

Avaliação do impacto da polimedicação nas verbas de internamento nas unidades de longa duração e manutenção

Assessment of the impact of polypharmacy on funding for admission in a long-term care and maintenance unit

Evaluación del impacto de la polimedicación sobre la financiación de las unidades de hospitalización y mantenimiento a largo plazo

Nelson Manuel de Lima Ferreira*; Vítor Manuel Costa Pereira Rodrigues**

Resumo

Contexto: a falência dos estados de providência obriga a que seja efetuada uma reflexão e análise cuidada de todo o campo da saúde para que a sua sustentabilidade seja possível. Em Portugal verifica-se, como em toda a Europa, um progressivo envelhecimento da população, consequência do aumento da esperança média de vida e da baixa natalidade.

Objetivos: avaliar o impacto da polimedicação nas verbas diárias de internamento imputadas a uma unidade de longa duração e manutenção.

Método: tratou-se de um estudo de caso, de natureza exploratória, junto de 65 utentes, admitidos na Unidade de Longa Duração e Manutenção Dona Elvira da Câmara Lopes da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.

Resultados: existe polimedicação *major* nesta população, nomeadamente, uma média de 6 medicamentos prescritos por utente. Fazendo o cálculo, em função de 10 EUR de verba diária atribuída, obtém-se a percentagem significativa de 37% de impacto na verba imputada pelo Estado.

Conclusão: é preciso compreender os padrões de prescrição noutros contextos, assim como, conhecer as razões/motivos que levam à prescrição de mais do que um fármaco.

Palavras-chave: polimedicação; envelhecimento da população; gastos em saúde

Abstract

Context: the financial situation of welfare states obliges them to undertake a careful analysis and reflection of the whole field of health to ensure that their sustainability is possible. In Portugal there is, as elsewhere in Europe, a progressive aging of the population, a consequence of increased life expectancy and low birth rate.

Objectives: to evaluate the impact of polypharmacy in daily sums charged to a long-term care and maintenance unit.

Method: this was an exploratory case study with 65 users admitted to the Long-term Care and Maintenance Unit - Dona Elvira da Câmara Lopes of Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.

Results: there is major polypharmacy in this population, including an average of six prescription drugs per patient. Calculation, based on a daily allowance of 10 EUR, gives a high percentage impact of 37% on the budget allocated by the state. Conclusion: it is necessary to understand prescribing patterns in other contexts as well as to ascertain the reasons/motives that lead to prescribing more than one drug.

Keywords: polypharmacy; demographic aging; health expenditures

* Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde. Enfermeiro na Unidade de Longa Duração e Manutenção Dona Elvira Câmara Lopes – Santa Casa da Misericórdia de Póvoa de Lanhoso [enfermeironelson@gmail.com].

** Doutorado em Ciências Biomédicas. Professor Coordenador com Agregação na Escola Superior de Enfermagem/CIDESD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Resumen

Contexto: el fracaso de los Estados sociales obliga a que se entame una reflexión y un cuidadoso análisis de todo el campo de la salud para que su sostenibilidad sea posible. En Portugal hay, como en otras partes de Europa, un progresivo envejecimiento de la población, consecuencia de la mayor esperanza de vida y baja tasa de natalidad.

Objetivos: evaluar el impacto de la polimedicación en los gastos diarios de ingreso imputados a una unidad de hospitalización de Largo Plazo y de Mantenimiento.

Método: se realizó un estudio de caso de carácter exploratorio, con 65 usuarios, ingresados en la unidad de hospitalización a Largo Plazo y de Mantenimiento - Dona Elvira da Câmara Lopes de la Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso.

Resultados: hay una mayor polimedicación en esta población, es decir, un promedio de 6 medicamentos recetados por paciente. Haciendo el cálculo, por cada 10 EUR de gastos diarios atribuidos, se obtiene el porcentaje significativo de 37% del impacto sobre el presupuesto asignado por el Estado. Conclusión: es necesario comprender los patrones de prescripción en otros contextos, así como conocer las razones/motivos que llevan a prescribir más que un medicamento.

Palabras clave: polifarmacia; envejecimiento de la población; gastos en salud

Recebido para publicação em: 11.06.11

Aceite para publicação em: 23.01.12

Introdução

O setor de saúde está a sofrer fortes mudanças em Portugal. O Estado recua, enquanto a iniciativa privada tende a avançar. Os operadores privados apostam cada vez mais no mercado da saúde, em alternativa ao polémico encerramento de unidades de saúde públicas ou em consequência do aumento dos utentes com seguro. A possível insustentabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde, motivada pelo envelhecimento da população e inovação tecnológica poderá ter como consequência (a ser verificada) a crescente privatização do setor da saúde (Sakellarides, 2007).

O aumento da procura de cuidados de saúde privados tem tido taxas de crescimento graduais, que conduzem a uma evolução do setor privado. Esta evolução irá traduzir-se na abertura de novos hospitais, clínicas e, consequentemente uma maior inovação. Num mercado ainda pequeno como o português, é relativamente fácil identificar os principais operadores privados no setor da saúde. A evolução destas empresas no mercado e a relevância que têm assumido nos últimos anos são consequências de um desenvolvimento marcante e progressivo na prestação de cuidados na área da saúde (Moura, 2006). A concorrência entre os principais operadores torna-se visível devido ao aumento de oportunidades de negócio, e a uma constante procura de uma maior inovação de tecnologias, infraestruturas e equipamentos (Dinis, 2008).

O efeito cumulativo da diminuição da mortalidade e da natalidade tem-se traduzido, em Portugal, no progressivo envelhecimento da população. O aumento da esperança média de vida, que se tem verificado em paralelo, espelha a melhoria do nível de saúde dos Portugueses nos últimos 40 anos. Apesar de tal sucesso, verificam-se carências ao nível dos cuidados de longa duração e paliativos, decorrentes do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes. Estão, assim, a surgir novas necessidades de saúde e sociais que requerem respostas novas e diversificadas que venham a satisfazer o incremento esperado da procura por parte de pessoas idosas com dependência funcional, de doentes com patologia crónica múltipla e de pessoas com doença incurável em estado avançado e em fase final de vida (Sakellarides, 2006). As definições de cuidados continuados integrados; doença crónica;

unidades de longa duração e manutenção estão descritas em Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho.

De acordo com o exposto, este estudo teve como objetivo avaliar o impacto da polimedicação nas verbas diárias de internamento imputadas a uma unidade de longa duração e manutenção, de forma a responder a duas grandes questões:

Como é que estão as unidades de cuidados continuados de longa duração e manutenção a lidar com as verbas imputadas pelo Estado, para a prestação de cuidados de saúde?

Qual o impacto da polimedicação nas verbas diárias imputadas a uma unidade de longa duração e manutenção?

Revisão teórica

Com a entrada em funcionamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foram criadas as condições para a separação clara entre o prestador de cuidados de saúde e o seu financiamento, passando o relacionamento financeiro com as unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS) a estabelecer-se mediante contratos de gestão, com a contratualização de orçamentos devidamente planeados de acordo com objetivos, e que variam de acordo com as áreas assistenciais e com uma fundamentada programação de atividades, sem descuidar a garantia da qualidade da prestação direta de cuidados de saúde (Costa, 2010; UMCCI, 2011).

Passou a haver, assim, um aumento do controlo de gestão, tanto ao nível das unidades de saúde como da própria tutela (OPSS, 2010).

Os Cuidados Continuados Integrados (CCI) são uma oferta diferente do que até aqui existia, dirigindo-se a reais dificuldades de saúde das pessoas, apoiando as suas famílias em situações de grande dificuldade na colocação adequada dos seus familiares dependentes, são uma revolução na continuidade do apoio hospitalar. O doente deixa de ter a estadia artificialmente prolongada no hospital, pois passou a ter à sua disposição apoios que já existiam na vertente social, mas que agora passaram a existir na vertente saúde. Cuidados adequados ao nível de dependência são cuidados de melhor qualidade e também conduzem a um melhor uso de recursos (Campos, 2008).

O objetivo primordial desta reforma foi consolidar ganhos em saúde, fomentando uma atuação

centralizada no cidadão, assim como reorganizar e otimizar a Rede de Cuidados de Saúde, tendo em vista a eficácia e eficiência do sistema e sua sustentabilidade financeira, promovendo uma gestão eficiente dos recursos físicos e financeiros, e a produtividade dos prestadores de cuidados (Rodrigues *et al.*, 2007).

Depreende-se então que se torna necessário promover um modelo de gestão integrador, introduzindo mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador, e se dê um maior incremento do setor privado na prestação de cuidados de saúde, pois considera-se que uma das principais causas da ineficiência dos sistemas de saúde reside no excessivo peso que o Estado possui na prestação de cuidados de saúde, sendo que se advoga, igualmente, uma clara separação entre o «financiador» e o «prestador» tal como é referido por Rego e Nunes (2009).

No que diz respeito às unidades de longa duração e manutenção, o seu objetivo é manter capacidades existentes, e não de ganho em autonomia. Por outro lado, o número de incapazes e dependentes na admissão representava 98% da amostra em 2008, 99% em 2009 e 98% no 1º semestre de 2010, mostrando uma estabilização elevada de incapacidade na admissão. Podemos concluir que as instituições que mais

referenciam para a RNCCI são os hospitais, utentes cada vez com mais idade, com grande incapacidade, perda de autonomia e comorbilidades. Sendo a RNCCI um novo modelo de cuidados, integrado no SNS e em corresponsabilidade com a Segurança Social, com o objetivo de promoção de autonomia, impõe-se, para o seu sucesso e credibilidade junto dos cidadãos, uma correta referenciação dos potenciais utentes que viabilize resultados adequados dos cuidados prestados.

Contudo, considerando que o atual quadro macroeconómico resultante da crise internacional aponta para uma variação média negativa do índice de preços no consumidor, e tendo em conta que daqui resultaria uma diminuição dos preços dos cuidados de saúde e de apoio social nas unidades da RNCCI a praticar no ano de 2010, o que poderia ter implicações na sustentabilidade das entidades promotoras e gestoras daquelas unidades, torna-se imperioso tomar medidas que evitem tais consequências. Os preços dos cuidados de saúde e de apoio social, prestados nas unidades de internamento e ambulatório da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), a praticar no ano de 2010 (Portaria nº 326/10), constam da tabela 1.

Tabela 1 – Preços da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2010

Tipologia de unidade	Encargos com os cuidados de saúde (utente/dia)	Encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão (utente/dia)	Encargos cuidados apoio social (utente/dia)	Total (em euros) (utente/dia)
I — Diárias de internamento por utente				
1 — Unidade de convalescença	89,39	15		104,39
2 — Unidade de cuidados paliativos	89,39	15		104,39
3 — Unidade de média duração/reabilitação	55,09	12	19,58	86,67
4 — Unidade de longa duração/manutenção	18,39	10	29,98	58,37
II — Diárias de ambulatório por utente				
1 — Unidade de dia/promoção autonomia	9,47			9,47

Parafraseando Barros, “... aliás, este é mesmo o exemplo mais típico, de uma das principais variáveis económicas de interesse, o preço. Nos modelos tradicionais, o preço é o elemento que permite equilibrar o mercado” (2009, p. 30).

Relativamente à sustentabilidade financeira, poucas conclusões se podem tirar. Em relação ao modelo de financiamento, a modalidade de pagamento definida para remunerar este tipo de prestação de cuidados é assente no pagamento por doente/

diária (na média duração/reabilitação e na longa duração e manutenção são partilhadas entre os dois ministérios e os utentes), acrescida das despesas com terapêuticas e meios complementares de diagnóstico e tratamento, embora possam constituir uma vantagem para a consolidação do modelo, dificultam a sua integração com o financiamento dos níveis de cuidados primários e hospitalares e tornam difícil a sua sustentabilidade a médio e longo prazo. Para, além disso, este sistema não prevê pagamentos diferenciados em função, por exemplo, de diferentes níveis de funcionalidade dos utentes. Por último, não existem dados disponíveis que permitam perceber quais os ganhos que os outros dois níveis de cuidados do SNS (primários e diferenciados/hospitalares) tiveram com a implementação deste nível intermédio. Em suma, a sustentabilidade financeira merece especial atenção, tendo em consideração não só os argumentos atrás apresentados, mas também a situação económico-financeira que atravessamos. Tal atenção especial deverá ter como objetivo não só demonstrar os ganhos em saúde deste nível de

cuidados, mas também a sua influência positiva nos restantes níveis, nomeadamente na qualidade, através da diminuição da demora média de internamento, dos reinternamentos, etc.

A UMCCI (2007) refere que têm sido identificados alguns constrangimentos no desenvolvimento da atividade de prestação de cuidados pelas entidades prestadoras. Tais constrangimentos prendem-se, nomeadamente, com a dispensa de medicamentos pelas entidades prestadoras, implicando consumos mais elevados dos que inicialmente expectáveis (Novaes, Gonçalves e Simonetti, 2006). Este facto é realmente reportado por todos os prestadores da área, embora não existam dados que lhe confirmem suporte e validade. As despesas efetuadas pelas unidades de internamento no âmbito da RNCCI em medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão são pagas de acordo com tabela própria (Portaria nº 189/08), havendo lugar à compensação com os valores pagos no âmbito do sistema experimental (tabela 2).

TABELA 2 – Valores pagos no âmbito do sistema experimental

Tipologia de unidade de internamento da RNCCI	Valor global para suportar encargos com medicamentos, realização de exames auxiliares de diagnóstico e apósitos e material de penso para tratamento de úlceras de pressão encargos com cuidados de saúde (utente/dia). (em euros)
1 — Unidade de convalescença	15
2 — Unidade de cuidados Paliativos	15
3 — Unidade de média duração/reabilitação	12
4 — Unidade de longa duração/manutenção	10

A avaliação do consumo de medicamentos associado ao tratamento de doenças crónicas (Santos e Almeida, 2010) poderá vir a permitir obter orientações para a reestruturação dos formulários das unidades, e transmitir uma análise do impacto das doenças crónicas na verba diária disponibilizada para os encargos com as mesmas. Outra questão que se poderá levantar com a conclusão do estudo, nomeadamente, o impacto das doenças crónicas nas verbas disponibilizadas às unidades, é saber até que ponto é da responsabilidade da unidade a continuação do tratamento de doenças crónicas que o doente já possuía aquando da sua admissão, e que não constituem muitas vezes o motivo da sua referenciação. Se por um lado, existe a preocupação na racionalização dos custos na unidade, existe, também,

por outro, o dever do cumprimento da política de saúde, que determina a responsabilidade pela saúde da população por parte do Estado, assegurando o acesso geral, universal e tendencialmente gratuito de todos aos cuidados de saúde e consagrando o Direito à Saúde como direito de cidadania previsto na Constituição da República Portuguesa (Artigo 64.º). Perante este quadro, justifica-se avaliar o impacto da polimedicação nas verbas diárias de internamento imputadas a uma unidade de longa duração e manutenção. Tal poderá evidenciar o impacto das doenças crónicas nos custos com medicamentos de modo a poder evitar a colocação em causa da sustentabilidade destas unidades e consequentemente de uma grande reforma de cuidados de saúde que se apresenta em curso.

Metodologia

Este é um estudo de caso, de natureza exploratória. A população foi constituída por todos os doentes admitidos na Unidade de Longa Duração e Manutenção Dona Elvira da Câmara Lopes da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso entre junho e novembro de 2010, num total de 65.

Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados: I) um formulário com perguntas de caracterização sócio-demográfica; e II) uma grelha de registo, onde se recolhia a causa de solicitação pela unidade, quem tinha referenciado o doente, o diagnóstico principal e secundário da situação do doente, as necessidades de cuidados e a terapêutica prescrita.

Relativamente aos procedimentos éticos, foi realizado um contacto prévio e pedido de autorização à Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia da Póvoa de Lanhoso, para apresentar os objetivos do estudo e consequente autorização. É de salientar que a participação no estudo foi de caráter voluntário, tendo cada doente fornecido um consentimento autorizado sobre a sua participação. A recolha de dados foi efetuada entre 22 de junho 2010 e 15 de novembro de 2010.

A análise dos dados foi efetuada utilizando o programa de análise estatística SPSS 16,0 (*Statistical Package for the Social Sciences*), que nos permitiu elaborar uma matriz dos dados recolhidos, previamente codificados. A análise estatística compreendeu, numa primeira fase, uma análise descritiva com valores das frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão). Uma segunda fase compreendeu a análise inferencial baseada em testes paramétricos e não-paramétricos (*t-Student*, ANOVA, e o teste de Mann-Whitney), utilizando um nível de significância de 0,05.

Resultados e discussão

Uma nota prévia para referir que a inexistência de estudos na área das unidades de longa duração e manutenção condiciona a comparação dos dados desta investigação com resultados de outros estudos. Começamos por referir que a maior incidência percentual é composta por elementos do sexo

feminino, mais propriamente 53,8% (n=35), e a demais percentagem pertence ao género masculino (46,2%; n=30).

Os elementos estudados apresentam idades compreendidas entre os 35 e os 96 anos, sendo a média de idade de 72 anos (dp=14,90, o que demonstra um desvio considerável em relação à média). Pelo menos 50% dos indivíduos possuem idade igual ou inferior a 75 anos (mediana=75), sendo esta a idade mais frequentemente encontrada (moda=75). Ao agrupar a idade em duas categorias (até 64 anos e idosos com 65 ou mais anos) verifica-se que a maioria dos elementos possui mais de 65 anos (73,8%; n=48), e somente a percentagem de 26,2% (n=17) tem 64 ou menos anos.

Relativamente ao estado civil verifica-se que a maior parte dos doentes são casados ou encontra-se em união de facto (42,9%; n=27), destacando-se de seguida os elementos viúvos (38,1%; n=24). A maior parte dos inquiridos é analfabeta ou não concluiu o 1º ciclo (56,7%; n=34) e 36,7% (n=22) tem escolaridade ao nível do ensino básico. Apenas a percentagem de 3,3% (n=2) apresenta habilitações mais elevadas, ao nível do 3º ciclo ou 12º ano.

Verifica-se ainda que a percentagem mais expressiva de doentes reside com a família natural (83,1%; n=54), o equivalente a 3,1% (n=2) encontra-se em instituição e a mesma percentagem vive só. Existe também quem tenha mencionado viver com outros elementos (10,8%; n=7), mais concretamente com amigos ou cuidadores extrafamiliar.

Na questão de quem os doentes recebem apoio nas atividades da vida diária constata-se que a família surge como cuidador preferencial, pois o valor de 96,9% (n=63) referiu que são familiares quem lhes presta apoio. Destaca-se também quem tenha referido os técnicos de saúde (9,2%; n=6), a empregada doméstica (7,7%; n=5) e a ajuda domiciliária (6,2%; n=4). Os centros de dia/técnicos de serviço social somente foram referenciados por um elemento (1,5%; n=1) e os vizinhos foram mencionados por 3,1% (n=2).

No que concerne ao tipo de apoios que o doente recebe constata-se que a higiene da roupa e a higiene pessoal são os apoios mais necessários, já que, surgem com 72,3% (n=47) e 70,8% (n=46) respetivamente, seguindo-se os medicamentos e a higiene da habitação (ambos com 69,2%; n=45). As ajudas técnicas são prestadas em 38,5% (n=25) e a

ajuda pecuniária surge em somente um caso (1,5%; n=1).

A maioria dos doentes internados na unidade é proveniente de um hospital (64,6%; n=42), e a percentagem de 32,3% (n=21) vieram diretamente do domicílio. Existem ainda 3,1% (n=2) que vieram de um centro de saúde.

Quanto às causas de solicitação para o internamento na unidade de longa duração, verifica-se que na totalidade de situações é considerada a situação de utentes com fragilidade, em que 94,4% (n=62) dos doentes apresentam dependência nas atividades da vida diária, em 3,1% (n=2) existe deterioração cognitiva e no elemento restante foi apontado outro motivo não explanado. A maioria dos utentes não apresenta doença crónica com episódios de agudização, pois a 60% dos casos (n=39) não é aplicável a situação. Porém, em 27,7% (n=18) foram apontadas outras doenças, em 7,7% (n=5) é descrito Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, e em três casos são apontadas doenças cardiovasculares (4,6%; n=3). A unanimidade dos doentes apresenta necessidade de continuidade dos cuidados, principalmente no que concerne à reabilitação (52,3%; n=34). O equivalente a 20% (n=13) necessita de manutenção de dispositivos e o correspondente a 18,5% (n=12) apresenta a necessidade de tratamento de feridas/úlceras de pressão. Existe ainda o valor de 6,2% (n=6) com intervenção ao nível da gestão do regime terapêutico e dois utentes apresentam outro tipo de necessidades (3,1%; n=2).

Relativamente à necessidade de vigilância e tratamentos complexos verifica-se que em 41,5% (n=27) a situação não é aplicável, mas para 44,6% (n=29) surge a necessidade, uma vez que são

portadores de sonda nasogástrica/gastrostomia endoscópica percutânea. O valor de 9,2% (n=6) apresenta a necessidade de vigilância e tratamento de úlceras de pressão múltiplas e três utentes necessitam de acompanhamento pós-cirúrgico.

Em relação ao número de medicamentos que os doentes consomem na unidade, verifica-se que o número está situado entre 1 e os 13 fármacos. Em média os utentes consomem 6,1 medicamentos (dp=2,40), sendo que pelo menos metade dos doentes ingere seis ou menos medicamentos diariamente (mediana=6) e o número mais habitual é de 5 medicamentos diferentes por dia (moda=5). Ao considerar o número de medicamentos utilizados nas terapêuticas dos doentes observa-se que prevalece a polimedicação *major* em 75,4% dos utentes (n=49), sendo que a polimedicação *minor* acontece em somente 24,6% dos casos (n=16). Traduzindo o número de medicamentos tomados, tendo em consideração o valor unitário e a posologia, num valor diário gasto com a medicação por utente observa-se que os valores estão situados entre os 0,26 e os 14,51 EUR. Em média na Unidade gasta-se em fármacos 3,27 EUR/dia (dp=2,71), a mediana está nos 2,18 EUR e o valor mais frequente é de 1,01 EUR.

Como se pode verificar na tabela 3, os grupos farmacológicos são tendencialmente mais consumidos por parte dos elementos do sexo masculino, com exceção dos psicofármacos que são mais utilizados pelas mulheres (40%; n=12 e 48,6%; n=17 respetivamente) e dos antidiabéticos (20%; n=6 e 31,4%; n=11). Através dos valores obtidos com o teste estatístico, conclui-se que o tipo de medicamentos consumidos é igual entre os elementos masculinos e femininos.

TABELA 3 – Comparação dos grupos farmacológicos por sexo

	Sexo				Mann-Whitney	
	Masculino		Feminino		z	p
	nº	%	nº	%		
Antiácidos e antiulcerosos	21	70	21	60	-,834	,404
Anti-hipertensores	21	70	21	60	-,834	,404
Anticoagulantes e antitrombóticos	19	63,3	20	57,1	-,504	,614
Psicofármacos	12	40	17	48,6	-,688	,492
Antiasmáticos e broncodilatadores	12	40	14	40	,000	1,000
Antidislipídicos	6	20	11	31,4	-1,037	,300
Insulinas e antidiabéticos orais	7	23,3	7	20	-,323	,746
Analgésicos e antipiréticos	6	20	7	20	,000	1,000

Relativamente à comparação dos fármacos por grupos etários (até 64 anos e 65 e mais anos), constata-se que os anti-hipertensores são claramente mais consumidos por parte dos elementos mais idosos (47,1%; n=8 e 70,8%; n=34 respetivamente), podendo aceitar-se a hipótese da diferença estatística dos resultados ($z=-1,748$; $p=0,050$) pelo que se conclui que este tipo de medicamentos é tendencialmente mais consumido pelos elementos com mais idade. O mesmo se verifica em relação aos anticoagulantes e antitrombóticos já que também este tipo de medicamento é mais consumido pelas mulheres (41,2%; n=7 e 70,8%; n=32) e a diferença é significativa ($z=-1,829$; $p=0,047$).

Os elementos do sexo masculino apresentam uma média diária de 6,47 medicamentos ($dp=2,64$) enquanto as doentes femininas tomam 5,71 medicamentos ($dp=2,16$), verificando-se que a diferença das médias não é significativa ($t=1,281$; $p=0,205$). O mesmo se verifica em relação aos grupos etários. De facto, a média do número de medicamentos é igual para ambos os grupos (6,06 com $dp=2,22$ e $dp=2,48$) e não se pode rejeitar a igualdade ($t=0,004$; $p=0,997$), o que demonstra que a polimedicação não é um problema exclusivo da população idosa pois a média de consumo é igual nos dois grupos (tabela 4).

TABELA 4 – Comparação do número de medicamentos por sexo e idade

		Nº de medicamentos			Teste -t
		Média	dp	t	p
Sexo	Masculino	6,47	2,64	1,281	,205
	Feminino	5,71	2,16		
Idade	Até 64 anos	6,06	2,22	,004	,997
	65 ou mais anos	6,06	2,48		

Relativamente ao valor diário gasto na medicação também não existe diferença estatística por sexo ou idade. A média é ligeiramente mais elevada nos doentes do sexo masculino (3,68 EUR; $dp=3,00$ e 2,92 EUR; $dp=2,43$ respetivamente) mas não é significativa ($t=1,131$; $p=0,262$). Por grupo etário o valor é mais elevado nos doentes com 65 ou mais anos (3,06 EUR; $dp=2,06$ e 3,35 EUR; $dp=2,92$) mas não se pode assumir diferença significativa ($t=-0,382$; $p=0,704$).

Por outro lado, ao verificar se o valor diário dos medicamentos varia com o tipo de polimedicação já é possível rejeitar a hipótese da igualdade e assumir a diferença estatística das médias ($t=-2,173$; $p=0,034$). A média do grupo da polimedicação *minor* é de 2,03 EUR ($dp=1,85$) enquanto a da polimedicação *major* é de 3,68 EUR ($dp=2,84$) o que comprova que o número de medicamentos tomados está associado ao valor diário encontrado. Por outro lado, o valor diário de custo com a medicação por utente não está relacionado com a origem do encaminhamento do doente para a unidade, uma vez que se verifica que a média é mais elevada nos doentes provenientes do hospital (3,77 EUR; $dp=3,03$) e é mais baixa nos utentes que se encontravam no domicílio (2,33

EUR; $dp=1,80$), mas o resultado do teste Anova não permite assumir a diferença significativa das médias entre os três grupos ($F=2,610$; $p=0,082$). Ao contrário do que seria previsível, os utentes a quem lhes foi diagnosticado somente um problema de saúde carecido de tratamento apresentam claramente uma média de custo mais elevada do que os doentes que têm diagnósticos associados (4,43 EUR; $dp=3,50$ e 2,76 EUR; $dp=2,13$), sendo a diferença significativa ($t=2,369$; $p=0,021$).

Conclusão

De uma forma geral podemos dizer que:
i) Traduzindo o número de medicamentos tomados, tendo em consideração o valor unitário e a posologia, num valor diário gasto com a medicação por utente observa-se que os valores estão situados entre os 0,26 EUR e os 14,51 EUR. Em média, na unidade, gasta-se em fármacos 3,27 EUR/dia por doente. Dos fármacos mais utilizados em tratamento na unidade ressaltam-se os antiepilépticos, anticonvulsivantes (ambos com 15,4%), psicofármacos (44,6%) e insulinas (21,5%) que estão presentes nos tratamentos. Sabendo-se que

se trata de grupos farmacológicos mais caros e que têm de ser adquiridos sem comparticipação, é natural que os custos sejam maiores mas tal não permite afirmar que são “mais caros” do que o preconizado;

ii) Atendendo a que o perfil de utente, corresponde a um indivíduo polimedicado *major*, que o valor correspondente/dia é de 3,68 EUR de média, e fazendo o cálculo, em função de 10 EUR de verba diária atribuída, obtém-se a percentagem de 37% de impacto na verba imputada pelo Estado. Sabendo que o restante valor diz respeito a tratamentos com material de penso e meios complementares de diagnóstico, por norma situações mais dispendiosas, não parece ser uma situação favorável ao desempenho de prestação de cuidados de saúde em qualidade, sem que haja a intenção de reduzir ou conter custos.

iii) O perfil de “utente típico” polimedicado, nas unidades de longa duração, tem a ver com: sexo feminino, de 72 anos, casado ou união de facto, sem habilitações literárias, reside com a família natural, higiene da roupa e a higiene pessoal são os apoios mais necessários, referenciado do hospital por parte da Medicina Interna, tem fragilidade, e apresenta dependência nas atividades da vida diária, precisa de reabilitação, vem com sonda nasogástrica, tem como diagnóstico principal o acidente vascular cerebral e a hipertensão essencial ou pneumonia como diagnóstico secundário, consome, em média, 6 fármacos por dia e gasta, em média, 3,68 EUR/dia com medicação correspondendo a um caso de polimedicação *major*.

Uma das limitações deste estudo teve a ver com a recolha de dados ter sido efetuada numa única unidade de longa duração e manutenção, o que, eventualmente, pode condicionar a generalização dos resultados a outras unidades, sugerindo-se que esta problemática continue a ser estudada e investigada noutras unidades de longa duração e manutenção do país.

Referências bibliográficas

- BARROS, Pedro (2009) - *Economia da saúde: conceitos e comportamentos*. Lisboa: Almedina.
- CAMPOS, António (2008) - *Reformas da saúde: o fio condutor – olhares sobre a saúde*. Lisboa: Almedina.
- COSTA, Anabela (2010) - *Três anos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Resumo executivo*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.
- DECRETO-LEI n.º 101/06. D.R. I Série A. 109 (06-06-06) 3856-3865.
- DINIS, Antero (2008) - Saúde privada, integração sofisticada. *Revista IP - Espaços, Edifícios & Empresas*. p. 14-22.
- KALDY, Joanne (2007) - LTC Research Key to medication management. *Caring for the Ages*. Vol. 8, n.º 2, p. 23.
- MOURA, Miguel (2006) - Mudanças na gestão dos sistemas de saúde – o modelo canadiano. *Jornal Português de Gastroenterologia*. Vol. 13, n.º 2, p. 105-110.
- NOVAES, Mario; GONÇALVES, Antonio; SIMONETTI, Vera (2006) - Gestão das farmácias hospitalares através da padronização de medicamentos e utilização da curva ABC. In *SIMPEP*, 13, São Paulo, p. 3-8.
- OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2010) - *Desafios em tempo de crise. Relatório de Primavera 2010*. Coimbra: Mar da Palavra.
- PORTARIA n.º 189/08. D.R. I Série. 35 (08-02-19) 1114-1115.
- PORTARIA n.º 326/10. D.R. I Série. 115 (10-06-16) 2069-2070.
- REGO, Guilhermina; NUNES, Rui (2009) - *Hospital fundação estatal*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- RODRIGUES, Vitor [et al.] (2007) - Organizações de saúde, recursos humanos e sistemas de informação. In *Encontro de Investigação*, 3 e *Jornadas de Saúde Materno Infantil*, 1, Livro de Actas. Vila Real: ESEnIVR. p. 87-93.
- SAKELLARIDES, Constantino (2006) - Manifesto para um futuro melhor. In *O futuro da saúde em Portugal*. Lisboa: Companhia de Ideias. p. 33-48.
- SAKELLARIDES, Constantino (2007) - Gestão da mudança e planeamento estratégico em saúde – guia para um investimento consequente. In *Investir em saúde - contributos dos fundos estruturais comunitários em Portugal e no sector da saúde*. Lisboa: Gabinete de Gestão do Saúde XXI. p. 25-36.
- SANTOS, Mónica; ALMEIDA, Armando (2010) - Polimedicação no idoso. *Referência*. Série 3, n.º 2, p. 149-162.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2007) - *Relatório de monitorização do desenvolvimento da RNCCI – 1.º semestre de 2008*. Lisboa: Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados.
- UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2011) - *Relatório de monitorização do desenvolvimento e da actividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de 2010*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.