos. Corresponde à medida da capacidade de cumprir o regime terapêutico, quando é

desejo/vontade do indivíduo seguir o regime prescrito. Assim, os desvios ao cumprimento terapêutico devem-se, sobretudo, à falta de capacidade e são, normalmente, não intencionais. Por esse motivo, a capacidade de gerir a medicação difere dos conceitos de *compliance* e adesão [7].

A complexidade do regime terapêutico não leva por si só a dificuldades na gestão dos medicamentos. O grau de capacidade que os idosos possuem, e a facilidade que têm em aplicar as suas aptidões psicomotoras e cognitivas para administrar medicamentos conforme prescrito, também determina essa capacidade de gestão da medicação. As alterações decorrentes da idade e que afetam a capacidade funcional física, a acuidade sensorial e a cognição são prevalentes entre as populações mais velhas. Essas alterações juntamente com a tal complexidade dos regimes terapêuticos, podem potencialmente dificultar a gestão da medicação para alguns idosos [7]. Neste sentido, a capacidade de gerir a medicação depende de se o indivíduo é capaz ou não de realizar uma tarefa complexa, que neste caso pode incluir obter e manusear medicamentos, agendar a sua toma, lidar com mudanças no plano terapêutico, saber quando contactar o profissional de saúde para relatar problemas relacionados com a medicação e entender o que fazer em caso de doses perdidas ou tardias [6].

Neste ponto, torna-se também importante definir autocuidado. Este conceito, proposto por Orem, representa a prática de atividades que um indivíduo inicia e realiza, voluntariamente, com vista a manter a sua vida, saúde e bem-estar. Assim, gerir a medicação constitui uma atividade de autocuidado que pode ser interpretada pela teoria do déficite do autocuidado. Esta teoria explica a interação entre a capacidade de autocuidado dos indivíduos e as necessidades de autocuidado que eles requerem. Os requisitos de autocuidado enquadram-se em três categorias: (1) autocuidado universal, (2) autocuidado de desenvolvimento e (3) autocuidado de desvio de saúde. Este último decorre de estados anormais de saúde, como doenças, lesões ou incapacidades associadas a patologias específicas ou decorrentes da assistência médica. Deste modo, a incapacidade de gestão da medicação pode ser considerada um desvio de saúde, sendo que, neste caso, o objetivo das intervenções será diminuir o déficite de autocuidado. A Figura 5 ilustra que a capacidade de cumprir os requisitos de autocuidado é determinada pela capacidade de iniciar e realizar atividades de autocuidado e pelo conjunto de atividades de autocuidado que devem ser realizadas para atender às necessidades do indivíduo. Existe um déficite de autocuidado quando as necessidades terapêuticas de autocuidado excedem a capacidade de as satisfazer. Na teoria apresentada, há cinco fatores distintos que são indicativos da capacidade de autocuidado: (a) capacidades cognitivas, raciocínio, conhecimento e julgamento; (b) capacidade de movimento; (c) motivação; (d) habilidades; e (e) limitações cognitivas. Além destes, alguns fatores internos e externos influenciam a capacidade de autocuidado, as necessidades terapêuticas e, portanto, a magnitude do déficite de autocuidado. Esses fatores são denominados fatores de condicionamento básico e incluem idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores do sistema de saúde, fatores do sistema familiar, hábitos de vida, fatores ambientais e disponibilidade e adequação de recursos [7].



**Figura 5** - Teoria do déficit de autocuidado aplicada à capacidade de gestão da medicação (Adaptado de [7])

Como referido anteriormente, a capacidade funcional para gerir a medicação relaciona-se com as alterações decorrentes da idade, sobretudo as que impactam as dimensões cognitiva, física e sensorial. Neste sentido, a pesquisa de Stegemann *et al* (2010) descreve alguns dos principais problemas na gestão da medicação, diretamente relacionados com estas três dimensões funcionais. Este estudo demonstrou que, a nível cognitivo, os exercícios que mais se associam à gestão da medicação estão relacionados com a utilização das funções cognitivas estáveis, com as limitações e comprometimento cognitivo, bem como com a menor eficiência na resolução de questões relacionadas com a medicação. Relativamente à dimensão física ou motora, demonstrou-se o impacto da funcionalidade no manuseamento das embalagens e das formas farmacêuticas. E por fim, a nível sensorial, destacou-se a importância da acuidade visual, nomeadamente no que diz respeito à distinção das cores e ao comprometimento visual. Além disso, o estudo alertou ainda para a diminuição do reflexo de deglutição, o que pode causar problemas aquando da toma de medicamentos por via oral [47].

## 5.1. Avaliação da Capacidade de Gestão da Medicação

A capacidade de autogestão da medicação pode ser utilizada como guia para intervenções direcionadas, com vista a promover o uso correto e seguro dos medicamentos pelos idosos. Além disso, pode também servir de indicador de autocuidado ou déficit cognitivo, o que pode alertar para a perda de independência e para a necessidade de cuidados assistenciais. Contudo, a avaliação formal da capacidade de gestão da medicação, por parte de um indivíduo independente, não é realizada rotineiramente na prática clínica. Na maioria das vezes, os profissionais de saúde avaliam simplesmente a capacidade de autogestão da medicação usando o julgamento profissional, com base nas condições médicas ou nos relatórios clínicos. Este

método é, por isso, subjetivo e tendencioso, o que pode levar a uma sobre ou subestimação da capacidade de autogestão do indivíduo. Adicionalmente, alguns profissionais utilizam as medidas de adesão à terapêutica como indicadores da capacidade de gestão da medicação. No entanto, essas medidas limitam-se a avaliar a frequência com que os medicamentos são tomados ou reabastecidos, em vez de avaliar a forma como os medicamentos são tomados. Até mesmo o uso de avaliações cognitivas ou funcionais, como o Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), o índice de independência de Katz nas AVDs, ou a escala de Lawton das AIVDs, podem não avaliar objetivamente as capacidades necessárias para a autogestão ideal da medicação [8].

Neste sentido, inúmeras ferramentas foram desenvolvidas para avaliar a capacidade de gestão da medicação por parte de um indivíduo independente. Essas ferramentas foram testadas e validadas, mas é improvável que um único instrumento possa atender às necessidades de todos os contextos clínicos, pelo que a escolha do instrumento deve ter em conta o objetivo e propósito da avaliação. Idealmente, o instrumento para avaliar a capacidade de gestão da medicação deve ser válido, confiável, objetivo, quantitativo, facilmente aplicado com um sistema de pontuação simples e fornecer resultados claros e interpretativos. Além disso, deve ser breve (menos de 30 minutos), requerer poucos materiais, avaliar aptidões físicas e cognitivas, e não ser desconfortável para o doente [8].

### **5.1.1. Instrumentos de Avaliação**

Numa revisão publicada em 2020, foram identificados e descritos 26 instrumentos específicos para avaliar a capacidade de gestão da medicação. Estes instrumentos foram publicados depois de 2009, com origem maioritária nos Estados Unidos da América (EUA). Dos 26 instrumentos apresentados, vinte foram desenvolvidos nos EUA, três no Canadá e um na Escócia, um na Suécia e outro na Coreia do Sul. Para cada instrumento identificado, foram registadas várias características: nome, objetivo, número de itens, aptidões avaliadas (cognitiva, física e/ou sensorial), capacidades avaliadas, escala de pontuação e tempo de execução. A Tabela 5 apresenta as características detalhadas de cada instrumento [8].

O objetivo da maioria dos instrumentos é avaliar a capacidade dos idosos tomarem os seus medicamentos de forma independente e em casa, com exceção da ferramenta PA, que foi projetada para auxiliar nas decisões do planeamento da alta hospitalar, e a ferramenta S-5, que testa a segurança e a prontidão da automedicação após um enfarte. A maioria dos instrumentos avalia tanto as aptidões cognitivas como as físicas para a gestão dos medicamentos. No entanto, três instrumentos avaliam exclusivamente a aptidão cognitiva (VRAMMA, Medi-Cog e PillQ) e, adicionalmente, a aptidão sensorial é avaliada por oito instrumentos (Barreiras à adesão, MMEI, MMAA, S-5, MAI, PA, SMAT e Pillbox Test). Todos os instrumentos, à exceção do PillQ que se baseia no autorrelato feito pelo doente, avaliam as capacidades de gestão da medicação com base na observação direta de diversas tarefas durante as visitas presenciais. As capacidades mais frequentemente avaliadas incluem: identificar os medicamentos, lendo os rótulos ou lembrando o seu nome ou aparência, abrir e remover a dose correta da embalagem e saber a posologia. Através de instrumentos que utilizam os medicamentos próprios do

indivíduo, a aptidão cognitiva de autogestão da medicação é avaliada pedindo ao doente que nomeie todos os seus medicamentos e diga a razão pela qual os toma e quando o faz. A aptidão física é avaliada pedindo aos doentes que abram e fechem os frascos de medicação e removam a dose apropriada da embalagem. Por outro lado, através de instrumentos que utilizam um regime padronizado de medicação, a aptidão cognitiva é testada pedindo aos doentes que leiam e interpretem os rótulos prescritos (com diferentes tipos e tamanhos de letra) ou que organizem uma caixa de comprimidos e realizem cálculos básicos. A aptidão física é determinada avaliando a capacidade do indivíduo em abrir e fechar tampas infantis de diferentes tamanhos e remover comprimidos de frascos. Além destes, outros instrumentos determinam a aptidão cognitiva através da avaliação do conhecimento da medicação (nome, dose, indicação e tempo). Já a aptidão sensorial de gerir a medicação é avaliada principalmente pedindo aos doentes que distingam os comprimidos pela cor ou pela forma [8].

Dos instrumentos apresentados, dois já foram adaptados e validados para a população idosa portuguesa (DRUGS-PT e SMAT-PT).

**Tabela 5** - Instrumentos de Avaliação da Capacidade de Gestão da Medicação (Adaptado de [8])

Instrumentos	Objetivo	Nº de itens	Aptidões avaliadas			Capacidades avaliadas	Pontuação	Tempo (min)
			Cognitiva	Física	Sensorial			
<b>Instrumentos baseados na realização de tarefas usando os medicamentos próprios do indivíduo</b>								
<b>DRUGS</b>	Examinar a capacidade do indivíduo gerir o seu próprio regime terapêutico e padronizar a revisão de todos os seus medicamentos	4	+	+		(1) Identificar os medicamentos; (2) Abrir frascos; (3) Remover a dose da embalagem; (4) Cumprir o horário das tomas	0-100	5-15
<b>MedTake</b>	Quantificar as aptidões dos idosos para tomar medicamentos orais com segurança e padronizar a revisão de todos os seus medicamentos	4	+	+		(1) Identificar e lembrar-se dos nomes dos medicamentos; (2) Abrir frascos e remover as doses da embalagem; (3) Cumprir a indicação e a ingestão de alimentos/água; (4) Cumprir a posologia	0-100	30-45
<b>MedMaIDE</b>	Identificar deficiências na capacidade dos idosos em tomar os seus medicamentos em casa e avaliar diferentes formas de dosagem	20	+	+		(1) Conhecer os medicamentos (nomear todos os medicamentos e descrever o regime completo, incluindo indicação, via de administração e posologia); (2) Capacidade de tomar os medicamentos (pegar num copo de água, beber água suficiente, abrir os frascos, remover a dose da embalagem e demonstrar o método de administração para as formas orais e não orais); (3) Conhecer os suprimentos contínuos (identificar os <i>refills</i> existentes, o nome da farmácia ou da clínica/hospital e os recursos disponíveis)	0-13	30

<b>HOME-Rx</b>	Avaliar a capacidade do idoso gerir rotinas de medicação em casa, identificar comportamentos de risco por terapeutas ocupacionais de assistência domiciliar e avaliar diferentes formas de dosagem	16	+	+		(1) Conhecer os medicamentos; (2) Lembra-se dos medicamentos; (3) Manipular os frascos de medicamentos e/ou seringa (se utilizado); (4) Calcular doses medicamentosas	1-16	30-45
<b>Show Back</b>	Avaliar a competência de autogestão da medicação por idosos	5	+	+		(1) Identificar a medicação; (2) Explicar as indicações; (3) Organizar a caixa de comprimidos; (4) Descrever o processo de administração de medicamentos injetáveis e inalados ou de medicamentos que requerem divisão; (5) Descrever a posologia	0-100	22
<b>Instrumentos de autorrelato usando os medicamentos próprios do indivíduo</b>								
<b>PillQ</b>	Avaliar o declínio do funcionamento cognitivo e o seu impacto sobre as AVDs em doentes com Parkinson, perguntando aos doentes ou aos cuidadores se eles conseguem gerir independentemente a sua medicação	1	+			Pedir ao doente para descrever claramente a sua medicação, incluindo doses (dureza ou cor do comprimido) e o horário das tomas	0-3	
<b>Instrumentos baseados na realização de tarefas usando um regime padronizado de medicamentos</b>								
<b>Barreiras à adesão</b>	Avaliar as capacidades funcionais que podem dificultar a adesão terapêutica pelos idosos	5	+	+	+	(1) Lembrar-se dos medicamentos; (2) Ler letras pequenas; (3) Diferenciar os comprimidos pela cor e tamanho; (4) Abrir frascos de tamanhos diferentes e recipientes líquidos; (5) Interpretar instruções		<10
<b>MMEI</b>	Avaliar a capacidade funcional do doente para tomar medicamentos	5	+	+	+	(1) Ler os rótulos; (2) Abrir/fechar tampas resistentes e não resistentes a	0-5	<5

						crianças; (3) Remover os comprimidos de frascos; (4) Interpretar as instruções; (5) Diferenciar os comprimidos pela cor		
<b>SM Task</b>	Avaliar a capacidade do doente planejar a medicação e administrar com sucesso um novo medicamento	5	+	+		(1) Ler os rótulos; (2) Interpretar as instruções dos rótulos; (3) Abrir frascos; (4) Dividir comprimidos quando necessário; (5) Organizar semanalmente a caixa de comprimidos		<20
<b>MM Test</b>	Avaliar o funcionamento adaptativo de alto nível em pessoas com demência precoce	17	+	+		(1) Identificar os medicamentos; (2) Lembrar-se do número de comprimidos; (3) Calcular as necessidades diárias; (4) Explicar o regime terapêutico; (5) Conhecer as indicações; (6) Abrir frascos; (7) Remover os comprimidos dos frascos; (8) Descrever as embalagens	0-46	<5
<b>RACT</b>	Avaliar a capacidade do doente aderir a um regime terapêutico antes de o iniciar	11	+	+		(1) Ler e interpretar rótulos prescritos e auxiliares; (2) Abrir/fechar frascos e remover/devolver comprimidos dos mesmos; (3) Saber o que fazer ao perder uma dose e em caso de efeitos adversos		
<b>MMT</b>	Avaliar a capacidade do doente cumprir regimes terapêuticos antirretrovirais	20	+	+		(1) Organizar semanalmente a caixa de comprimidos; (2) Calcular as necessidades diárias; (3) Ler e interpretar rótulos prescritos e auxiliares; (4) Saber o que fazer ao perder uma dose e em caso de efeitos adversos	0-100	15-25

<b>MMT-R</b>	Avaliar a capacidade do doente cumprir regimes terapêuticos antirretrovirais	11	+	+		Igual ao MMT	0-10	10
<b>MMAA</b>	Avaliar a capacidade dos idosos com doença mental gerirem a medicação de forma independente	4	+	+	+	(1) Lembrar-se dos medicamentos; (2) Descrever o regime completo; (3) Abrir e fechar frascos; (4) Remover a dose dos frascos; (5) Diferenciar os comprimidos pela cor	0-25	45-60
<b>HMS</b>	Testar a capacidade dos idosos entenderem e implementarem uma medicação de rotina	2	+	+		(1) Ler os rótulos; (2) Compreender o regime terapêutico; (3) Planear um horário para tomar os medicamentos; (4) Abrir e fechar frascos; (5) Remover a dose dos frascos; (6) Organizar a caixa de comprimidos	0-11	15-30
<b>MAT</b>	Auxiliar nas decisões de implementação de cuidados com base na capacidade de autogestão da medicação	10	+	+		(1) Ler os rótulos; (2) Compreender o regime terapêutico; (3) Abrir e fechar frascos; (4) Remover a dose dos frascos; (5) Organizar a caixa de comprimidos	0-100	5-15
<b>MMPT</b>	Identificar barreiras visuais, físicas e cognitivas na gestão da medicação dos idosos	5	+	+		(1) Ler os rótulos; (2) Abrir frascos; (3) Interpretar as instruções da medicação; (4) Calcular as necessidades diárias	0-5	
<b>VRAMMA</b>	Avaliar a capacidade de gestão da medicação de doentes com esquizofrenia	4	+			(1) Ler os rótulos prescritos; (2) Interpretar as instruções da medicação		
<b>ManageMed</b>	Determinar rapidamente se o indivíduo consegue lidar com uma rotina de medicação moderadamente complicada	33	+	+		(1) Ler os rótulos; (2) Lembrar-se dos medicamentos; (3) Abrir e fechar frascos; (4) Realizar cálculos; (5) Organizar a caixa de comprimidos	0-42	15-20

<b>S-5</b>	Testar a segurança e a prontidão da automedicação após enfarte	16	+	+	+	(1) Ler os rótulos; (2) Lembrar-se dos medicamentos; (3) Interpretar as instruções da medicação; (4) Abrir diferentes frascos; (5) Diferenciar os comprimidos pela forma, cor e tamanho; (6) Descrever o processo de administração de medicamentos injetáveis (se necessário)	Sim/Não	4-6
<b>Instrumentos baseados na realização de tarefas usando um regime padronizado de medicamentos e os medicamentos próprios do indivíduo</b>								
<b>MAI</b>	Avaliar os conhecimentos e as capacidades dos doentes tomarem os medicamentos e identificar barreiras à gestão ideal da medicação	2	+	+	+	(1) Ler os rótulos; (2) Abrir diferentes frascos; (3) Diferenciar os comprimidos pela cor; (4) Nomear todos os medicamentos; (5) Conhecer as indicações; (6) Saber a duração do tratamento; (7) Saber a posologia		15-30
<b>PA</b>	Identificar barreiras à autoadministração de medicamentos e auxiliar nas decisões do planeamento da alta hospitalar	28	+	+	+	(1) Ler rótulos; (2) Abrir frascos; (3) Remover a dose dos frascos; (4) Diferenciar os comprimidos pela cor; (5) Organizar a caixa de comprimidos; (6) Descrever o regime; (7) Engolir comprimidos	0-28	20
<b>SMAT</b>	Testar os déficits da gestão da medicação nos idosos e facilitar as intervenções direcionadas	44	+	+	+	(1) Ler os rótulos; (2) Lembrar-se dos medicamentos; (3) Interpretar as instruções da medicação; (4) Abrir frascos; (5) Remover os comprimidos da embalagem; (6) Diferenciar os comprimidos pela cor; (7) Organizar a caixa de comprimidos	Múltipla	
<b>RAT</b>	Avaliar as necessidades dos idosos de apoio adicional na gestão dos seus medicamentos	13	+	+		(1) Ler os rótulos; (2) Abrir diferentes embalagens de medicamentos; (3) Manipular colheres doseadores (5ml) e frascos de gotas oftálmicas ou auriculares	0-26	5-20

Instrumentos baseados na realização de tarefas usando uma caixa de comprimidos									
<b>Medi-Cog</b>	Avaliar a capacidade dos doentes colocarem os seus próprios medicamentos prescritos numa caixa de comprimidos	3	+				(1) Ler rótulos; (2) Interpretar as instruções da medicação; (3) Organizar a caixa de comprimidos	0-10	
<b>Pillbox Test</b>	Avaliar quatro componentes da funcionalidade executiva através da avaliação em tempo real da gestão da medicação	5	+	+	+		(1) Ler rótulos; (2) Interpretar as instruções da medicação; (3) Abrir frascos; (4) Diferenciar os comprimidos pela cor; (5) Organizar a caixa de comprimidos		

## 5.1.2. Autogestão da Medicação do Idoso - Estudo em Portugal

Entre 2014 e 2017, foi realizado um estudo transversal (*cross-sectional*) implementado em vários centros de dia para idosos e farmácias comunitárias do Alentejo, com o objetivo de avaliar a capacidade funcional dos indivíduos mais velhos gerirem os seus próprios medicamentos e explorar os preditores dessa mesma capacidade. Todos os idosos que atenderam aos critérios de inclusão - nativos de língua portuguesa e residentes comunitários na Região do Alentejo com mais de 65 anos, tomando pelo menos um medicamento crônico e sem sinais visíveis de demência - foram convidados a participar no estudo. Os participantes consentidos responderam a diversas perguntas nas entrevistas, incluindo perguntas sobre as principais medidas de adesão à terapêutica, complexidade do regime medicamentoso, estado cognitivo e capacidade funcional para o manuseamento dos medicamentos. Assim, 207 idosos foram entrevistados por um farmacêutico qualificado e treinado [48].

Para avaliar a capacidade funcional dos idosos gerirem os seus próprios medicamentos, utilizaram-se as versões portuguesas de dois instrumentos adaptados e validados na população idosa portuguesa, o DRUGS-PT e o SMAT-PT. Ambos se basearam em quatro tarefas que foram realizadas pelos sujeitos, mas o formulário foi preenchido pelo entrevistador. Durante a avaliação, foram questionados os hábitos diários e as refeições em relação ao regime terapêutico e questionou-se os sujeitos sobre cada tarefa relativa à autogestão da medicação: identificação, acesso (abertura da embalagem), dosagem e tempo. Além disso, outras medidas foram aplicadas, com o objetivo de avaliar as dimensões potencialmente relacionadas com a capacidade de manuseamento dos medicamentos: adesão à terapêutica (MAT), complexidade do regime terapêutico (MRCI), estado cognitivo (MMSE e CDT) e AIVDs (Escala de Lawton) [48].

Na amostra (207 idosos), a maioria dos indivíduos era do sexo feminino (75,4%) e as idades variaram entre os 65 e os 93 anos, com média de 75,5 anos (75,4 anos nas mulheres e 76 anos nos homens). A maioria dos participantes era casada (51,2%), sendo os agregados familiares constituídos maioritariamente por duas pessoas (47,8%). Contudo, 36,2% dos participantes viviam sozinhos. Apenas 19,8% dos participantes relataram não saber ler e/ou escrever, embora 23,2% nunca tenham frequentado a escola. Cerca de 37,2% dos entrevistados relataram dificuldades financeiras na aquisição de medicamentos, dos quais 6,8% optaram mesmo por não comprar os seus medicamentos prescritos devido a essas dificuldades. Em alguns casos (2,4%), os sujeitos relataram ter parado de comprar outros produtos ou serviços essenciais para que pudessem pagar os seus medicamentos. Quanto à perceção do seu próprio estado de saúde, 54,6% da amostra considerou a sua saúde razoavelmente boa e 43% dos indivíduos consideravam-se em boa saúde. Em termos cognitivos, em geral, os idosos apresentaram maiores dificuldades em componentes mais complexas, isto é, na reprodução de imagens (46,4% do total de deficiências) e nas informações escritas (41,6% do total de deficiências). Verificou-se também que entre os idosos, a faixa etária mais jovem (65-69 anos), bem como aqueles que frequentaram a escola por um período mais longo (1-9 anos de escola), apresentaram uma capacidade cognitiva significativamente maior do que o resto da amostra. As tarefas em que os idosos relataram maior dependência funcional foram: usar transportes

(54,1%), ir às compras (39,1%) e preparar refeições (22,7%). Por outro lado, as tarefas em que os idosos apresentaram maior independência funcional foram: usar o telefone (97,6%), gerir dinheiro (97,1%) e tomar medicamentos (90,8%). Adicionalmente, todos os participantes tomavam pelo menos uma medicação diária cronicamente, com uma média de 6,7 medicamentos por dia, sendo que as mulheres apresentaram um consumo de medicamentos diários significativamente maior do que os homens. Quando a adesão à terapêutica foi analisada com base no valor percentil-50, verificou-se que 81,2% dos indivíduos eram aderentes, mas quando foi definida como a pontuação máxima em todos os itens da escala, observou-se que apenas 9,2% da amostra foi totalmente aderente [48].

As principais dificuldades, reconhecidas pela avaliação do DRUGS-PT, foram a identificação da medicação, a abertura das embalagens e o agendamento das doses de medicamentos. O problema com a identificação dos medicamentos estava principalmente relacionado com os seus nomes, uma vez que a maioria dos participantes teve dificuldade em dizer ou memorizar os mesmos por várias razões (línguas estrangeiras, designações extensas ou semelhança com outros nomes). Esta evidência justifica e motiva o uso de opções alternativas, como a referência às características físicas (cor ou forma), indicações escritas na embalagem ou pictogramas farmacêuticos. No entanto, estas opções alternativas encontram barreiras à sua implementação, como as semelhanças entre medicamentos genéricos (a maioria são comprimidos brancos e redondos) e as mudanças frequentes nas embalagens dos medicamentos. Por outro lado, quando a avaliação foi feita com o SMAT-PT, foram utilizados dois regimes de medicação diferentes - simulados e reais. Com o regime simulado, o maior desafio para os participantes foi identificar os medicamentos por meio da leitura de rótulos/prescrições e, em relação à dimensão cognitiva, a principal dificuldade foi identificar os horários diários das tomas dos medicamentos. Com o regime real, as maiores dificuldades para a amostra foram a memorização dos medicamentos, especialmente a identificação dos mesmos pelo nome. Houve, portanto, uma associação direta entre o nível de escolaridade, a capacidade cognitiva e a capacidade de gerir medicamentos [48].

Por fim, os principais preditores encontrados para a capacidade de gestão da medicação foram o estado cognitivo, as pontuações de MMSE e CDT, o nível de escolaridade e o consumo diário de medicamentos. A par dos efeitos da cognição e da complexidade do regime terapêutico, anteriormente identificados como importantes preditores da capacidade de gestão de medicamentos por Maddigan (2003), o nível de escolaridade identificado nos resultados pode ser explicado pelo baixo nível de alfabetização dos portugueses mais velhos, o que pode influenciar todos os comportamentos, incluindo a capacidade de gestão da medicação. Assim, conhecer os principais preditores da capacidade de autogestão da medicação, permitirá, em termos de intervenções em saúde pública, identificar facilmente os doentes que possam precisar de intervenção (educacional e/ou comportamental) e torná-la mais eficaz [48].

## 5.2. Otimização da Gestão da Medicação

A idade, por si própria, geralmente não é um preditor independente da má capacidade de gestão da medicação nem da não adesão à terapêutica. No entanto, como visto, a prevalência de fatores de risco para problemas relacionados com medicamentos aumenta com a idade. Estes incluem polimedicação, complexidade do regime medicamentoso, declínio cognitivo e funcional, contacto inadequado com os profissionais de saúde, sintomas depressivos, baixo apoio social e ausência de assistência na hora da toma dos medicamentos. Neste sentido, muitos desfechos adversos à saúde podem ser evitáveis se forem tomadas medidas adequadas para lidar com esses fatores de risco e otimizar a capacidade de gestão da medicação e a adesão à terapêutica [9].

Assim, para melhorar a capacidade de gestão da medicação e a adesão à terapêutica, várias intervenções comportamentais e educacionais simples e complexas, executadas isoladamente ou em combinação, podem ser implementadas. As estratégias comportamentais incluem: utilização de alarmes, calendários e diários, gráficos de lembretes e listas com a medicação, etiquetas de impressão grandes, alteração das embalagens, utilização de caixas de comprimidos e serviços de Preparação Individualizada da Medicação (PIM), monitorização da adesão com ou sem *feedback*, lembretes digitais pelo telemóvel ou email, simplificação dos regimes terapêuticos, promoção em grupo das capacidades necessárias para gerir a medicação, acompanhamento clínico através de consultas, visitas domiciliárias ou vídeo/teleconferências, entre outras. A par destas, as estratégias educacionais capacitam tanto os próprios doentes como as respetivas famílias e cuidadores. Esta promoção e educação para a saúde é executada por médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, através de visitas, chamadas telefónicas, correio e, por vezes, recorrendo a ferramentas audiovisuais. Além da otimização da gestão da medicação e da adesão à terapêutica, estas intervenções podem levar a melhorias no conhecimento sobre os medicamentos e aumentar a confiança no manuseamento dos mesmos, proporcionar maior satisfação com o tratamento, melhorar a qualidade de vida relacionada com a saúde, reduzir a incidência de efeitos adversos e diminuir a utilização dos serviços de saúde [9].

# Capítulo IV. Políticas de Saúde

## 1. Direito à Proteção da Saúde

A Constituição da República Portuguesa (CRP) prevê, no artigo 64º, que todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover [49]. Neste sentido, o direito à proteção da saúde é o direito de todas as pessoas gozarem do melhor estado de saúde físico, mental e social, pressupondo a criação e o desenvolvimento de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam níveis suficientes e saudáveis de vida, de trabalho e de lazer. Este direito constitui uma responsabilidade conjunta das pessoas, da sociedade e do Estado, compreendendo o acesso, ao longo da vida, à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, a cuidados continuados e a cuidados paliativos. Em Portugal, o Estado promove e garante o direito à proteção da saúde através do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais [50].

Relativamente aos idosos, a Lei de Bases da Saúde defende que estes têm direito à promoção do bem-estar e qualidade de vida durante o envelhecimento, numa perspetiva inclusiva e ativa que favoreça a capacidade de decisão e controlo da sua vida, através da criação de mecanismos adaptativos de aceitação, de autonomia e independência, sendo determinantes os fatores socioeconómicos, ambientais, da resposta social e dos cuidados de saúde. Consequentemente, o Governo deve definir a política de saúde visando a promoção da saúde e a prevenção da doença, a melhoria do estado de saúde da população e a promoção da educação e da literacia para a saúde [50]. A promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida deve, por isso, ser contemplada nas demais políticas de saúde, de modo a prevenir doenças, promover a saúde, manter a capacidade intrínseca e viabilizar a habilidade funcional dos idosos [2].

## 2. Política de Saúde Nacional

### 2.1. Plano Nacional de Saúde

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030 foi elaborado pela DGS, considerando a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas. Este Plano constitui um processo participativo, cocriativo, estruturado e integrador que, partindo da identificação conjunta das principais necessidades e expectativas de saúde da população residente em Portugal, seleciona as estratégias de intervenção mais adequadas, tendo em vista o alcance de objetivos de saúde sustentável para Portugal, visando, entre outros, a redução das iniquidades em saúde. Apesar dos sucessos de Portugal na área da saúde, nomeadamente no que diz respeito às doenças evitáveis pela vacinação, à mortalidade materna, à mortalidade infantil e à evolução da esperança de vida, os problemas de saúde que Portugal terá de enfrentar nesta década são

significativos, particularmente aqueles decorrentes dos desafios demográficos e epidemiológicos que se colocam hoje na nossa sociedade. Assim, o PNS 2021-2030 partiu da elaboração de um diagnóstico holístico e profundo da situação de saúde da população em Portugal, que permitiu identificar os problemas de saúde e respetivos determinantes, bem como as necessidades de saúde. No que respeita às necessidades de saúde por determinantes de saúde, para além dos fatores biológicos, comportamentais e ambientais, foi possível destacar, com elevada preponderância, fatores relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, fatores económicos, demográficos e sociais [51].

Neste sentido, decorrentes das necessidades de saúde identificadas, foram propostas grandes linhas de orientação estratégica e selecionadas estratégias de intervenção específicas a serem desenvolvidas pelos diferentes sectores da sociedade, da saúde e externos à saúde, aos níveis nacional e subnacional (sobretudo local). Particularmente desafiante e urgente é o desenvolvimento de estratégias de intervenção dirigidas ao problema do envelhecimento da população, que tende a agravar-se e para o qual, de acordo com o relatório *Health at a Glance 2021*, da OCDE, não existem, ainda, respostas suficientemente planeadas ou implementadas, tendo em vista as necessidades atuais e futuras, pois o aumento da longevidade não tem sido acompanhado do desejado aumento dos anos de vida saudáveis aos 65 anos [51].

Considerando os grupos de necessidades de saúde (por problemas e por determinantes de saúde), a abordagem da seleção das estratégias de intervenção centra-se em quatro grandes linhas de orientação estratégica: promover saúde, manter ou reforçar as estratégias que funcionam, recuperar e melhorar o acesso e a intervenção em saúde e preparar e antecipar o futuro. Entre as estratégias de intervenção propostas, face às necessidades de saúde identificadas, destacam-se as seguintes: promoção da literacia em saúde; promoção do envelhecimento ativo e saudável e aumento da longevidade; promoção da saúde de grupos da população de maior vulnerabilidade; reforço da rede de suporte social e do capital social ao longo do ciclo de vida; recuperação e/ou melhoria do acesso a todo o tipo de cuidados; prevenção de complicações ou agudizações de doenças crónicas; educação para a (auto)gestão da doença crónica; inovação de medicamentos e dispositivos médicos com garantia do acesso equitativo aos mesmos; e investimento na segurança do doente (incluindo a prevenção de novas resistências aos antimicrobianos, a evicção da polimedicação, principalmente nos idosos, o uso excessivo de medicação do foro da saúde mental, entre outros) [51].

Adicionalmente, o PNS 2021-2030 recomenda o investimento nos determinantes relacionados com o sistema de saúde e a prestação de cuidados de saúde, sendo o mesmo adequado e continuado considerando os desafios demográficos (envelhecimento dos recursos humanos e duplo envelhecimento da população), uma maior articulação e integração de recursos e cuidados, e um investimento também adequado no aumento da literacia da população, visando uma maior capacitação na gestão da sua saúde e uma maior adequação da procura e utilização dos serviços de saúde [51].

## 2.2. Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável

Em matéria do envelhecimento ativo e saudável, Portugal está comprometido com a Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável da OMS e com os valores e objetivos fundamentais da UE. Consequentemente, aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas é um ponto de referência para a formulação de um modelo orientador de intervenção que defina prioridades, parâmetros de monitorização e avaliação, e imprima dinâmicas e sinergias de cooperação entre interventores e instituições no âmbito dos diversos programas prioritários e outros programas e projetos da saúde e vários parceiros empenhados na melhoria dos padrões de saúde, de participação, de segurança e de investigação.

Neste sentido, nos termos do Despacho n.º 12427/2016, foi proposta a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (ENEAS) 2017-2025, apoiada no trabalho desenvolvido pela DGS no âmbito dos programas de prevenção da doença, de promoção da saúde e do PNS [2].

A ENEAS perspetiva uma sociedade onde o processo de envelhecimento ao longo do ciclo de vida venha a conferir elevados níveis de saúde, bem-estar, qualidade de vida e realização pessoal à população idosa e na qual todos vivenciem um envelhecimento ativo digno e saudável. Torna-se, por isso, necessário promover a saúde e o bem-estar, a participação, a não discriminação, a inclusão, a segurança e a investigação no sentido de aumentar a capacidade funcional, a autonomia e a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. A Tabela 6 destaca os principais objetivos específicos da ENEAS [2].

**Tabela 6** - Objetivos específicos da ENEAS 2017-2025 (Adaptado de [2])

a)	Promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, e melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, e respetiva qualidade
b)	Incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas
c)	Promover a educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde
d)	Incentivar a criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e participação das pessoas idosas
e)	Apoiar o desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas
f)	Promover iniciativas e práticas para a redução do risco de acidentes na pessoa idosa
g)	Fomentar investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável

Para completar a missão da ENEAS e cumprir os objetivos previstos, importa trabalhar na promoção de estilos de vida saudável e vigilância da saúde, na gestão dos processos de

comorbilidade, na educação e formação ao longo do ciclo de vida, na criação de ambientes potenciadores da integração e participação, na criação de ambientes físicos que garantam a segurança, na identificação, sinalização e suporte em situação de vulnerabilidade e na medição, monitorização e investigação. Entre as medidas e ações propostas, destacam-se, na Tabela 7, aquelas que podem maximizar a capacidade funcional das pessoas idosas relativamente à gestão da sua medicação [2]:

**Tabela 7** - Medidas e Ações da ENEAS para a maximização da capacidade funcional das pessoas idosas (Adaptado de [2])

Medida	Ação
Promover a literacia em saúde, práticas de Estilos de Vida Saudável, e o autocuidado	Promover ações dirigidas ao autocuidado, à vigilância da saúde, à vacinação, aos rastreios, aos exames médicos, adesão ao plano terapêutico e a outros cuidados de saúde
	Promover competências que incrementem a autonomia da pessoa idosa na gestão do seu processo de cuidados
Criar um programa de vigilância da saúde das pessoas idosas que institua o registo da avaliação da funcionalidade, ações de promoção de saúde e prevenção da doença	Fomentar a realização de avaliações regulares com vista à deteção precoce de défices funcionais, défices psíquicos ou doenças crónicas a partir dos 50 anos de idade, tendo em conta as necessidades particulares de mulheres e de homens
	Incluir diagnóstico compreensivo obrigatório aos 65 anos (avaliação CID e CIF) e estabelecimento de PIC colaborativo e que institua o registo da avaliação da funcionalidade, ações de promoção de saúde e prevenção da doença
Incentivar a monitorização e eventual prescrição na prevenção e controlo das alterações de comportamento, nomeadamente nas áreas da atividade física, alimentar e da interação social	Garantir a avaliação regular de funcionalidade das pessoas idosas como instrumento fundamental de avaliação do seu estado de saúde
Capacitar os profissionais de saúde, familiares, outros cuidadores informais e pessoas idosas para a gestão do regime terapêutico	Definir uma estratégia de combate à polimedicação de justificação obrigatória para mais de 5 medicamentos envolvendo uma abordagem multiprofissional
Elaborar e executar Planos Individuais de Cuidados (PIC) baseados na promoção da saúde e das capacidades funcionais, e que tenham em conta as necessidades particulares de mulheres e homens	Orientar as intervenções para a otimização da capacidade funcional

Dinamizar ações de formação e capacitação dirigidas a cuidadores informais no sentido de aquisição de competências, nomeadamente de utilização das tecnologias e os serviços disponíveis para realizar o controlo das doenças crónicas e de potenciar as capacidades funcionais e de autonomia das pessoas idosas	Adotar, pelas equipas de cuidados, estratégias sistemáticas de capacitação do cuidador informal
	Desenvolver instrumentos didáticos de capacitação do cuidador informal
Incentivar o envelhecimento no contexto de proximidades da pessoa idosas ( <i>ageing in place</i> )	Criar, organizar e divulgar redes de prestação de cuidados prestados no domicílio e em ambulatório, e apoiar nas necessidades pontuais de manutenção do conforto no domicílio das pessoas idosas
	Incrementar a domiciliação dos cuidados através de uma abordagem integrada que inclua, entre outras, saúde, segurança social, autarquias, entidades/organizações do setor social e solidário
	Identificar e avaliar sistematicamente os fatores externos que contribuam para as vulnerabilidades em saúde das pessoas idosas com comorbilidades
	Incentivar a aprendizagem e utilização de tecnologias de informação e comunicação por parte das pessoas idosas (e-inclusão) com o objetivo de facilitar o processo designado por " <i>ageing in place</i> "
Reforçar a sinalização e acompanhamento de pessoas idosas em condições de isolamento e vulnerabilidade económica, assegurando que as mesmas acedam a todos os benefícios e apoios a que possam ter direito	Promover um acompanhamento e apoio sistemático às situações de isolamento em meio rural
	Promover a comunicação entre serviços da saúde e segurança social e sinalização de situações de isolamento e solidão em meio urbano
Acompanhar e monitorizar as diversas realidades, necessidades e determinantes do Envelhecimento Ativo e Saudável	Promover a avaliação sistemática dos impactos na qualidade de vida das pessoas idosas, tendo em conta uma perspetiva de género, de políticas e medidas em diversos sectores, como sejam da saúde, da segurança social, do trabalho, do planeamento urbano, dos transportes, da habitação, do ambiente, entre outros
Contribuir para o conhecimento em matéria de promoção do envelhecimento ativo e saudável e ensaiar abordagens inovadoras	Produzir relatórios regulares de acompanhamento da evolução do fenómeno de envelhecimento ativo e saudável

	Promover a definição de prioridades de investigação com vista à decisão baseada na evidência
--	--

Apesar dos esforços para desenvolver uma política de saúde nacional capaz de dar resposta à problemática do envelhecimento, são ainda muito poucas as estratégias e medidas relativas à gestão da medicação.

### 3. Políticas e Estratégias Internacionais

A promoção de um envelhecimento ativo e saudável é apontada não só como resposta aos desafios demográficos, como também aos desafios decorrentes da perda da capacidade funcional dos idosos. Esta perda da capacidade funcional dos idosos interfere, como visto, na capacidade de gestão da medicação. Por esse motivo, importa sublinhar alguns pontos-chave da Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável 2016-2020 e alguns objetivos da Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030, políticas sugeridas e apresentadas pela OMS [52].

A OMS perspetiva um mundo em que todos podem viver uma vida longa e saudável. A Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável 2016-2020 pretendia implementar evidências existentes para maximizar a capacidade funcional, preencher as lacunas de evidências e estabelecer parcerias para garantir uma década de envelhecimento saudável. A estratégia tinha cinco objetivos estratégicos: comprometer com a ação, alinhar os sistemas de saúde às necessidades das populações mais velhas, desenvolver ambientes amigáveis à idade, fortalecer o cuidado a longo prazo e melhorar a medição, a monitorização e a pesquisa. Uma vez que promover o envelhecimento saudável requer liderança e comprometimento, torna-se necessária a colaboração entre atores governamentais e não-governamentais. Além disso, é necessária uma transformação na forma como os sistemas de saúde são projetados, de modo a garantir o acesso aos serviços integrados centrados nas necessidades e direitos dos idosos. Adicionalmente, é preciso investir em ambientes amigáveis à idade que promovem a saúde, removem barreiras e fornecem apoio às pessoas que perdem capacidade, permitindo que os idosos mantenham a autonomia e saúde. Neste ponto, importa também realçar que todos os países precisam de ter um sistema integrado de cuidados a longo prazo. Cada sistema deve ajudar as pessoas mais velhas a manter o melhor nível possível de capacidade funcional, assegurando que as mesmas vivam com dignidade e desfrutem dos seus direitos humanos básicos e liberdades fundamentais [53].

Baseada na Estratégia e Plano de Ação Global para o Envelhecimento Saudável 2016-2020, a OMS propôs a Década de Envelhecimento Saudável 2020-2030. Trata-se de um plano que consistirá em 10 anos de colaboração concertada, catalítica e sustentada. Os próprios idosos estarão no centro deste plano, que reunirá os governos, as sociedades civis, as agências internacionais, os profissionais, a academia, a comunicação social e o setor privado para melhorar a vida dos idosos, das suas famílias e das suas comunidades. Nesse sentido, serão

necessárias mudanças fundamentais não apenas nas ações que tomamos, mas na forma como pensamos sobre a idade e o envelhecimento.

A Década abordará, por isso, quatro áreas de ação: (i) mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento; (ii) garantir que as comunidades promovam as habilidades das pessoas mais velhas; (iii) prestar atenção integrada centrada na pessoa e serviços de saúde primária responsivos aos idosos; e (iv) proporcionar o acesso a cuidados de longo prazo para idosos que precisem.

Os Estados Membros, onde se inclui Portugal, devem promover a capacidade funcional, fortalecendo programas e serviços para melhorar a literacia e a autogestão em saúde e alocando os recursos humanos e financeiros necessários. Devem também avaliar a capacidade e a prontidão do sistema de saúde para implementar um atendimento integrado às pessoas idosas, melhorar o acesso a medicamentos essenciais seguros, eficazes e acessíveis, vacinas, diagnósticos e tecnologias assistivas para otimizar a capacidade intrínseca e a capacidade funcional dos idosos e analisar dados clínicos sobre a capacidade intrínseca e a capacidade funcional em contextos nacionais, desagregados por idade, sexo e outras variáveis interseccionais. Além disso, devem assegurar estruturas legais e mecanismos financeiros sustentáveis para a prestação de cuidados de longo prazo, garantindo a monitorização da qualidade dos cuidados, o impacto na capacidade funcional e no bem-estar das pessoas idosas [54].

## Considerações finais

A perda gradual da capacidade funcional está inerente ao processo de envelhecimento. Contudo, apesar de a mesma ser intensificada na presença de doenças crônicas e comorbidades inevitáveis, os profissionais de saúde têm um papel preponderante nesta temática, sobretudo no que respeita à avaliação da capacidade de gestão da terapêutica. Deste modo, uma monitorização atenta e individual permitirá reduzir os problemas relacionados com a medicação, relativamente comuns nos idosos.

A capacidade de gestão da medicação pode ser definida como a capacidade cognitiva e funcional de autoadministrar os medicamentos como foram prescritos. Por esse motivo, é natural que as alterações decorrentes da idade possam dificultar a gestão da medicação para alguns idosos. Importa, por isso, avaliar a capacidade de gestão da medicação por parte dos indivíduos, através de ferramentas desenvolvidas para o efeito. A capacidade de autogestão da medicação pode ser, assim, utilizada como guia para intervenções direcionadas, com vista a promover o uso correto e seguro dos medicamentos pelos idosos.

A par do papel preponderante dos profissionais de saúde, também as entidades governamentais e políticas devem ser responsabilizadas e comprometidas na temática. Torna-se, por isso, imperativo e premente trabalhar em conjunto para construir e manter a capacidade intrínseca, prevenir e gerir as doenças existentes, respeitar as preferências dos idosos e aumentar o alcance dos ambientes que não deixam as pessoas mais velhas para trás, contribuindo assim para a otimização da capacidade funcional.

Em suma, devemos trabalhar juntos para garantir que todas as necessidades básicas das pessoas mais velhas são atendidas e promover todas as habilidades que contribuam para o seu bem-estar. É disso que trata o envelhecimento saudável, com o qual devemos estar coletivamente comprometidos, a fim de potenciar a autonomia e capacidade de autogestão dos idosos em todos os aspetos das suas vidas, sobretudo no âmbito da saúde.

Apesar das inúmeras políticas internacionais e nacionais que se debruçam e que visam promover o envelhecimento saudável, poucas são as que focam de modo concreto o problema da gestão da medicação de alguma forma.

## Referências bibliográficas

- [1] “Where Are The Fastest Aging Populations Around The World? - AgingInPlace.org.” [Online]. Available: <https://aginginplace.org/fastest-aging-populations/>. [Accessed: 12-Sep-2022].
- [2] DGS, “Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável - 2017-2025,” *Direção Geral da Saúde*, p. 52, 2017.
- [3] S. N. Hilmer, A. J. McLachlan, and D. G. Le Couteur, “Clinical pharmacology in the geriatric patient,” *Fundam. Clin. Pharmacol.*, vol. 21, no. 3, pp. 217–230, 2007.
- [4] A. Oliveira, P. Nossa, and A. Mota-Pinto, “Assessing Functional Capacity and Factors Determining Functional Decline in the Elderly: A Cross-Sectional Study,” *Acta Med. Port.*, vol. 32, no. 10, pp. 654–660, 2019.
- [5] T. S. Field, K. M. Mazor, B. Briesacher, K. R. DeBellis, and J. H. Gurwitz, “Adverse drug events resulting from patient errors in older adults,” *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 55, no. 2, pp. 271–276, 2007.
- [6] C. G. M. Sino, M. Sietzema, T. C. G. Egberts, and M. J. Schuurmans, “Medication management capacity in relation to cognition and self-management skills in older people on polypharmacy,” *J. Nutr. Health Aging*, vol. 18, no. 1, pp. 44–49, 2014.
- [7] S. L. Maddigan, K. B. Farris, N. Keating, C. A. Wiens, and J. A. Johnson, “Predictors of older adults’ capacity for medication management in a self-medication program: A retrospective chart review,” *J. Aging Health*, vol. 15, no. 2, pp. 332–352, 2003.
- [8] A. M. Badawoud, T. M. Salgado, J. Lu, P. Parsons, E. P. Peron, and P. W. Slattum, “Measuring Medication Self-Management Capacity: A Scoping Review of Available Instruments,” *Drugs Aging*, vol. 37, no. 7, pp. 483–501, Jul. 2020.
- [9] J. A. Cooper *et al.*, “Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review,” *BMJ Open*, vol. 5, no. 12, 2015.
- [10] T. B. L. Kirkwood, “A systematic look at an old problem,” *Nature*, vol. 451, no. 7179, pp. 644–647, 2008.
- [11] VALENTE Rosa, M.J., 2012, *O envelhecimento da sociedade portuguesa, Ensaios da Fundação, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Relógio D’Água Editores. Lisboa.*
- [12] HelpAge International and UNFPA, “Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio,” *Fundo Popul. das Nações Unidas*, p. 12, 2012.
- [13] INE, “Plataforma de divulgação dos Censos 2021,” *Portal do INE*, 2021. [Online]. Available: [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html). [Accessed: 31-Aug-2022].
- [14] Instituto Nacional de Estatística (INE), “Indicadores de envelhecimento,” 2021. [Online]. Available: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830497>.
- [15] Instituto Nacional de Estatística, *Estatísticas Demográficas - 2020*, no. 25. 2021.

- [16] Instituto Nacional de Estatística (INE), “Óbitos por algumas causas de morte (%)” 2020. [Online]. Available: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela/5830498>.
- [17] OCDE, “OCDE/Observatorio Europeu dos sistemas e politicas de Saúde, Portugal: Perfil de Saúde do país 2021, Estado da Saúde na UE,” pp. 1–24, 2021.
- [18] Instituto Nacional de Estatística (INE), *Estatísticas da Saúde: 2020*. 2020.
- [19] Organização Mundial de Saúde (OMS), “Resumo|Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde,” 2015.
- [20] J. R. Beard and D. E. Bloom, “Towards a comprehensive public health response to population ageing,” *Lancet*, vol. 385, no. 9968, pp. 658–661, 2015.
- [21] OMS, “Constituição da Organização Mundial da Saúde,” 1946.
- [22] Norman et al., “The meanings of health and its promotion.,” 2006.
- [23] M. Dahlgren, Göran;Whitehead, “Policies and strategies to promote social equity in health,” 1991.
- [24] S. Krauss Whitbourne and S. B. Whitbourne, *Adult development and aging: Biopsychosocial perspectives*. 2011.
- [25] A. Kalache and I. Kieckbusch, “A global strategy for healthy ageing,” no. 4, 1997.
- [26] J. M. Carmona-Torres, M. A. Rodríguez-Borrego, J. A. Laredo-Aguilera, P. J. López-Soto, E. Santacruz-Salas, and A. I. Cobo-Cuenca, “Disability for basic and instrumental activities of daily living in older individuals,” *PLoS One*, vol. 14, no. 7, Jul. 2019.
- [27] C. Masala and D. R. Petretto, “From disablement to enablement: Conceptual models of disability in the 20th century,” *Disabil. Rehabil.*, vol. 30, no. 17, pp. 1233–1244, 2008.
- [28] M. Putnam, “Linking aging theory and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment,” *Gerontologist*, vol. 42, no. 6, pp. 799–806, 2002.
- [29] K. Palmer and G. Onder, “Comprehensive geriatric assessment: Benefits and limitations,” *Eur. J. Intern. Med.*, vol. 54, no. February, pp. e8–e9, 2018.
- [30] K. J. Kim, S. B. Lee, and C. O. Kim, “How to Assess Frailty: Role of Comprehensive Geriatric Assessment,” *J. Korean Med. Sci.*, vol. 35, no. 3, Jan. 2020.
- [31] D. Osterweil, “Comprehensive geriatric assessment: Lessons in progress,” *Isr. Med. Assoc. J.*, vol. 5, no. 5, pp. 371–374, 2003.
- [32] D. Wieland and V. Hirth, “Comprehensive Geriatric Assessment,” *Cancer Control*, vol. 10, no. 6, pp. 454–462, 2003.
- [33] T. J. Welsh, A. L. Gordon, and J. R. Gladman, “Comprehensive geriatric assessment - A guide for the non-specialist,” *Int. J. Clin. Pract.*, vol. 68, no. 3, pp. 290–293, 2014.
- [34] P. A. F. Jansen and J. R. B. J. Brouwers, “Clinical Pharmacology in Old Persons,” *Scientifica (Cairo)*, vol. 2012, pp. 1–17, 2012.
- [35] E. Reeve, M. D. Wiese, and A. A. Mangoni, “Alterations in drug disposition in older adults,” *Expert Opin. Drug Metab. Toxicol.*, vol. 11, no. 4, pp. 491–508, 2015.

- [36] A. H. Lavan, P. F. Gallagher, and D. O'Mahony, "Methods to reduce prescribing errors in elderly patients with multimorbidity," *Clin. Interv. Aging*, vol. 11, pp. 857–866, 2016.
- [37] E. S. Eldesoky, "Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly," *Am. J. Ther.*, vol. 14, no. 5, pp. 488–498, 2007.
- [38] M. T. Roth, C. G. Moore, J. L. Ivey, D. A. Esserman, W. H. Campbell, and M. Weinberger, "The quality of medication use in older adults: Methods of a longitudinal study," *Am. J. Geriatr. Pharmacother.*, vol. 6, no. 4, pp. 220–233, 2008.
- [39] F. Pazan and M. Wehling, "Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences," *Eur. Geriatr. Med.*, vol. 12, no. 3, pp. 443–452, Jun. 2021.
- [40] L. Midão, A. Giardini, E. Menditto, P. Kardas, and E. Costa, "Polypharmacy prevalence among older adults based on the survey of health, ageing and retirement in Europe," *Arch. Gerontol. Geriatr.*, vol. 78, pp. 213–220, 2018.
- [41] J. Kim and A. L. Parish, "Polypharmacy and Medication Management in Older Adults," *Nurs. Clin. North Am.*, vol. 52, no. 3, pp. 457–468, 2017.
- [42] R. L. Maher, J. Hanlon, and E. R. Hajjar, "Clinical consequences of polypharmacy in elderly," *Expert Opin. Drug Saf.*, vol. 13, no. 1, pp. 57–65, 2014.
- [43] S. De Geest and E. Sabaté, "Adherence to long-term therapies: Evidence for action," *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.*, vol. 2, no. 4, p. 323, 2003.
- [44] D. E. Patton, C. M. Hughes, C. A. Cadogan, and C. A. Ryan, "Theory-Based Interventions to Improve Medication Adherence in Older Adults Prescribed Polypharmacy: A Systematic Review," *Drugs Aging*, vol. 34, no. 2, pp. 97–113, Feb. 2017.
- [45] J. Huang, H. H. X. Wang, Z. Zheng, and M. C. S. Wong, "Medication adherence among the older adults: challenges and recommendations," *Hong Kong Med. J. = Xianggang yi xue za zhi*, vol. 26, no. 6, pp. 476–478, Dec. 2020.
- [46] E. J. MacLaughlin, C. L. Raehl, A. K. Treadway, T. L. Sterling, D. P. Zoller, and C. A. Bond, "Assessing medication adherence in the elderly: Which tools to use in clinical practice?," *Drugs and Aging*, vol. 22, no. 3, pp. 231–255, 2005.
- [47] S. Stegemann *et al.*, "Geriatric drug therapy: Neglecting the inevitable majority," *Ageing Res. Rev.*, vol. 9, no. 4, pp. 384–398, 2010.
- [48] A. M. Advinha, C. Nunes, C. T. de Barros, M. J. Lopes, and S. de Oliveira-Martins, "Key factors of the functional ability of older people to self-manage medications," *Sci. Rep.*, vol. 11, no. 1, pp. 1–9, 2021.
- [49] Assembleia da Republica, "Constituição da República Portuguesa: VII Revisão Constitucional," *AR Assem. da República.pt*, 2005.
- [50] A.R., "Lei n.º 95 - Lei de Bases da Saúde," *Diário da República*, vol. 1.ª série, no. N.º 169, pp. 55–66, 2019.
- [51] Direção-Geral da Saúde, "Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável - de tod@s para tod@s," pp. 1–269, 2021.

- [52] WHO, “Environments Decade of Healthy Ageing Baseline Report,” *Decad. Heal. ageing baseline report. Summ.*, p. 30, 2021.
- [53] OMS, “Global strategy and action plan on ageing and health ( 2016 - 2020 ) Why a global strategy ?,” 2020.
- [54] WHO, “Decade of Healthy Ageing 2020-2030,” *WHO*, 2020.