



Instituto Politécnico de Leiria  
Escola Superior de Educação e Ciências Sociais  
Escola Superior de Saúde

Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo

---

**Gestão da medicação nas Estruturas Residenciais  
para Idosos (ERPIS):  
Avaliação das condições estruturais das ERPIS**

---

Dissertação

Irene Primitivo Constantino – 5140004

Professores Orientadores:

Maria dos Anjos Dixe

Margarida Caramona

Leiria, setembro, 2016

“Por mais andares que uma casa tenha termina sempre no telhado. É assim a vida do homem: por mais certezas que tenha, termina sempre na dúvida.”

Malgorzata Zajac

## Dedicatória

Dedico este trabalho:

Ao meu pai e à minha sogra, a quem a morte levou antes da velhice se instalar.

Ao meu sogro, que teve sede de aprender (e de me ensinar) até ao fim.

À minha mãe, que me inquieta a procurar as melhores formas de a ir acompanhando na sua velhice.

## Agradecimentos

À Professora Maria dos Anjos Dixe pelo incentivo constante e pela prontidão e apoio na orientação científica prestada durante todo este trabalho.

À Enf<sup>a</sup> Isabel Sousa, a minha primeiríssima mentora neste trabalho, pela amizade que o tempo não tem desvanecido.

Ao Paulo e ao Cristiano pelas ajudas nos desesperos informáticos, e outros desesperos, pela análise crítica e pelo apoio no quotidiano, imprescindível para a concretização deste trabalho.

À Professora Margarida Caramona pelo carinho especial com que me deu apoio na coorientação deste trabalho.

Aos profissionais dos lares pela colaboração na recolha de dados, sem os quais não teria sido possível finalizar este trabalho.

À Célia Móteiro que foi a minha bússola nos meus desnorteios e força motriz até ao fim.

À minha família, para quem não estive presente, pela compreensão das minhas ausências.

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

5 Rs - The Right Patient; The Right Time and Frequency of Administration; The Right Dose; The Right Route; The Right Drug

AAD - Ajudante de ação direta

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

ARS - Administração Regional de Saúde

BPMH - Best Possible Medication History

ERPIS- Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

EUGMS European Union Geriatric Society

FIP - Federação Internacional Farmacêutica

GERMI - Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna

IAGG-ER - International Association of Gerontology and Geriatrics - European Region

IHI - Institute for Healthcare Improvement

JC- Joint Commission

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

NICE - National Institute for Health and Care Excellence

NPSA - National Patient Safety Agency

OMS - Organização Mundial de Saúde

PRM - problemas relacionados com os medicamentos

RAMs - Reações Adversas a Medicamentos

RecM – Reconciliação da medicação

RevM - Revisão da medicação

RNCCI - Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados

RNM - Resultados Negativos associados à Medicação

RSES - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

SDDU – Sistema de Distribuição em Dose Unitária

SEFAP - Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria

SEFH - Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria

SNF - Sistema Nacional de Farmacovigilância

UE - União Europeia

## **RESUMO**

**Introdução:** Associado ao envelhecimento populacional surge a institucionalização das pessoas idosas. A gestão da medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPIS) é uma componente importante dos cuidados aos idosos institucionalizados, frequentemente polimedicados.

**Metodologia:** O objetivo do nosso estudo foi fazer um diagnóstico acerca dos procedimentos relacionados com a gestão da medicação numa amostra de conveniência constituída pelo principal responsável pela gestão da medicação em cada ERPI (39) que respondeu a um questionário onde foram incluídas as variáveis indispensáveis pela concretização dos objetivos.

Foi feita uma análise estatística descritiva com o SPSS versão 23.

**Resultados:** Verificamos que há algumas boas práticas instituídas: armazenamento correto, uso de folha farmacoterapêutica, registo de falhas no uso do medicamento, havendo, contudo, aspetos suscetíveis de melhoria: o fraco uso de tecnologias, o desconhecimento do Sistema Nacional de Farmacovigilância, a baixa taxa de vacinação dos residentes, a ausência de registos e controlo da temperatura e humidade do local de armazenamento. Concluimos ainda que, apesar do enfermeiro ser o principal participante na gestão da medicação nas ERPIS, há outros intervenientes no processo do uso do medicamento sem competências nesta área e que o farmacêutico é um profissional muito pouco interventivo na gestão da medicação em ERPIS.

**Conclusão:** Sugerimos que haja desenvolvimento de competências específicas em programas de intervenção em idosos como os de revisão e reconciliação da medicação e que sejam criados normativos legais e normas orientadoras com definição de papéis e responsabilidades dos intervenientes na gestão da medicação nas ERPIS.

**Palavras-chave:** Gestão da medicação, lares, idosos.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Associated with population aging is the institutionalization of the elderly. Medication management in Nursing Homes (NHs) is an important component of care for those who are institutionalized, often polymedicated.

**Methodology:** The aim of our study was to diagnose the procedures related to the management of medication, as a result of the analysis of data from a convenience sampling in which the main person responsible for the management of medication in each NH (39) responded to a questionnaire where variables essential for achieving the goals were included.

Descriptive statistical analysis was performed with SPSS version 23.

**Results:** We have verified the introduction of some good practices which have been instituted: correct storage, use of pharmacotherapeutic sheets, record of failures in the use of the medication, however, there are aspects which can still be improved: the meagre use of technologies, the ignorance of the national pharmacovigilance system, the low rate of vaccination of residents, the absence of records and monitoring of the temperature and humidity of the storage location. We have also concluded that, despite the nurse being the main participant in the management of medication in NHs, there are others involved in the process of the medication management without skills in this area and that the pharmacist is a professional who has very little intervention in the management of medication in NHs.

**Conclusion:** We suggest that there should be a development of specific skills in intervention programmes in the elderly, such as the review and reconciliation of medication and a creation of legal and regulatory guidelines with the definition of roles and responsibilities of those involved in the management of medication in NHs.

**Keywords:** Medication Therapy Management, Nursing Homes, aged.

## **ÍNDICE**

### **INTRODUÇÃO 6**

#### **1. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO 9**

#### **2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO RESPOSTA SOCIAL PARA AS PESSOAS IDOSAS 11**

#### **3. ALGUMAS QUESTÕES EM TORNO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS 15**

#### **4. A POLIMEDICAÇÃO NO UTENTE IDOSO 17**

#### **5. A GESTÃO DA MEDICAÇÃO E O CIRCUITO DA MEDICAÇÃO NAS ERPIS 20**

##### **5.1. MANUAIS SOBRE GESTÃO DA MEDICAÇÃO NAS ERPIS 22**

##### **5.2. PRESCRIÇÃO NAS ERPIS 23**

##### **5.3. AQUISIÇÃO E DISPENSA DE MEDICAMENTOS 26**

##### **5.4. ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO 28**

##### **5.5. DISTRIBUIÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO 29**

##### **5.6. RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO 30**

##### **5.7. REVISÃO DA MEDICAÇÃO 36**

##### **5.8. FARMACOVIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA 38**

#### **6. METODOLOGIA 41**

##### **6.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 41**

##### **6.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA 41**

##### **6.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 42**

##### **6.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS 45**

##### **6.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO 45**

#### **7. RESULTADOS 46**

**8. DISCUSSÃO 62**

**9. CONCLUSÃO 80**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 82**

**ANEXOS**

ANEXO I - Instrumento de recolha de dados

ANEXO II – Declaração de Consentimento informado

ANEXO III - Folha modelo “Indicação Terapêutica – Informação Genérica”,  
IMP06.IT03.PC04 – Estrutura Residencial, do Manual de processos chave - Estrutura  
Residencial para Idosos do Instituto da Segurança Social, I.P.(2011)

ANEXO IV - Folha modelo “Medicação e Indicação Terapêutica”,  
IMP05.IT03.PC04 – Estrutura Residencial, do Manual de processos chave - Estrutura  
Residencial para Idosos do Instituto da Segurança Social, I.P.(2011)

ANEXO V - Proposta de modelo de registo e controlo dos prazos de validade dos  
medicamentos

Anexo VI - Proposta de modelo de folha de revisão terapêutica

## **ÍNDICE DOS GRÁFICOS**

**GRÁFICO 1** Evolução do número de valências e da capacidade instalada das principais respostas sociais para as pessoas idosas, 2000-2014 12

**GRÁFICO 2** Evolução do número anual de notificações de RAMs recebidas no SNF (1992-2015) 40

## **ÍNDICE DAS ILUSTRAÇÕES**

**ILUSTRAÇÃO 1** Diagrama ilustrativo do circuito da gestão da medicação 21

**ILUSTRAÇÃO 2** Vertentes da monitorização da terapêutica 21

**ILUSTRAÇÃO 3** Questões principais na prescrição nas ERPIs e abordagens para melhorar a prescrição 25

## **ÍNDICE DAS TABELAS**

**TABELA 1** Manuais genéricos sobre gestão da medicação em ERPIs 22

**TABELA 2** Manuais portugueses sobre gestão da medicação nas ERPIs 23

**TABELA 3** Tipologia dos Serviços Farmacêuticos 27

**TABELA 4** Manuais sobre Reconciliação da Medicação 34

**TABELA 5** Objetivo estratégico - "Aumentar a segurança na utilização da medicação": ações, calendário e responsáveis 35

**TABELA 6** Distribuição das respostas da amostra relativamente à caracterização das ERPIs 46

**TABELA 7** Distribuição das respostas da amostra relativamente ao grau de autonomia e magnitude da polimedicação dos residentes 47

**TABELA 8** Distribuição das respostas da amostra relativamente à qualificação dos profissionais do Quadro de Pessoal das ERPIs 48

**TABELA 9** Distribuição das respostas da amostra relativamente à formação do Diretor Técnico das ERPIs 49

**TABELA 10** Distribuição das respostas da amostra relativamente à formação profissional do principal responsável pela gestão da medicação 49

**TABELA 11** Distribuição das respostas da amostra quanto à frequência e processo da prescrição 50

**TABELA 12** Distribuição das respostas da amostra quanto ao uso de tecnologias de informação de apoio na prescrição, distribuição e administração de medicamentos 51

**TABELA 13** Distribuição das respostas da amostra quanto aos programas informáticos de apoio à prescrição, distribuição e/ou administração de medicamentos 51

**TABELA 14** Distribuição das respostas da amostra quanto à aquisição de medicamentos 52

**TABELA 15** Distribuição das respostas da amostra quanto à Dispensa e registos da Transcrição da prescrição 53

**TABELA 16** Distribuição das respostas da amostra quanto ao armazenamento e conservação de medicamentos 54

**TABELA 17** Distribuição das respostas da amostra quanto ao responsável pela distribuição da medicação 55

**TABELA 18** Distribuição das respostas da amostra quanto à preparação da medicação – periodicidade e supervisão 55

**TABELA 19** Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados da folha farmacoterapêutica 56

**TABELA 20** Distribuição das respostas da amostra quanto à preparação da medicação – algumas práticas 57

**TABELA 21** Distribuição das respostas da amostra quanto à supervisão da administração de medicação 58

**TABELA 22** Distribuição das respostas da amostra quanto à frequência da administração de injetáveis 58

**TABELA 23** Distribuição das respostas da amostra quanto à vacinação dos residentes 59

**TABELA 24** Distribuição das respostas da amostra quanto às falhas na utilização e administração de medicamentos 59

**TABELA 25** Distribuição das respostas da amostra quanto ao responsável pela monitorização da terapêutica 60

**TABELA 26** Distribuição das respostas da amostra quanto ao responsável pela reconciliação da medicação 60

**TABELA 27** Distribuição das respostas da amostra relativamente à periodicidade da revisão da medicação 61

**TABELA 28** Distribuição das respostas da amostra relativamente ao responsável pela revisão da medicação 61

## INTRODUÇÃO

A dimensão do envelhecimento demográfico é mundial, sendo que a situação de Portugal se coloca com especial acutilância, dado estarmos “no pelotão da frente” (Bastos, 2015). Numa Europa envelhecida, atualmente a área geográfica mais envelhecida do mundo, Portugal é dos países mais envelhecidos (Luz, 2014), figurando “entre os cinco ou seis países com o índice de envelhecimento mais alto do mundo” (Bandeira, et al., 2014, p. 13).

Ora, neste contexto crescente de sociedades envelhecidas, o número de idosos institucionalizados tem tendência para aumentar, fruto do apoio condicionado das famílias cada vez menos numerosas (Bandeira, et al., 2014) sendo que a frequência do uso de medicamentos na população idosa é igualmente elevada (Mosca & Correia, 2013), com valores entre 60% a 90%, dos quais um terço utiliza cinco ou mais medicamentos em simultâneo (Mosca & Correia, 2013). Estes dados referentes ao Brasil, são corroborados por outros estudos americanos (Donatelli & Somes, 2013), em que se estima que a maioria (79%) dos idosos acima dos 65 anos usa medicação, dos quais 39% é polimedicada com cinco medicamentos ou mais, e até 90% se se incluir os Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM). “Pessoas com mais de 65 anos consomem mais de um terço de todos os medicamentos receitados e adquirem 40% dos medicamentos de venda livre” (Donatelli & Somes, 2013, p. 492).

Reconhecendo a lacuna da escassez de legislação específica em Portugal sobre a gestão da medicação nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPIS), a Comissão Setorial da Saúde do Instituto Português da Qualidade aprovou uma recomendação sobre a gestão da medicação nas ERPIS, de modo a que sejam asseguradas todas as condições que salvaguardem a segurança do doente, nomeadamente a segurança no circuito do medicamento, a fim de reduzir os erros de medicação (Comissão Setorial para a Saúde - CS/09 do Instituto Português da Qualidade, 2014).

Neste sentido, este estudo incide sobre o processo da gestão da medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPIS), nomeadamente as suas condições estruturais no que diz respeito a todo o circuito do medicamento desde a prescrição à monitorização, isto é: prescrição, armazenamento e conservação, distribuição

(preparação), administração, registo das intervenções e monitorização farmacoterapêutica.

A nossa questão de partida foi, pois: **quais são as condições estruturais das ERPIs no que diz respeito à gestão da medicação?** Pretendemos com este trabalho:

- a) Caracterizar as Estruturas Residenciais para Idosos (ERPIs) quanto a sua tipologia, capacidade, taxa de ocupação, idade dos residentes, quadro de pessoal e formação do diretor da ERPI;
- b) Conhecer o detalhe da gestão da medicação nas ERPIs desde a prescrição à monitorização;
- c) Identificar as principais práticas de Qualidade e Segurança da gestão da medicação nas ERPIs.

Durante o trabalho propomo-nos diagnosticar os problemas relacionados com a gestão da medicação nas ERPIs e assim propor intervenções de melhoria neste âmbito.

Assim, propusemo-nos levar a cabo um estudo descritivo simples acerca da gestão da medicação nas ERPIs, da zona centro do País numa amostra de conveniência constituída pelo principal responsável pela gestão da medicação em cada ERPI (39) que respondeu a um questionário onde foram incluídas as variáveis indispensáveis pela concretização dos objetivos.

Este estudo incluiu ERPIs localizadas em meio urbano e rural, de diferentes valências e dimensões, com diferentes respostas sociais, de diferente natureza jurídica (pública e privada), tendo sido bem caracterizadas no que diz respeito aos recursos humanos que intervém no circuito da medicação e às estruturas físicas relacionadas com a gestão da medicação, bem como em relação aos procedimentos atinentes aos diferentes processos no circuito da medicação.

Neste trabalho referimo-nos, em primeiro lugar, à dimensão do **envelhecimento demográfico** de modo a fornecer uma panorâmica global deste fenómeno mundial que exige uma multiplicidade de respostas, de entre as quais surge a **institucionalização** como resposta social para as pessoas idosas, sendo esta abordada no segundo capítulo deste trabalho, dando ênfase à evolução recente e diagnóstico atual deste fenómeno em Portugal. Em terceiro lugar abordamos **algumas questões em torno da**

**institucionalização**, onde nos focamos nas necessidades de prestação de assistência apropriada e de qualificação dos profissionais das ERPIs na gestão da medicação. Segue-se, no quarto capítulo, uma abordagem à **polimedicação** do utente idoso, com um enfoque sobre a magnitude deste problema atual nos países desenvolvidos. Abordamos no quinto e último capítulo da fundamentação teórica, o detalhe da **gestão da medicação** nas ERPIs com referência a todo o circuito da medicação, não sem antes elencar, numa análise sumária, os manuais consultados sobre gestão da medicação nas ERPIs. De entre os itens do circuito abordados referimos: prescrição; aquisição e dispensa; armazenamento e conservação, distribuição, administração e utilização; reconciliação e revisão terapêuticas, e, finalmente, farmacovigilância e monitorização da medicação.

Após esta fundamentação teórica, segue-se a metodologia, os resultados, a discussão e a conclusão.

## 1. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento populacional, à escala mundial, é um fenómeno histórico recente, que assume protagonismo a partir de meados do século XX (Arca, 2007; Gomes, 2011), apesar da preocupação com a velhice ser uma constante ao longo da história (Arca, 2007). Até antes do século XX, a velhice permaneceu um fenómeno residual: a pouca expressividade quantitativa da terceira idade não justificava uma assistência específica (Gomes, 2011). “Só a prosperidade nascida do pós-guerra, na década de cinquenta, alterou esta situação e trouxe à luz do dia o nascimento de uma imensa minoria” (Gomes, 2011, p. 28). Pode considerar-se que o envelhecimento populacional, que vai continuar inelutável, pelo menos a médio prazo<sup>1</sup> (Rosa, 2012), é a mais importante mudança social ocorrida nos finais do século XX (Pérez Martinez e Sánchez Pérez (1999) citados por Arca (2007)), tornando-se, a partir dos anos 60, uma questão incontornável (Dias & Rodrigues, 2013).

De acordo com o Relógio Mundial da População, a população mundial ultrapassa atualmente os 7,3 mil milhões de habitantes (Population Clock, s.d.), constituindo a União Europeia (UE) a terceira potência demográfica mundial, com 7% da população do mundo e tendo apenas a China e a Índia à sua frente (Rosa & Chitas, 2013).

De acordo com dados recentes do Eurostat (2015), houve um envelhecimento da população significativo nos últimos 20 anos<sup>2</sup>: a idade média da população da UE aumentou em seis anos, de 36,2 anos (em 1994) para 42,2 (em 2014). Esta tendência foi notada em todos os Estados-Membros, estando Portugal no pelotão da frente com um aumento de 7,6 anos (ex-áqueo com a Alemanha), sendo apenas ultrapassado pela Lituânia, onde este crescimento foi de 8,9 anos. Portugal é, de facto, um país de velhos, inserido num “continente grisalho” (Luz, 2014). Numa Europa envelhecida (esta é atualmente a área geográfica mais envelhecida do mundo (Luz, 2014; Marques, 2011), Portugal é dos países mais envelhecidos (Luz, 2014), figurando “entre os cinco ou seis

---

<sup>1</sup> Isto é devido aos importantes avanços sociais, nomeadamente no que diz respeito ao combate à mortalidade (Rosa, 2012).

<sup>2</sup> Em 2014, a idade média da população da UE foi de 42,2 anos, tendo sido a população mais jovem encontrada na Irlanda (mediana de idade 36,0 anos), Chipre (36,8 anos), a Eslováquia (38,6 anos), Luxemburgo e Polónia (ambas 39,2 anos) e no Reino Unido (39,9 anos); e a população mais velha foi verificada na Alemanha (45,6 anos), Itália (44,7 anos), na Bulgária (43,2 anos), Portugal (43,1 anos) e na Grécia (43,0 anos). Portugal figura, pois, entre os mais velhos da Europa (Eurostat, 2015).

países com o índice de envelhecimento<sup>3</sup> mais alto do mundo” (Bandeira, et al., 2014, p. 13).

Note-se que Portugal, no período posterior à II Guerra Mundial, era dos países da Europa com população mais jovem (Dias & Rodrigues, 2013; Rosa & Chitas, 2013); ainda em 1980 o índice de envelhecimento em Portugal era de 44, tendo passado para 130 em 2011 (Rosa & Chitas, 2013), e cifrando-se em 141,3 em 2013 (Instituto Nacional de Estatística, 2015). Neste sentido, Portugal trata-se “de um caso particular entre as nações europeias, não por estar a envelhecer mas pela rapidez com que este processo se manifestou” (Rosa & Chitas, 2013, p. 20).

O ritmo de envelhecimento marcadamente acelerado em Portugal prende-se com a rapidez da quebra dos níveis de mortalidade e, concomitantemente, com a diminuição da fecundidade<sup>4</sup> (Dias & Rodrigues, 2013; Ferreira, 2014; Rosa, 2012), pelo que Portugal não vai parar de envelhecer, “pelo menos a médio prazo” (Rosa, 2012, p. 33). São, pois, estes dois fatores que explicam o **duplo envelhecimento demográfico**: a diminuição da fecundidade está na origem do envelhecimento na base da pirâmide e o índice de longevidade<sup>5</sup> explica o envelhecimento no topo da pirâmide (Dias & Rodrigues, 2013; Nunes & Menezes, 2014).

Ora, o envelhecimento populacional, além da dimensão estatística, que reflete o número crescente de pessoas idosas, tem uma “dimensão social mais complexa” (Tavares, 2012), que implica uma mudança nas políticas sociais dos diferentes países, dirigidas às pessoas idosas.

---

<sup>3</sup> O Índice de envelhecimento, definido como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (Pordata, 2014), passou de 102%, em 2001, para 128% em 2011 (Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2012), estando atualmente em 138,6%. Note-se que em 1961 era de 27,5% (Pordata, 2014).

<sup>4</sup> Portugal apresenta atualmente uma das mais baixas taxas de fecundidade da Europa (Dias & Rodrigues, 2013). Os valores de 2013 e de 2014 foram, respetivamente de 33,90‰ e de 34,30‰; na década de 1990 o valor médio desta taxa foi de 44,25‰, e em 1960 foi de 94,5‰ !. A média da UE28 em 2014 foi de 94,5‰ (Instituto Nacional de Estatística, 2015; Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo, 2014).

<sup>5</sup> O Índice de longevidade, definido como o quociente entre o número de pessoas com 80 ou mais anos e o número de pessoas com 65 ou mais anos, progrediu de 14,5%, em 1960, para 28,1% em 2011 (Pordata, 2014).

## **2. A INSTITUCIONALIZAÇÃO COMO RESPOSTA SOCIAL PARA AS PESSOAS IDOSAS**

Questionamo-nos então onde vivem todas estas pessoas idosas.

Segundo Wold (2013), a maioria das pessoas quando questionadas onde moram os idosos responde que “moram em residências para idosos ou em casas de repouso”. Elas estão erradas. Mais de dois terços dos idosos (68%) vivem independentemente ou com a família; 27% vivem em moradias modificadas, porém não institucionais, incluindo condomínios para idosos, moradias conjuntas e apartamentos, com ou sem membros da família. Somente cerca de 5% de todos os idosos vivem em Instituições, embora esta percentagem aumente com a idade (Wold, 2013).

A percentagem de idosos institucionalizados nos Estados Unidos aumenta com a idade, a saber: entre os 65 e 74 anos - 1% está institucionalizado, subindo esta percentagem para 4.7% nos idosos entre os 75 e 84 anos e alcançando os 18,2% quando se trata de pessoas com mais de 85 anos. (Wold, 2013). A mesma percentagem é encontrada em Portugal: menos de 5% dos idosos com mais de 65 anos estão institucionalizadas em Portugal (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2014; Pordata, 2014)

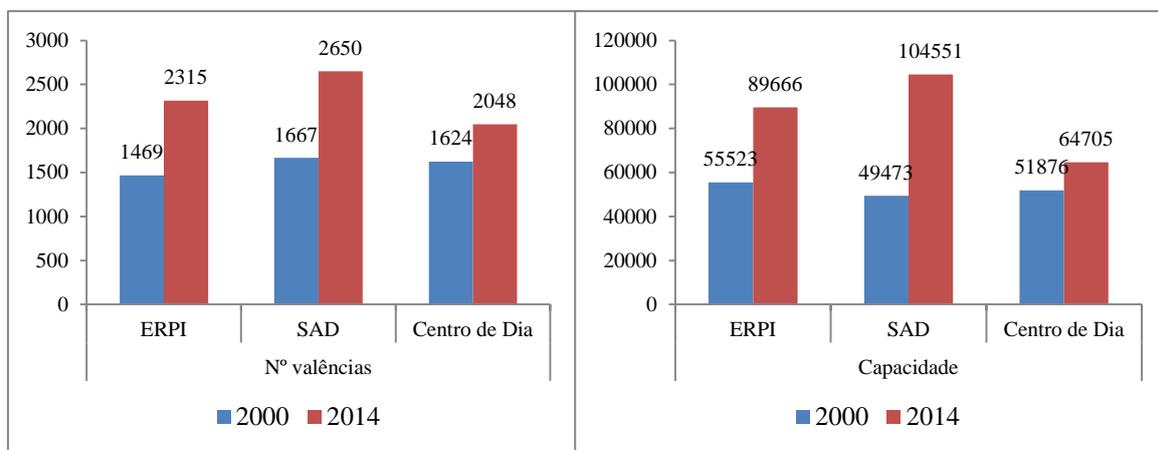
De facto, verifica-se que as pessoas idosas tentam manter-se nas suas casas, mesmo em circunstâncias de insegurança, falta de conforto e de acesso insuficiente a comida (Wold, 2013). Ainda que haja familiares, profissionais de saúde e serviço de apoio domiciliário, o bem-estar destes idosos, a viver sozinhos no seu domicílio, pode não estar salvaguardado. Com a crescente população idosa, de facto, há uma variedade, nos Estados Unidos da América, de novos tipos de moradias e adaptações para darem resposta a este grupo etário (Wold, 2013).

Concretamente em Portugal, temos as seguintes respostas sociais para a pessoa idosa, desenvolvidas em equipamento, de acordo com a Carta Social: Centro de Dia (criados nos anos setenta), Serviço de Apoio Domiciliário (em expansão nos anos oitenta), Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (Lar de Idosos e Residência, com enorme crescimento nos anos noventa do século passado); a par de outras respostas com menor expressão numérica: Centro de Convívio, Centro de Noite e Acolhimento Familiar para

Pessoas Idosas, Centros de Acolhimento Temporário de Emergência para Idosos (Gomes, 2011; Jacob, 2012), Este último autor considera ainda que os Cuidados Continuados Integrados e as Universidades de Terceira Idade se inserem também na tipologia das respostas sociais para idosos. Note-se que foi só com a Constituição de 1976 que, em Portugal, se começaram a perspetivar respostas sociais dirigidas aos problemas da população envelhecida, e que começaram a ser substituídos os tradicionais asilos por estas respostas sociais (Marques, 2011).

Assim, em relação às três principais respostas sociais que, atualmente, compõem a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) para as pessoas idosas, a saber: Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e ERPIs (valências de lar e residência) de idosos, o seu número tem vindo a aumentar. Nos gráficos 1 e 2 fazemos o resumo da evolução destas três valências entre os anos 2000 e 2014, no que diz respeito a número de valências e capacidade instalada das mesmas.

**Gráfico 1: Evolução do número de valências e da capacidade instalada das principais respostas sociais para as pessoas idosas, 2000-2014**



Fontes: (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2001, 2014).

Note-se que para uma valência estar a ser plenamente utilizada deve apresentar valores de rácio utilizadores/capacidade iguais ou superiores a 0,95, o que, em Portugal, apenas se tem conseguido para a valência de Lar de Idosos (Martin & Brandão, 2012). Importa ainda, a este propósito, referir os *standards internacionais* de taxas de capacidade de serviços sociais, que segundo Fernandez-Ballesteros (2004) citado por Martin & Brandão (2012) são os seguintes: Serviço de Apoio Domiciliário: 10%, Centro de Dia: 2

a 3% e ERPIs: 1 a 2%. Portugal em relação às ERPIs apresenta taxas de capacidade acima dos *standards* (4,33% em 2010) (Martin & Brandão, 2012).

De facto, as estruturas residenciais para pessoas idosas (valências de lar e de residência para idosos) foram aumentando em quantidade e qualidade, “tendo sido estabelecida, com especial virulência na década de noventa, uma rede significativa de lares para idosos” (Gomes, 2011, p. 49). Este crescimento ainda não parou, tendo-se verificado de 2000 para 2014 um aumento de 58% no número de ERPIs em Portugal (de 1469 ERPIs em 2000 passou a dispor-se de 2315 em 2014, segundo dados dos Relatórios da Carta Social de 2000 e de 2014), tendo a capacidade destas ERPIs aumentado 61% (de 55523 utentes em 2000 para 89666 utentes em 2014)<sup>6</sup>, tendo subido o número de utentes em 51% (de 54361 utentes em 2000 para 82011 em 2014). Vale a pena ainda referir a **evolução** da taxa de utilização destas valências. Há períodos em que se verificou um aumento a nível nacional da taxa de utilização destas três valências (entre 2006 e 2010 houve um aumento mais significativo da taxa de utilização na valência de Serviço de Apoio Domiciliário (25,33%) e na valência de Lar de Idosos (24,48%), sendo menos significativa na valência de Centro de Dia (5,93%)) (Martin & Brandão, 2012), mas nem sempre assim ocorreu. De facto, tem havido uma ligeira quebra da taxa de utilização destas respostas sociais nos últimos anos, provavelmente em virtude da existência de uma maior oferta e de uma diminuição do rendimento monetário disponível médio por agregado familiar, que em 2014 se situou no patamar de 2004 (Instituto Nacional de Estatística, 2016). De notar que os efeitos do (ainda) contexto de crise poderão levar a um possível agravamento da ocupação deste tipo de respostas no futuro. Contudo, as ERPIs têm constituído sempre a resposta social de maior procura no conjunto das respostas para idosos (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2014). Estima-se que o número de idosos institucionalizados tenha tendência para aumentar, fruto do apoio condicionado das famílias cada vez menos numerosas, (Bandeira, et al., 2014).

---

<sup>6</sup> Compare-se este dado da Carta Social, nº de camas que as ERPIs providenciam (89666 em 2014), com os dados do nº de camas em hospitais portugueses, públicos e privados (34522 em 2014) (Pordata, 2014) e o nº de camas da Rede Nacional de Cuidados Continuados (7759 camas em dezembro de 2015) (Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social). Há, de facto, muito mais camas disponíveis nas ERPIS.

Fazemos notar, finalmente, que apenas em 1976, com a Constituição da República Portuguesa, há uma declaração nacional de uma política de terceira idade, nomeadamente através do seu art.º 63º, onde é referido que " O Estado promoverá uma política de terceira idade que garanta a segurança económica das pessoas idosas", não sem antes, em 1974, a Organização Mundial de Saúde (OMS) ter classificado Portugal como o país da Europa com menos recursos para a assistência a idosos (Gomes, 2011).

### 3. ALGUMAS QUESTÕES EM TORNO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PESSOAS IDOSAS

De acordo com Gawande (2015, p. 76):

“A prosperidade [do mundo industrializado] permitiu que até os idosos pobres pudessem contar com lares onde estão à sua disposição refeições adequadas, serviços de saúde profissionais, fisioterapia e bingo. Estes lares aliviaram a debilidade e a velhice para milhões de pessoas (...).E ainda assim, a maior parte das pessoas considera os atuais lares da terceira idade lugares assustadores, desoladores, inclusive abomináveis, para se passar a última fase da vida. Precisamos e desejamos algo mais.”

Igualmente, de acordo com a Carta Social Europeia, é necessário “garantir às pessoas idosas que vivem em Instituições a assistência apropriada, no respeito pela vida privada e pela participação na determinação das condições de vida da instituição” (art.º 23º da Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001 de 17 de outubro) <sup>7</sup>. É que Portugal é o terceiro pior país da Europa Ocidental a assegurar o bem-estar social e económico das pessoas com 60 ou mais anos de idade, só à frente de Malta e Grécia, alcançando a 38.ª posição a nível mundial. Estes dados constam do Índice Global AgeWatch 2015, que classifica os países de acordo com o bem-estar social e económico das pessoas mais velhas (HelpAge International, 2015) <sup>8</sup>.

A institucionalização não deixa de ser vista como uma forma de apoio aos idosos menos natural que emergiu nas sociedades pós modernas (Pereira , 2012), sendo considerada uma necessidade incontornável no presente e no futuro.

De acordo com Pimentel (2005), nos estudos de caso apresentados <sup>9</sup>, o processo de institucionalização não ocorre só por dependência física, embora este seja o principal motivo; a solidão e o isolamento, a precariedade de condições económicas e

---

<sup>7</sup>A Carta Social Europeia foi assinada a 3 de maio de 1996 e foi aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001, de 17 de Outubro, publicada no Diário da República, I Série-A, n.º 241/2001, 1.º Suplemento.

<sup>8</sup> Entre os 96 países do mundo avaliados, Portugal aparece em 38.º lugar, ou seja, entre os quarenta melhores e acima do meio da tabela, mas quando a análise é feita tendo em conta os 19 países da Europa Ocidental, Portugal é remetido para a base da tabela, sendo o terceiro pior, só à frente de Malta e da Grécia (HelpAge International, 2015).

<sup>9</sup> Aqui entendidos como “exploração intensiva de uma simples unidade de estudo, de um caso (ex.: pessoa, família, grupo, comunidade, cultura)” (Fortin, 2003, p. 369).

habitacionais, bem como a ausência de redes de solidariedade, potenciam o recurso ao internamento em lares. Contudo, o processo de institucionalização nem sempre é acompanhado por sentimentos depressivos, pois para alguns idosos ele representou uma melhoria significativa das condições de vida (Pimentel, 2005). De facto, para os idosos que vivem totalmente sós e/ou que são dependentes a melhor solução não deixa de ser a institucionalização (Jacob, 2012).

Urge, pois, perceber e atuar no contexto em que são prestados os cuidados a utentes geriátricos no seio das ERPIs. Segundo a Comissão Sectorial da Saúde do Instituto Português da Qualidade, os idosos institucionalizados estão mal medicados e os lares de idosos estão sem qualquer supervisão qualificada no que diz respeito à gestão da medicação. E isto constitui um “problema de saúde pública” que esta Comissão pretende inverter através do contributo para a criação de legislação e de normas rigorosas de gestão de medicação devidamente definidas por profissionais competentes, por forma a garantir que os doentes geriátricos “usufruam de um benefício terapêutico máximo, resultante do tratamento com fármacos” (Farmácia Distribuição - Noites da Ordem, 2015, p.55).

Embora exista um modelo de avaliação da qualidade das ERPIs em Portugal<sup>10</sup>, de 2007, disponibilizado no site da Segurança Social em 26 de março de 2014, de acordo com a Comissão Sectorial da Saúde do Instituto Português da Qualidade “é evidente a escassez de legislação específica que defina procedimentos e normas de qualidade em relação à prescrição, aquisição, armazenamento, distribuição e utilização de medicamentos nas ERPIs” (Comissão Setorial para a Saúde - CS/09 do Instituto Português da Qualidade, 2014, p.1). Problemas similares foram identificados noutros estudos como o de Lee, George, Elliott, Chapman, & Stewart (2011) onde é referido que há falta de dados sobre o uso de medicação em residências assistidas. É neste sentido que procuraremos dar um contributo com este estudo para diagnosticar os problemas relacionados com a gestão da medicação nas ERPIs e propor intervenções de melhoria neste âmbito.

---

<sup>10</sup> Este modelo de Avaliação da Qualidade das ERPIs contempla que esteja definido o responsável pela supervisão dos cuidados de saúde do cliente da ERPI, e que este esteja qualificado para o desempenho das suas funções.

#### 4. A POLIMEDICAÇÃO NO UTENTE IDOSO

Associado ao aumento significativo do número de idosos nas sociedades ocidentais, subsiste uma elevada prevalência de doenças crónicas, degenerativas e polipatologias, o que leva a um aumento da polimedicação nestes utentes geriátricos (Sousa, Pires, Conceição, Nascimento, Grenha & Braz, 2011), com os problemas que isto acarreta, nomeadamente em relação às reações adversas a medicamentos e às interações de fármacos (Bernal, Corral & Villardón, 2011; Dwyer, Han, Woodwell & Rechtsteiner, 2010; Goulart, Carvalho, Lima, Pedrosa, Lemos & Oliveira, 2014; Medeiros-Souza, Santos-Neto, Kusano & Pereira, 2007; Santos & Almeida, 2010). O risco de interação aumenta exponencialmente com o número de fármacos prescritos, estando os idosos institucionalizados em maior risco (Santos & Almeida, 2010). É ainda de referir que a polifarmácia constituiu um fator preditor positivo em relação ao tempo de internamento, reinternamento e mortalidade (Campbel, Seymou & Primrose, 2004).

O conceito simples de polifarmácia<sup>11</sup> - mistura de muitas drogas numa prescrição (Stedman Medical Dictionary, 1979, p. 1087) - não é consensual, tanto em relação à quantidade de medicamentos necessária à configuração da sua prática (Gomes & Caldas, 2008; Goulart, Carvalho, Lima, Pedrosa, Lemos & Oliveira, 2014) como em relação a outros critérios. Assim, há autores que consideram polimedicação a prescrição e administração de mais medicamentos do que os clinicamente necessários (Hajjar, Cafiero & Hanlon, 2007; Hughes & Lapane, 2011), ou a utilização de um fármaco para corrigir o efeito adverso de outro (Medeiros-Souza et al., 2007), ou o uso de 3 ou mais medicamentos simultaneamente por um período mínimo de uma semana (Lucchetti, Granero, Pires & Gorzoni, (2010) citado por Pinto, Nascimento, Pereira, Azevedo & Pereira (2014)). Uma das definições frequentes, e que foi a usada neste estudo, considera polimedicação o uso simultâneo de 5 ou mais fármacos (Williams, 2002; Gorard, 2006).

Vale a pena referir aqui o conceito de polimedicação segundo *The King's Fund*, que sendo independente do número de fármacos prescritos, e por isso de mais difícil

---

<sup>11</sup> Neste estudo considera-se indistintamente os termos: polifarmácia, politerapia e polimedicação. Não aplicamos aqui o termo Polipragmasia, usado por Osswald (2001), que o autor considera que constitui um índice de baixos conhecimentos terapêuticos, mas também este é sinónimo dos outros três anteriores.

aplicação na prática clínica e na investigação, não deixa, contudo de ser interessante. Trata-se da definição de polifarmácia em duas categorizações, a saber:

1. **Polifarmácia apropriada:** prescrição individual para condições complexas ou múltiplas condições em circunstâncias em que os medicamentos têm um uso otimizado e são prescritos de acordo com as melhores evidências.
2. **Polifarmácia inapropriada:** prescrição de múltiplos medicamentos inapropriadamente, ou quando o benefício pretendido com a medicação não é conseguido (The King's Fund, 2013).

Inúmeros estudos dão-nos conta da magnitude da polimedicação na população idosa, constituindo este grupo etário o que mais uso faz da politerapia (Goulart et.al, 2014; Ramos & Denise, 2010).

Para perceber a dimensão da polimedicação nos idosos, consultámos vários estudos. Assim, em doentes em contexto de **ambulatório**, Faustino, Martins & Jacob-Filho (2011) referem que a média de medicamentos prescritos foi de 7,1 (estudo com 1800 doentes idosos ambulatoriais); Gorzoni, Fabri & Pires (2012) apontam para 3,9 o número de consumo médio de medicamentos (estudo com casuística de 100 idosos) e Baldoni, Ayres, Martinez, Dewulf, Santos & Pereira (2014) referem 6,856 como o número médio de medicamentos usados (inclui MNSRM, num estudo com 1000 doentes idosos). Já em **contexto de institucionalização** numa estrutura residencial, Lima, Garbin, Garbin, Sumida & Salida (2013) apresentam a média de 5,7 medicamentos por idoso por dia; Pinto et al. (2014) referem que são administrados 6,85 medicamentos diferentes por dia nos 155 idosos estudados; Dwyer et al. (2010) num estudo retrospectivo a partir de um inquérito nacional a lares realizado em 2004 nos Estados Unidos, conclui que entre 13507 utentes institucionalizados cerca de 40% estão polimedicados com 9 ou mais medicamentos. Igualmente, 9 medicamentos diferentes por dia por residente é referido no estudo com 345 idosos a viver em 13 ERPIs em Inglaterra (Szczepura, Wild & Nelson, 2011), bem como no estudo de Barber et al. (2009) com 256 utentes de 55 lares em que a média de medicamentos diários foi de 8. Estes últimos dados aproximam-se de dados hospitalares, sendo que em **ambiente hospitalar**, a polimedicação habitualmente ainda tem um peso maior, sendo que Undela, Bansal, D'Cruz, Sachdev & Tiwari (2014) referem 9 medicamentos, em média, prescritos por doente idoso hospitalizado.

Apesar de se considerar que a polifarmácia é uma “situação de normalidade na clínica médica” (Penteado, Cunico, Oliveira & Polichuk, 2002, p. 36), não deixamos de estar diante do aparecimento de uma nova doença, a que alguns autores, como Hepler e Strand - os pioneiros do conceito e prática de cuidados farmacêuticos, onde se inclui o seguimento farmacoterapêutico - chamaram de «mortalidade e morbidade associada aos fármacos», e que corresponde tanto à ineficiência da terapêutica como ao aparecimento de problemas relacionados com medicamentos (Moodabe, 2001), sendo particularmente prejudicial quando o doente recebe muitos medicamentos por um longo período numa alta dosagem (Williams, 2002).

Neste contexto, não há dúvida de que é importante que todos os utentes das ERPIs recebam os seus medicamentos de forma correta, efetiva e segura<sup>12</sup> (Farmácia Distribuição - Noites da Ordem, 2015).

Fechamos este capítulo com um extrato do Jornal *Público* por entendermos que este é um cenário patognomónico da “doença do saco”, conforme a apelida o autor do artigo.

“ A dona Guilhermina entrou no meu consultório levando um saco em cada mão. O da mão direita estava cheio de medicamentos. Quando lhe perguntei qual era o seu problema, despejou o saco: “É isto, sr. doutor. O senhor, por aí, já vê as minhas doenças”. Após examinar a doente verifiquei que não só tomava medicamentos desnecessários como alguns, embora com nomes diferentes, constituíam o mesmo princípio ativo” (Baptista, 2013, p. 47).

É importante o combate à polimedicação, a qual se tornou num problema de saúde pública de primeira ordem nos países desenvolvidos, não só pela sua prevalência como também pelas suas consequências nefastas<sup>13</sup> e ainda também por ser um fenómeno em crescimento (Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso, Jiménez-de Gracia & Santana, 2012).

---

<sup>12</sup> A este propósito, Carlson (1996) refere os 10 passos para reduzir a polifarmácia, a saber:

1. Revisão do “saco de medicamentos” em todas as consultas, incluindo os de venda livre, dietéticos e ervanárias;
2. Identificação dos medicamentos pelo nome genérico e grupo terapêutico;
3. Certificação de que o medicamento tem indicação adequada para o problema de saúde apresentado pelo doente;
4. Conhecimento do perfil dos efeitos secundários dos medicamentos prescritos;
5. Conhecimento de farmacocinética e farmacodinâmica do envelhecimento;
6. Suspensão de fármacos de benefício desconhecido;
7. Suspensão de fármacos sem indicação clínica;
8. Substituição de fármacos mais tóxicos por outros de menor toxicidade;
9. Abolição da cascata de prescrição;
10. Utilização da regra: “uma doença, um fármaco, uma vez ao dia”.

<sup>13</sup> De entre as consequências da polimedicação, Gavilán-Moral et al. (2012) referem: consequências clínicas, consequências legais, consequências éticas, consequências sociais, consequências económicas e consequências na política sanitária e de saúde pública.

## **5. A GESTÃO DA MEDICAÇÃO E O CIRCUITO DA MEDICAÇÃO NAS ERPIs**

A gestão da medicação dos idosos é particularmente importante porque esta população é extremamente vulnerável aos efeitos adversos da medicação. Os problemas comuns na gestão da medicação incluem: armazenamento inseguro, armazenamento sem controlo de temperatura; erros na troca do residente a quem é administrada a medicação; fracos registos acerca da medicação; manuseio da medicação por pessoal não treinado (Nazarko, 2007).

A gestão da medicação é uma componente importante dos cuidados aos idosos institucionalizados, podendo ocupar 40 a 50% do tempo do pessoal afeto às ERPIs (NICE - National Institute for Health and Care Excellence, 2013).

Podemos esquematizar os principais tópicos do nosso estudo, acerca do circuito da medicação nas ERPIs, nas Ilustrações 1 e 2.

### Ilustração 1: Diagrama ilustrativo do circuito da gestão da medicação

\*Detalhe da monitorização na ilustração 2



Fonte: Ilustrações elaboradas pela autora a partir de diagrama de Wright (2014, p.233)

### Ilustração 2: Vertentes da monitorização da terapêutica



Fonte: Ilustrações elaboradas pela autora a partir de diagrama de Wright (2014, p.233)

## 5.1. MANUAIS SOBRE GESTÃO DA MEDICAÇÃO NAS ERPIS

Para conhecer a prática da gestão da medicação noutros países, fomos procurar manuais/guias orientadores sobre esta temática especificamente nas Instituições para Idosos. Na Tabela 1 fazemos o resumo dos guias orientadores sobre a gestão da medicação nas ERPIS de cada país, com referência ao ano da publicação e um breve resumo da mesma.

**Tabela 1: Manuais genéricos sobre gestão da medicação em ERPIS**

Ano	Manual	Organismo/País	Comentários
2016	National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland	Health Information and Quality Authority / Irlanda	Estabelece os standards de qualidade dos serviços prestados em contexto de ERPIS na Irlanda. Estes standards entraram em vigor a 2 de julho de 2016; trata-se de versão atualizada dos standards da Irlanda para as ERPIS. definidos em 2009.
2016	Administration of medicines in care homes (with nursing) for older people by care assistants	Department of Health /UK – University of Leeds	Guia de administração de medicamentos para os cuidadores nas estruturas residenciais; fornece o quadro legal vigente em Inglaterra para administração de medicamentos prescritos pelas <i>care assistants</i> .
2012	Guiding principles for medication management in residential aged care facilities	Australian Government – Department of Health and Ageing	Guia elaborado com o objetivo de promover a qualidade no uso de medicação nos idosos institucionalizados na Austrália. Trata-se de revisão do Guia <i>Guidlines for Medication Management in Residential Aged Care Facilities</i> , publicado em 2002 pela APAC – Australian Pharmaceutical Advisory Council.
2012	Medication Management	Accreditation Canada (Qmentum Quarterly: Quality in Health Care)	Sob os auspícios da Organização de Acreditação Canadiana dos serviços de saúde em parceria com organizações com o <i>Canadian Patient Safety Institute</i> e o <i>Institute for Safe Medication Practices Canada</i> este documento aborda a acreditação canadiana para a reconciliação da medicação em vários setores do sistema de saúde, sendo um capítulo dedicado especificamente à <b>reconciliação da medicação nas ERPIS</b> , a qual já tem implementação neste país desde 2011.
2011	Medicines Care Guides for Residential Aged Care	Ministry of Health / New Zealand	Instrumento de gestão da medicação, de consulta rápida, para os profissionais que trabalham nas estruturas residenciais para idosos na Nova Zelândia.

Fizemos igualmente uma pesquisa sobre o que existe publicado sobre gestão da medicação nas ERPIs em Portugal, e verificámos que apenas existem dois manuais/guias genéricos sobre os processos-chave e um guia de acolhimento (Tabela 2), com breve capítulos dedicados à medicação.

**Tabela 2: Manuais portugueses sobre gestão da medicação nas ERPIs**

Ano	Manual	Organismo	Comentários
2007	Manual de processos chave - Estrutura Residencial para Idosos	Instituto da Segurança Social, /Portugal	da I.P. Neste Manual foram identificados 7 processos-chave para a prestação de serviços em qualquer ERPI, a saber: 1. Candidatura; 2. Admissão e Acolhimento 3. Plano Individual; 4. Cuidados Pessoais e de Saúde; 5. Nutrição e Alimentação; 6. Apoio nas Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana; 7. Planeamento e Acompanhamento das Atividades de Desenvolvimento Pessoal. Importa-nos aqui o Processo 04 - Cuidados pessoais e de saúde (p. 33-54) onde se inclui a Instrução de Trabalho sobre Administração da terapêutica (p.46-48).
2007	Estrutura Residencial para Idosos - Modelo de Avaliação da Qualidade das Respostas Sociais.	Instituto da Segurança Social, /Portugal	da I.P. Este manual constitui um referencial normativo para avaliação da qualidade dos serviços prestados pelas ERPIs. Contém um capítulo sobre Cuidados pessoais e de saúde (p.40-41).
2005	Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas	Instituto da Segurança Social, /Portugal	da I.P. Instrumento útil para dirigentes, responsáveis, colaboradores, residentes e seus familiares. Contém um capítulo sumário sobre Cuidados de Saúde (p.61-62) e outro sobre Promoção da saúde e prevenção da doença (p.63).

## 5.2. PRESCRIÇÃO NAS ERPIS

A prescrição de medicação para os idosos é uma das intervenções médicas mais comuns nos lares residenciais (Huges & Lapane (2005) citados por Parsons, Lapane, Kerse & Carmel (2011)), estando muito ligada ao abuso na prescrição, em particular de psicotrópicos, mas também de benzodiazepinas e laxantes. Esta generalização na prescrição destes medicamentos, sem justificação clínica adequada, acaba por representar uma prescrição subótima (Parsons, Lapane, Kerse & Carmel, 2011). Igualmente frequente nos idosos é a prescrição em cascata: a prescrição de uma nova droga para tratar o efeito colateral de outra (Gomes & Caldas, 2008).

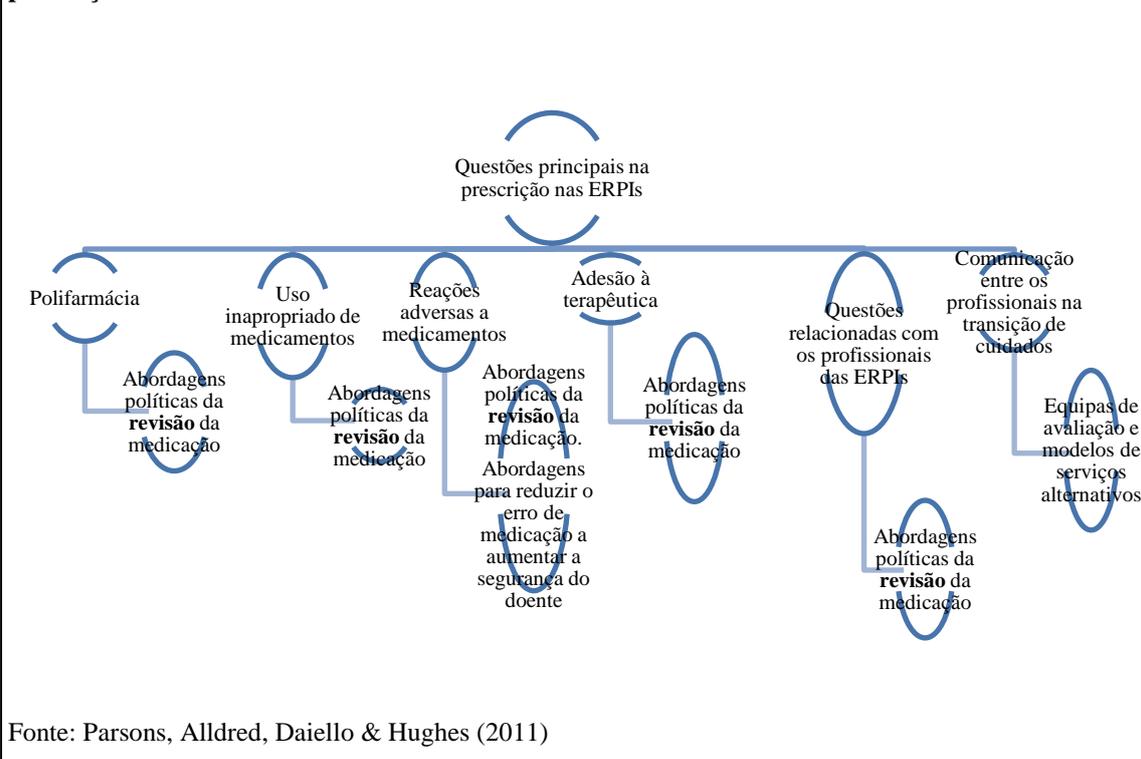
Prescrever para um idoso não é o mesmo que prescrever para um adulto mais jovem (Galvão, 2006; Gomes & Caldas, 2008), devido às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas próprias do envelhecimento. A existência de comorbilidades e doenças crónicas predispõe o(s) médico(s) à prescrição crónica de múltiplos fármacos em simultâneo (Gomes & Caldas, 2008), levando a que os idosos apresentem, frequentemente um “complicado regime medicamentoso” (Grahame-Smith & Aronson (2002) citados por Gomes & Caldas (2008)). Não se consegue nesta população idosa e muito idosa aplicar o modelo “uma doença - uma terapêutica/guideline” (Garfinkel, Ilhan & Bahat, 2015) Note-se que o idoso tem vários médicos diferentes, faltando-lhe, seguramente, o médico geriatra que o atenda de forma holística (Gomes & Caldas, 2008). Isto seria um dos contributos para a prescrição mais racional e efetiva no idoso.

De facto, a prescrição inadequada é uma das principais causas de reações adversas a medicamentos em doentes adultos polimedicados (Guirado, et al., 2012). Num estudo comparativo suportado pelo Canadian Institutes of Health Research (CIHR) acerca do padrão de prescrição de medicamentos inapropriados em idosos feito em utentes residentes na comunidade (1.275.619 adultos com 66 ou mais anos a viver em Ontário) e institucionalizados (58.719 residentes em lares de Ontário), concluiu-se que os medicamentos potencialmente inapropriados que devem ser sempre evitados em idosos são menos vezes usados em utentes a residir em lares do que os que vivem na comunidade, o que poderá estar relacionado com os serviços farmacêuticos clínicos que existem nos lares mas não na comunidade (Lane et al., 2004).

Embora esteja fora do âmbito deste estudo avaliar especificamente a qualidade da prescrição nas ERPIs, tomamos consciência que urge, de facto, melhorar a prescrição no idoso. Galvão (2006) refere algumas estratégias que poderão melhorar a prescrição no doente idoso e evitar os riscos associados à terapêutica medicamentosa, a saber: a utilização de programas informáticos; o uso de doses inferiores no doente idoso; a revisão da medicação no idoso e a melhoria da comunicação médico-doente. Isto mesmo é abordado pela *Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria* (SEFAP) numa obra de 2012 que esmiúça os elementos básicos de abordagem da medicação nos doentes crónicos, a saber: informação ao doente, **revisão**, **conciliação** e adesão ao tratamento (Guirado et al., 2012). Podemos concluir com Parsons, Alldred, Daiello & Hughes (2011) referindo as questões principais em torno da prescrição nas ERPIs e as abordagens para a sua melhoria, esquematizadas na Ilustração 3, na qual se

destaca a **revisão da medicação** como medida central para a qualificação das prescrições, assunto que abordaremos à frente.

**Ilustração 3: Questões principais na prescrição nas ERPIs e abordagens para melhorar a prescrição.**



Várias são os **indicadores que podem ser usados para mensurar a qualidade das prescrições**. A título de exemplo, podemos referir, por um lado, Steinman et al. (2007) que usa 3 indicadores, a saber: (1) tomar qualquer medicação a partir dos critérios de *drogas -a- evitar* de Beers et al , (2) tomar qualquer medicação com uma pontuação de 3 ou mais dos critérios MAI (Medication Appropriateness Index) e (3) tomar 9 ou mais medicamentos, e, por outro lado, num estudo com idosos institucionalizados em Portugal. Costa et al. (2016) ao compararem os Critérios Stopp e Start com os Critérios de Beers para avaliar os Medicamentos Potencialmente Inapropriados, concluíram que os primeiros servem para aferir melhor acerca da qualidade das prescrições médicas.

Pode concluir-se que a qualidade das prescrições passa pela **Revisão da Medicação** (RevM); pela **deprescrição**<sup>14</sup> de medicação crónica (Garfinkel, Ilhan & Bahat, 2015),

<sup>14</sup> **Deprescrição**, aqui entendida como cessação de terapêutica de longa duração com supervisão clínica (Couteur, Banks, Gnjidic & McLachlan, 2011) ou ainda, de forma mais completa, como o processo de desmontagem da prescrição de medicamentos por meio da sua revisão levando à modificação de doses, substituição ou eliminação de fármacos e adição de outros, pode/deve ocorrer por motivos éticos ou científicos (Gavilán-Moral, Villafaina-Barroso, Jiménez-de Gracia & Santana, 2012). O processo de deprescrição,

desde que efetuada de maneira controlada (Gavilán-Moral et al.,2012); pela aplicação de critérios de prescrição inadequada na população geriátrica, tais como os critérios STOPP – START (Momblona, Martínez, Ferrer, Martínez, Illamola & Montal, 2011); pelo uso de programas informáticos capazes de identificar as interações e catalogar o grau de gravidade, bem como recomendar a intervenção a ter no momento de prescrição a fim de evitar o aparecimento de efeitos adversos (López-Picazo, Ruiz, Sánchez, Ariza & Aguilera, 2011).

### 5.3. AQUISIÇÃO E DISPENSA DE MEDICAMENTOS

A aquisição de medicamentos apenas pode se efetuada nas farmácias comunitárias ou, no caso dos MNSRM, em locais de venda destinados para o efeito (parafarmácias). As farmácias não deixam de ser estruturas complexas com a componente “loja” e “espaço” de saúde (espaço de prestação de serviços farmacêuticos), pelo que a dispensa de medicamentos é “necessariamente um ato de significativa importância (Aguar, 2012).

As responsabilidades do farmacêutico no processo de dispensa estão plasmadas na legislação portuguesa no Decreto-Lei nº307/2007, de 31 de agosto onde se estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina e onde se abre a possibilidade de o farmacêutico providenciar serviços farmacêuticos de promoção da saúde e bem-estar (Figueiredo, Castel-Branco, Fernandez-Limós & Caramona, 2014), o que foi concretizado legalmente através da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro que define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias<sup>15</sup>. Apesar de estar consagrada na lei, a questão de prestação de serviços farmacoterapêuticos centrados no

---

que passa por fazer uma revisão de toda a medicação da *brown bag* (o saco de medicamentos, la “bolsa marrón” (Fernández-Liz, 2013)), analisar a adesão do doente, os efeitos adversos e as interações, desprescrever os fármacos inapropriados e desnecessários de acordo com as expectativas do doente e monitorizar os resultados e detetar o reaparecimento de sintomas ou agravamento da doença, se for caso disso, deverá ser sempre gradual (fármaco a fármaco), começando por aqueles que podem produzir problemas relevantes de segurança, identificação de duplicações ou cascatas terapêuticas. Para assegurar que a desprescrição é aceite pelo doente e não conduz a riscos desnecessários é imperioso conhecer amplamente os medicamentos, o doente e o seu contexto, assim como as barreiras associadas à desprescrição, a saber: barreiras do sistema sanitário e sócio-económico, barreiras do médico, barreiras da relação médico-doente e barreiras do doente (Gavilán-Moralet et al., 2012).

<sup>15</sup> Artº 2º da Portaria n.º 1429/2007: As farmácias podem prestar os seguintes serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes: a) Apoio domiciliário; b) Administração de primeiros socorros; c) Administração de medicamentos; d) Utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica; e) Administração de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação; f) Programas de cuidados farmacêuticos; g) Campanhas de informação; h) Colaboração em programas de educação para a saúde.

doente ainda se encontra por concretizar e exige novas competências ao farmacêutico (Figueiredo et al., 2014).

Na Tabela 3 caracterizamos os diferentes serviços farmacêuticos passíveis de serem desempenhados pelos farmacêuticos comunitários, de onde ressaltamos a Dispensação Clínica da Medicação, a Dispensação Assistida de Medicamentos e a Dispensação Semanal da Medicação (Iglésias-Ferreira, 2013) como serviços focados no processo do uso dos medicamentos.

**Tabela 3: Tipologia dos Serviços Farmacêuticos**

<b>Tipologia dos Serviços Farmacêuticos</b>	<b>Caracterização dos Serviços Farmacêuticos</b>	<b>Exemplos de Serviços Farmacêuticos</b>	<b>Indicadores</b>
Serviços focados no Processo de uso dos medicamentos	Diz respeito ao modo como os medicamentos são usados: Para quê? Dose? Frequência? Duração? Com quê? Antes, durante ou depois das refeições? Dificuldades na utilização? Precauções com a toma? Adesão? Conservação/armazenamento?	<b>Dispensação Clínica da Medicação;</b> <b>Dispensação Assistida de Medicação;</b> <b>Dispensação Semanal da Medicação;</b> Reconciliação da medicação (RecM); Validação da medicação; Informação sobre medicamentos; Educação terapêutica.	Problemas Relacionados com os Medicamentos (PRM)
Serviços focados nos Efeitos do uso de medicamentos	Dizem respeito à efetividade (ou inefetividade) e à segurança (ou insegurança) dos fármacos, quando são utilizados pelos doentes.	Seguimento farmacoterapêutico ; Gestão da doença (disease management); Gestão da farmacoterapia.	Resultados Negativos associados à Medicação (RNM)

Fonte: (Iglésias-Ferreira, 2013)

O doente necessita de um profissional de saúde empenhado em detetar, resolver e prevenir problemas relacionados com os medicamentos, ajudando-o a evitar todas as situações que, durante o processo do uso de medicamentos, possam causar resultados negativos com a medicação (Figueiredo et al., 2014). Neste sentido, a Dispensação Clínica da Medicação, entendida como o serviço clínico em que o farmacêutico avalia o processo de uso da farmacoterapia, disponibiliza a medicação, em condições clínicas, e informa o doente ou o cuidador sobre os possíveis PRM com a finalidade de prevenir os Resultados Negativos associados à Medicação (RNM) evitáveis, coloca o farmacêutico numa situação privilegiada para poder prestar um serviço entre a prescrição e a administração (Iglésias-Ferreira & Santos, 2009).

#### 5.4. ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO

O armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos deve ser feito em condições ambientais adequadas (temperatura inferior a 25°C, proteção da luz solar direta e humidade inferior a 60%) (Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar, 2005).

As áreas de armazenamento devem ter a humidade e a temperatura controladas, o que significa que devem ser verificados e registados periodicamente estes parâmetros (Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar (1999); Ordem dos Farmacêuticos - Conselho Nacional da Qualidade (2009)).

Estas boas práticas da área da farmácia hospitalar, bem como as da farmácia comunitária são, evidentemente, extrapoláveis às ERPIs, tal como estão plasmadas nas unidades de Saúde da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009).

Em sùmula, para as ERPIs, tal como para a RNCCI, “é essencial um bom planeamento da área de armazenamento, tendo em conta a necessidade de, entre outros, um acesso restrito e uma limpeza adequada. As condições têm que estar em concordância com as especificações dos produtos farmacêuticos. Os narcóticos e outros produtos que apresentam um risco especial devem ser armazenados numa área dedicada com medidas adicionais de segurança. A rotação dos stocks deve ser vigiada. Todas estas condições de armazenamento devem ser monitorizadas numa base regular” (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009, p. 2).

Faz parte do correto armazenamento o controlo dos prazos de validade. Os medicamentos possuem um prazo, determinado pelos fabricantes, durante o qual as características físicas, químicas, microbiológicas, galénicas, terapêuticas e toxicológicas não se alteram ou sofrem eventuais modificações. Este prazo designa-se por “prazo de validade”. Alguns medicamentos possuem também um prazo de conservação depois de abertas as embalagens originais, mais curto que o prazo de validade, sendo os casos mais comuns os colírios e os xaropes. A utilização de fármacos fora do prazo de validade pode levar à ineficácia do produto, ou até a possíveis intoxicações.

É importante a verificação da data de validade, em todo o circuito do medicamento na ERPI porque o prazo de validade representa a garantia de que o produto está em condições de consumo, caso armazenado adequadamente, até a data de validade.

## 5.5. DISTRIBUIÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E UTILIZAÇÃO DO MEDICAMENTO

O sistema de distribuição de medicamentos tem influência na qualidade de serviço prestado ao residente, e é “um ponto crítico na segurança medicamentosa” (Vaillancourt, 2011, p.5), pelo que é importante organizar um sistema de distribuição de medicamentos que assegure que a distribuição seja realizada de forma precisa e em tempo oportuno.

Os requisitos de tempo, tanto para o processo de preparação como para o processo de administração, de medicamentos são substanciais em ERPIs e são agravados quando os enfermeiros não estão familiarizados com os utentes. As interrupções são um problema grave, afetando potencialmente a eficiência, qualidade e segurança do processo de administração de medicamentos. (Thomson, Lee, Baril, Field, Gurwitz & Rochon , 2009).

Este passo no circuito da medicação – o da preparação da distribuição de medicamentos pelos utentes da ERPI, por analogia com o que sucede no circuito do medicamento em ambiente hospitalar – é considerado um dos pontos críticos no fluxo seguro do medicamento, sendo uma das etapas fundamentais na segurança medicamentosa do doente (Giovagnoli, Uema & Vega, 2013), pelo que é necessário que haja intervenção no sentido de reduzir as interrupções de trabalho entre a preparação e a administração de medicamentos de modo a maximizar a segurança na administração da medicação (Biron, Lavoie-Tremblay & Loiselle, 2009).

Igualmente relevante nesta etapa é a escolha do sistema de distribuição de medicamentos, sendo que o sistema de distribuição individual diária em dose unitária (SDDU) é o que melhor tem demonstrado ser seguro e eficaz (Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, 1999). Este sistema, sendo um imperativo legal nos hospitais a

partir de 1992<sup>16</sup>, é um modelo de distribuição replicável para outras Instituições como as ERPIs, aportando as suas vantagens inerentes.

Relativamente à utilização e registos de falhas focámo-nos no modelo concetual dominante para o controle e estudo do erro na administração de medicamentos: o dos 5 Rs (*5 Rights*) (*The Right Patient; The Right Time and Frequency of Administration; The Right Dose; The Right Route; The Right Drug*) (Pepper, 2004), bem conhecido e enfatizado durante a formação profissional, especialmente dos enfermeiros (Cassiani, 2005) e dos farmacêuticos. Esta regra, dos 5 Certos, em português, embora seja considerada um *standard* das práticas de medicação segura, coloca o enfoque no papel individual do profissional, ignorando os fatores relacionados com o sistema e propõe objetivos sem definir as variáveis ou as estratégias relevantes para melhorar a exatidão da administração de medicamentos (Pepper (2004) citado por Pepper (1995)). Embora com estas limitações, esta regra não deixa de ser um referencial no uso seguro da medicação.

## 5.6. RECONCILIAÇÃO DA MEDICAÇÃO

A reconciliação da medicação (RecM) é definida pelo Institute for Healthcare Improvement (IHI) (2011) como o processo de obtenção de uma lista atualizada, completa e precisa da medicação de um doente - incluindo nome do medicamento, dosagem, frequência e via de administração. Este processo deve incluir a comparação entre a medicação atual e o regime terapêutico prévio e deve ocorrer em cada momento da transição entre cuidados de saúde, em que a medicação é ajustada e devidamente comunicada ao próximo cuidador (IHI, 2011), (NICE 2015). Esta definição é compatível com a da *The Joint Commission* e inclui medicamentos não sujeitos a receita médica, suplementos alimentares, plantas medicinais (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2009) e produtos das medicinas não convencionais (Marquis, 2014).

Este processo de reconciliação da medicação, realizado com o objetivo de evitar erros de medicação, tais como omissões, duplicações, doses inadequadas, interações, assim

---

<sup>16</sup> O imperativo legal do SDDU foi estabelecido com o despacho conjunto dos Gabinetes dos Secretários de Estado Adjunto do Ministério da Saúde e da Saúde, de 30 de dezembro de 1991.

como problemas de adesão, é feito em 3 passos<sup>17</sup>, correspondentes aos 3Cs da reconciliação (IHI, 2011; Nacional Prescribing Center,s.d.), a saber:

1. **Collecting** - recolha da história de medicação; trata-se nesta etapa de construir a BPMH (Best Possible Medication History), de forma padronizada, em formulário próprio, para todos os doentes. “Serão consideradas fontes de informação para a obtenção da BPMH, além do processo clínico hospitalar, o próprio doente, seus cuidadores ou familiares, prescrições médicas do ambulatório, listas ou embalagens de medicamentos trazidas ao hospital e ainda informações obtidas junto do médico de família ou do farmacêutico comunitário que atende o doente” (Santos, 2013, p.2)
2. **Checking** – nesta etapa garante-se que os medicamentos prescritos e as doses são adequados;
3. **Communicating** - documentação das mudanças no processo clínico do doente: sempre que houver discrepâncias<sup>18</sup> estas devem ser discutidas entre os médicos prescritores, de forma que seja selecionada a medicação mais adequada à situação clínica do doente; todas as alterações efetuadas devem ser devidamente registadas no processo do doente.

O processo de reconciliação da medicação pode ser considerado completo quando cada medicamento que o doente está a tomar foi continuado ativamente, descontinuado ou alterado em cada ponto de transição dos cuidados de saúde (IHI, 2011).

---

<sup>17</sup> Há autores, como Santos (2013), que referem 4 etapas no processo de reconciliação da medicação. Poder-lhe-íamos designar então os 4 Cs da reconciliação da medicação, a saber:

1. Recolher (Collecting)
2. Comparar: O farmacêutico hospitalar fará a reconciliação da medicação, nas 24h a 72h seguintes à admissão, por comparação da medicação prescrita aquando da admissão com a informação relativa à medicação pré-hospitalar constante na BPMH, levando à deteção das discrepâncias.
3. Corrigir: Etapa em que se classificam as discrepâncias como intencionais ou não intencionais sendo apenas corrigidas as não intencionais.
4. Comunicar.

<sup>18</sup> “As discrepâncias são definidas como diferenças (omissão de medicamento, diferente dose, via ou frequência, diferente medicamento, duplicação) entre a medicação habitual do doente antes do internamento, recolhida através da Best Possible Medication History (BPMH) e a medicação instituída nas diferentes interfaces de cuidados (admissão, transferência e alta), e que podem causar um evento adverso” (Santos, 2013). Uma discrepância não constitui necessariamente um erro. De facto, a maioria das discrepâncias obedecem à adaptação da medicação crónica ao novo estado clínico do doente ou à realização de intervenções com as quais a medicação habitual pode interferir. (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2009). Assim, apenas são passíveis de correção as discrepâncias não intencionais.

Com o objetivo de sistematizar o processo de reconciliação da medicação, devem ser especificadas, no mínimo, as seguintes (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2009):

1. Circuito geral do processo
2. Responsável pelo processo
3. Formulário estandardizado de recolha de informação.

De notar que, com a reconciliação da medicação, não se pretende julgar a prática médica nem questionar as decisões clínicas individuais, mas tão somente detetar e corrigir os erros de medicação que passaram inadvertidos (Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2009).

A expressão “Reconciliação da Medicação” tem sido muitas vezes mal interpretada. Os profissionais de saúde muitas vezes confundem a necessidade de obter uma lista de medicamentos para determinar o tratamento a seguir com o processo específico de três passos de reconciliação da medicação acima descritos (IHI, 2011). É também frequente a confusão entre a Reconciliação e a **Revisão da Medicação**. Na Revisão da Medicação avalia-se a medicação do doente para identificar os problemas relacionados com os medicamentos e assegurar um tratamento otimizado.

Crê-se que a reconciliação identifica um número de erros<sup>19</sup> maior do que a revisão da medicação, mas o número de erros graves identificados pela Revisão foi maior. Estes dois procedimentos permitem identificar diferentes tipos de erros e são complementares (Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2013).

---

<sup>19</sup> Uma das possíveis classificações dos erros de conciliação é a do *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Preventing* (NCC MERP Index for Categorizing Medication Errors citado por Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (2009) que classifica os erros em 9 categorias, a saber:

Categoria A	<b>Não erro</b> , mas possibilidade de que se produza
Categoria B	<b>Erro que não atinge o doente</b> ; não causa dano
Categoria C	Erro que atinge o doente, mas <b>não é provável que cause dano</b>
Categoria D	Erro que atinge o doente e há necessidade de <b>monitorização e/ou intervenção para evitar o dano</b>
Categoria E	Erro que causou um <b>dano temporário</b>
Categoria F	Erro que causou um <b>dano que veio a requerer hospitalização ou prolongamento do internamento</b>
Categoria G	Erro que causou um <b>dano permanente</b>
Categoria H	Erro que necessitou de <b>suporte de vida</b>
Categoria I	Erro que causou a <b>morte</b>

Ao contrário de outros países, em Portugal não está publicado nenhum guia para a implementação da reconciliação da medicação, seja em ambiente hospitalar, seja nos cuidados primários ou continuados.

Na Tabela 4 fazemos um resumo de alguns guias que estudámos, onde pudemos verificar que em Espanha, Austrália, Inglaterra, Nova Zelândia, Estados Unidos, Canadá, etc., há vários guias, alguns dos quais com atualizações muito recentes, o que é revelador do estágio de maturidade técnica aliada a uma prática corrente da reconciliação da medicação. Prova cabal disto é a exigência feita pela Joint Commission na Acreditação de Instituições de Saúde, em que, desde 2006, só com o desenvolvimento de protocolos para implementar adequadamente a Reconciliação da medicação dos doentes é possível obter esta acreditação (Nacional Patient Safety Goal number 8 da JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations citado por Societat Catalana de Farmàcia Clínica (2009). Especificamente em relação às ERPIs canadianas, a reconciliação da medicação é um requerimento obrigatório para a Acreditação destas Instituições desde 2008 (Stall et al., 2015).

**Tabela 4: Manuais sobre Reconciliação da Medicação**

Ano	Manual	Organismo/País	Comentários
2015	<i>Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes</i>	NICE / UK	Guia recente com guidelines sobre reconciliação e revisão da medicação.
2015	Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes	NICE / UK	Neste guia de recomendações sobre o tratamento de doentes com condições específicas (polimedicados) aborda-se a polifarmácia, a RecM e a RevM. A aplicação das recomendações deste guia não é mandatória.
2014	Marquis Implementation Manual - A Guide for Medication Reconciliation Quality Improvement	Society of Hospital Medicine / Estados Unidos	Este manual, preparado pelo grupo de Investigadores Marquis com origem na Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) do Departamento de Investigação em Saúde e Qualidade dos Estados Unidos, tem o objetivo de compilar as melhores práticas em torno da RecM (fontes de informação eletrónicas) e fornecer detalhes para que possam ser adaptadas em diferentes contextos.
2012	Guia para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias	Grupo REDFASTER, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	Neste documento preconiza-se que em 100% dos hospitais em Espanha, em 2020, haja procedimentos normalizados de RecM tanto no momento da admissão como na alta hospitalar.
2012	Medication Reconciliation Handbook, 2ª edição	Joint Commission (JC) Resources e American Society of Health-System Pharmacists – ASHP / Estados Unidos	Neste manual estabelecem-se os requerimentos de 2009 da JC para Acreditação das Instituições de Saúde que incluem os objetivos nacionais da segurança do doente em relação à RecM.
2012	Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation	AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality / Estados Unidos	Manual criado pela AHRQ em parceria com hospitais, universidades e a JC e que incorpora lições e relatos anteriores de serviços com experiência em RecM..
2011	Safer Healthcare Now! Medication Reconciliation in Homecare Pilot Project	Victorian Order of Nurses (VON) Canada e Institute of Safe Medication Practices (ISMP) Canada / Canadá	Este projeto piloto, ocorrido entre 2008 e 2010 no Canadá visava desenvolver conceitos, ferramentas, guias, indicadores e processos acerca da RecM em lares.
2009	Guia para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios	Societat Catalana de Farmàcia Clínica/ Espanha	Manual desenvolvido pelo <i>Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya</i> e pela <i>Societat Catalana de Farmàcia Clínica</i> , de modo a servir de apoio aos hospitais a se iniciarem na prática da RecM.
2007	The High 5s Project Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation	WHO - World Health Organization - High5s	Trata-se de um documento sob coordenação da Organização Mundial de Saúde que está inserido na estratégia mundial da OMS para a Segurança do doente.

Em Portugal apenas recentemente a reconciliação terapêutica foi objeto de abordagem legislativa, através do Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, publicado no Diário da República, 2ª Série, que estabelece o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este Plano concretiza, no objetivo estratégico 4 - Aumentar a segurança na utilização da medicação -, as ações a desenvolver, sua calendarização e respetivos responsáveis, conforme Tabela 5:

**Tabela 5: Objetivo estratégico - "Aumentar a segurança na utilização da medicação": ações, calendário e responsáveis**

Ações	Calendarização						Responsáveis
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Publicação de normas sobre práticas seguração de medicação	x	x					Direção Geral de Saúde
Desenvolvimento de sistema de informação para a reconciliação terapêutica das Instituições do Serviço Nacional de Saúde.	x	x	x				Direção Geral de Saúde; Serviços Partilhados do Ministério da Saúde INFARMED
Implementação da intercomunicação entre o Portal das Reações Adversas a Medicamentos e o Notific@.	x	x					Direção Geral de Saúde; Serviços Partilhados do Ministério da Saúde INFARMED
Implementação de práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes	x	x	x	x	x	x	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde; Centros Hospitalares; Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas.
Implementação de práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco		x	x	x	x	x	Hospitais do Serviço Nacional de Saúde; Centros Hospitalares; Unidades Locais de Saúde e entidades convencionadas.
Implementação de práticas seguras no âmbito da <b>reconciliação terapêutica</b>				x	x	x	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado
Informatização de sistema de alertas para reações medicamentosas	x		x		x		Serviços Partilhados do Ministério da Saúde INFARMED
Auditoria, semestral, às práticas seguras de medicação		x	x	x	x	x	Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde e com ele convencionado

Fonte: Diário da República, 2ª série – nº 28- 10 de fevereiro de 2015

Verificamos, pois, que em Portugal, apenas em 2018 se prevê que a reconciliação da medicação seja implementada nas Instituições prestadoras de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Isto está muito longe do panorama que constatamos existir noutros países, onde a reconciliação da medicação já está consolidada, nomeadamente aos nível das ERPIs, como é o caso do Canadá, onde a Reconciliação da medicação nas ERPIs começou com um projeto piloto com 15 equipas em ERPIs canadianas durante 2008-2010 (Victorian Order of Nurses (VON) Canada, 2011).

A abordagem do doente geriátrico passa invariavelmente pela reconciliação da medicação aquando de todas as transições entre cuidados de saúde. As experiências existentes, embora poucas e essencialmente em meio hospitalar, devem ser replicadas e assumidas como um projeto nacional de contribuição do farmacêutico hospitalar e demais profissionais de saúde (Santos & Domingos, 2012).

## 5.7. REVISÃO DA MEDICAÇÃO

A Revisão da Medicação (RevM) pode ter várias interpretações e tipologias, que variam na sua qualidade e eficácia, sendo originalmente um termo vago que tem vindo progressivamente a ser refinado (NHS Cumbria, 2013).

O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2015, p.21) define a RevM como “a examinação estruturada e crítica da medicação de uma pessoa com o objetivo de conseguir a adesão ao tratamento e otimizar os benefícios da terapêutica, minimizando o número de problemas relacionados com os medicamentos (PRM) e reduzindo o desperdício”.

Várias **ferramentas** podem ser usadas na revisão da medicação, sendo as mais citadas na bibliografia: os critérios explícitos STOPP (Screening Tool of Older Person’s Prescriptions) e START (Screening Tool to Alert Doctors to Right Treatment); os critérios de Beers, com origem nos Estados Unidos, serão provavelmente os mais utilizados e os critérios implícitos MAI (Medication Appropriateness Index) (Fernández-Liz, 2013). Outros instrumentos também auxiliares da revisão da medicação e que permitem prevenir as prescrições inadequadas em doentes geriátricos são os critérios IPET (Improved Prescribing in the Elderly Tool), canadianos; os critérios

ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) e os critérios PRISCUS, estes últimos mais recentes (2010) específicos da Alemanha (Momblona et al., 2011), e ainda a mnemónica NO TEARS<sup>20</sup> (NHS Cumbria, 2013), ou até o Questionário Hamdy (Guirado, et al., 2012).

Podem ser considerados vários níveis na revisão da medicação. De acordo com o NHS Cumbria (2013) são considerados 3 níveis: (1) Nível 1: revisão da prescrição – uma revisão técnica da terapêutica do doente, (2) Nível 2: revisão do tratamento – revisão da medicação com todas as notas do doente e (3) Nível 3: revisão clínica da medicação – revisão face-a-face. Já Shaw, Seal & Pilling (2002) consideram além destes três um nível abaixo: Nível 0 – Ad-Hoc: revisão não estruturada e oportunista.

Muitos estudos publicados referem-se à prestação desta prática nos domicílios e nos lares de idosos, pelo que a RevM incide frequentemente em doentes idosos e/ou polimedicados (mais de 5 medicamentos), sempre com o objetivo geral de reduzir a prevalência e a gravidade dos PRM (Iglésias-Ferreira, 2013). Referimos, a título de exemplo, o caso de Inglaterra, em que está estabelecida uma lista de declarações<sup>21</sup> em relação à terapêutica dos residentes estruturada em sete pilares essenciais, um dos quais diz respeito à **revisão da medicação, feita por equipa multidisciplinar, pelo menos uma vez por ano** (NICE, 2014), ou duas a três vezes por ano a cada idoso institucionalizado que tome 4 ou mais medicamentos (Shaw et al., 2002). Já nos Estados Unidos, os farmacêuticos são legalmente obrigados a realizar mensalmente a revisão da medicação (Furniss, Burns, Craig, Scobie, Cooke & Faragher, 2000).

---

<sup>20</sup> NO TEARS é uma mnemónica que ajuda a fazer a revisão da medicação em 10 minutos de consulta médica, e que significa:  
Need and Indication  
Open Questions  
Teste and monitoring  
Evidence and Guidelines  
Adverse events  
Risk reduction or prevention  
Simplification and switches (NHS Cumbria, 2013)

<sup>21</sup> Declaração 1: Os lares têm uma política do medicamento que é revista regularmente.  
Declaração 2: As pessoas que vivem em lares são apoiadas para auto-administrar seus medicamentos, a menos que uma avaliação de risco indique que elas são incapazes de fazê-lo.  
Declaração 3: As pessoas que vivem em lares têm uma lista precisa dos seus medicamentos atualizada no dia em que são transferidos para outra Instituição.  
Declaração 4: As pessoas que vivem em lares devem ter todos os detalhes da sua terapêutica partilhados com o novo prestador de cuidados aquando da transferência de cuidados.  
Declaração 5: Os médicos têm um processo de prescrição de medicamentos inequívoco e claro para todos os seus doentes que vivem em lares.  
Declaração 6: **As pessoas que vivem em lares têm pelo menos 1 revisão da medicação, multidisciplinar, por ano.**  
Declaração 7: Os lares têm um processo bem documentado sobre a administração sigilosa dos medicamentos dos residentes adultos (NICE, 2014).

Colocando mais foco clínico no doente, a revisão da medicação em lares é potencialmente de grande benefício para os residentes e é uma forma de abordar os problemas de medicação comuns nos lares, de forma bem documentada. Os idosos institucionalizados são muito vulneráveis e pode ser extremamente difícil envolvê-los na revisão da medicação, para alcançar verdadeiro acordo sobre o tratamento. É vital que quem faz a revisão da medicação encoraje os utentes a expressar as suas opiniões sobre a sua medicação de modo a que as suas preferências possam ser tidas em conta na revisão (Shaw et al., 2002).

Podemos concluir que a revisão da medicação tem tido cada vez mais reconhecimento, constituindo-se a pedra basilar da gestão da medicação, prevenindo eventos adversos e reduzindo o desperdício (NHS Cumbria, 2013).

## 5.8. FARMACOVIGILÂNCIA E MONITORIZAÇÃO FARMACOTERAPÊUTICA

De acordo com a OMS, o conceito de **Farmacovigilância** foi, em 2002, alargado a todo e qualquer evento adverso relacionado com os medicamentos, envolvendo não apenas as reações adversas, mas sim, todo e qualquer evento adverso relacionado aos medicamentos, definindo-a como a ciência relativa à deteção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer problemas relacionados a medicamentos (World Health Organization, 2002).

Já o conceito de monitorização da terapêutica medicamentosa não é aqui entendida como a prática clínica, que se aplica apenas a um grupo restrito de fármacos<sup>22</sup> e que usa as concentrações dos mesmos, os princípios farmacocinéticos e os critérios farmacodinâmicos na individualização da posologia e na otimização da terapêutica farmacológica do doente (William E. Evans, Jerome J. Schentag, and William J. Jusko editors, 1992 citado por Carrondo (2010)), mas sim num sentido generalista incorporando a revisão da prescrição médica, o registo de falhas ao regime terapêutico instituído e, em especial, a **notificação de reações adversas**, conforme pretendemos questionar no nosso instrumento de recolha de dados. E é particularmente sobre a

---

<sup>22</sup> De entre eles podemos citar: antibióticos (amicacina, gentamicina, tobramicina e vancomicina), antiepilépticos (carbamazepina, fenitoína, ácido valpróico, fenobarbital), lítio, teofilina e digoxina (Carrondo, 2010).

Farmacovigilância em Portugal e a Notificação de Reações Adversas que nos iremos debruçar um pouco.

A notificação espontânea de suspeitas de reações adversas identificadas é a metodologia de Farmacovigilância mais divulgada (Alves, Craveiro & Batel Marques, 2010). Em Portugal, o envolvimento dos vários grupos de profissionais de saúde no programa de notificação espontânea foi gradual: **médicos de Clínica Geral**<sup>23</sup>, desde o início, em 1992; **farmacêuticos** comunitários a partir de 1995<sup>24</sup>, os **farmacêuticos hospitalares** só em 1996<sup>25</sup>, os **enfermeiros** desde 2000<sup>26</sup> e os utentes desde 2012, depois de longa discussão ao longo de anos de experiência de outros países que já tinham a notificação voluntária dos doentes.

A notificação espontânea constitui um pilar essencial dos diversos Sistemas de Farmacovigilância, os quais apresentam diversidade de funcionamento em diferentes países (Alves et al., 2010). A **nível nacional**, destacamos os seguintes marcos históricos da Farmacovigilância: (1) a publicação do primeiro Estatuto do Medicamento, em 1991; (2) a criação do INFARMED, em 1993 e (3) a criação da Unidades Regionais de Farmacovigilância, em 2000.

No gráfico 2 apresentamos a evolução do número de notificações de Reações Adversas a Medicamentos (RAMs) em Portugal desde que existe notificação das mesmas e onde podemos perceber o crescendo de notificações, nomeadamente nos últimos anos.

---

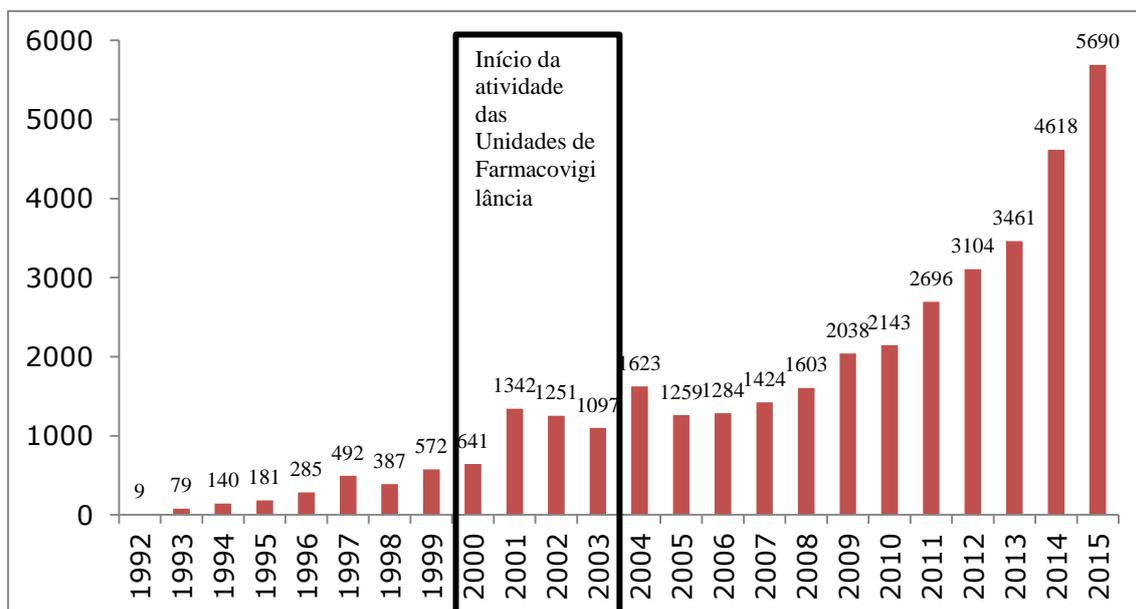
<sup>23</sup> Percebe-se a importância de iniciar este programa pela Carreira Médica de Clínica Geral, pois esta detém aproximadamente 80% do total de prescrições (Freire & Nunes, 1994).

<sup>24</sup> A inclusão dos farmacêuticos no Sistema Nacional de Farmacovigilância foi gradual: iniciou-se só com os farmacêuticos de oficina, em 1995, que tinham de notificar em parceria com os médicos, pois só este último podia validar a notificação, definindo e caracterizando profundamente a reação adversa (Nunes & Lima, 1995).

<sup>25</sup> (Maria, 2003).

<sup>26</sup> São os enfermeiros que enviam a maioria das reações adversas a vacinas (Rosa & Pereira de Bragança, 2003).

**Gráfico 2: Evolução do número anual de notificações de RAMs recebidas no SNF (1992-2015)**



Fontes: Boletim de Farmacovigilância do INFARMED - 2º trimestre de 2016 e Relatório Final das Reações Adversas a Medicamentos: Análise da base de dados do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF) 2009-2011, Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, 2012

## 6. METODOLOGIA

### 6.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo presente os objetivos definidos para este estudo nomeadamente: Caracterizar as Estruturas Residenciais para Idosos quanto a sua tipologia, capacidade, taxa de ocupação, idade dos residentes, quadro de pessoal e formação do diretor da ERPI; Conhecer o detalhe da gestão da medicação nas ERPIs desde a prescrição à monitorização e Identificar as principais práticas de Qualidade e Segurança da gestão da medicação nas ERPIs, levámos a cabo um estudo descritivo acerca da gestão da medicação nas ERPIs, tendo como referência a recente Recomendação da Comissão Setorial da Saúde (REC-CS-09-01-2014) sobre gestão da medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos ERPIs.

**Na base deste estudo tivemos como principal questão orientadora a seguinte: Quais são as condições estruturais das ERPIs no que diz respeito à gestão da medicação?**

Com esta questão queremos procurar algumas respostas atinentes à gestão logística e de dispensação, administração e utilização do medicamento nas ERPIs, i.e., iremos procurar conhecer os recursos humanos e ferramentas das ERPIs para a gestão da medicação.

Especificamente, com este trabalho pretendemos fazer um diagnóstico acerca dos procedimentos relacionados com a prescrição, aquisição, armazenamento, distribuição, administração e utilização de medicamentos nas Estruturas Residenciais para Idosos. A par deste diagnóstico, pretendemos também propor intervenções que contribuam para o uso mais seguro e racional da medicação na população idosa institucionalizada.

### 6.2. POPULAÇÃO/AMOSTRA

Este estudo inclui ERPIs localizadas em meio urbano e rural, de diferentes valências e dimensões, com diferentes respostas sociais, de diferente natureza jurídica (pública e privada), tendo sido bem caracterizadas em termos de serviços prestados, recursos humanos e estruturas físicas.

Foram escolhidas as ERPIS da zona centro do país (Leiria e Santarém), por proximidade geográfica da autora. A resposta ao instrumento deveria ser efetuada pelos profissionais que fazem a gestão da medicação nas ERPIS nomeadamente o enfermeiro responsável por todo o circuito da medicação na ERPI. Havendo diferentes intervenientes significativos em diferentes fases do circuito do medicamento, o questionário deveria ser respondido pelos diferentes responsáveis nos respetivos processos.

A dimensão da amostra não foi estimada *à priori*, incluindo neste estudo todas as respostas das Instituições respondentes. Assim, foram enviados os questionários, via correio eletrónico, às 414 ERPIS destes dois distritos, elencadas na Carta Social. Cerca de 10% dos endereços eletrónicos desta base de dados estariam incorretos pois vieram devolvidos. Obtivemos 39 questionários respondidos, correspondendo a 39 ERPIS, tendo havido uma taxa de resposta de 9,3%.

Face aos critérios de seleção esta pode considerar-se uma amostra de conveniência tendo sido constituída pelo principal responsável pela gestão da medicação em cada ERPI.

### 6.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Elaborámos um questionário (Anexo 1), que aplicámos em diferentes ERPIS na zona centro do país, onde foram incluídas as variáveis indispensáveis pela concretização dos objetivos, organizadas em duas áreas: Caraterização da ERPI e Circuito do Medicamento.

**Caraterização da ERPI** - Neste grupo de variáveis pretendemos avaliar a tipologia das ERPIS, capacidade das ERPIS, taxa de ocupação, idade dos residentes, número de residentes por grau de autonomia em relação à toma da medicação (Com total autonomia; Com necessidade de supervisão; Completamente dependentes de terceiros) e número de medicamentos por residente por dia (Não toma nenhum medicamento; Toma ate 5 medicamentos diferentes por dia; Toma mais de cinco medicamentos diferentes por dia). Avaliámos ainda neste grupo de variáveis a composição do Quadro de Pessoal das ERPIS e a formação profissional do diretor técnico das ERPIS.

**Circuito do medicamento.** Este grupo é constituído por várias variáveis que se operacionalizam a seguir:

- a. Formação profissional do **principal responsável** pela gestão de medicação: Enfermeiro, ajudante de ação direta, diretor técnico, outro colaborador da ERPI;
- b. **Prescrição:** pretendeu-se avaliar a frequência da prescrição das ERPIs e como se processa a prescrição sendo operacionalizada através de 7 itens com 4 opções de resposta cada: Sim sempre, Não nunca, Às vezes e Não sabe/ não se aplica;
- c. **Tecnologias de informação:** questionou-se o seu uso em 3 itens (na prescrição, na distribuição de medicamentos e na administração de medicamentos), com as opções de resposta: Sim e Não, em cada um deles. Questionou-se ainda, nos casos em que se aplicava, o nome do programa informático de apoio nos registos clínicos;
- d. **Aquisição e dispensa de medicamentos:** pretendeu-se avaliar como e por quem é feita a avaliação da prescrição terapêutica e que registos são feitos da medicação dos utentes das ERPIS sendo operacionalizada através de 8 itens com 4 opções de resposta cada: Sim sempre, Não nunca, Às vezes e Não sabe/ não se aplica;
- e. **Dispensa e Transcrição da medicação:** operacionalizada através de 7 itens com 4 opções de resposta cada: Sim sempre, Não nunca, Às vezes e Não sabe/ não se aplica;
- f. **Armazenamento e conservação de medicamentos:** pretendeu-se avaliar as condições em que são armazenados os medicamentos, que controlos e registos são feitos no processo de armazenagem e qual o acesso aos medicamentos, sendo operacionalizado através de 16 itens com 4 opções de resposta cada: Sim sempre, Não nunca, Às vezes e Não sabe/ não se aplica;
- g. **Distribuição (preparação) dos medicamentos:** pretendeu-se avaliar: quem faz a distribuição de medicamentos; qual a periodicidade da preparação da medicação; se há verificação da preparação da medicação por outra pessoa (com 3 opções de resposta: Nunca, Frequentemente por amostragem e Às vezes) e qual o registo que está na base da distribuição da medicação (com 4 opções de resposta: Folha farmacoterapêutica, Diretamente a partir da cópia da prescrição médica, Registos de programa de *software* médico e Outro processo);
- h. **Folha farmacoterapêutica:** pretendeu-se avaliar todos os itens que a compõem e se este documento é usado em todas as transferências entre unidades de saúde (com 3 opções de resposta: Sim sempre, Não nunca, Às vezes);

- i. **Frequência de ações** relacionadas com a preparação da medicação: operacionalizada através de 5 itens com 4 opções de resposta cada: Sim sempre, Não nunca, Às vezes e Não sabe/ não se aplica;
- j. **Administração de medicamentos:** pretendeu-se avaliar se era efetuada a supervisão da administração da medicação com 3 opções de resposta: Sim, frequentemente pelo enfermeiro, Não. É a ajudante de ação direta que administra e Só às vezes;
- k. **Administração de injetáveis:** pretendeu-se avaliar a frequência da administração de injetáveis com 3 opções de resposta: Sim, frequentemente (todas as semanas por exemplo); Pouco frequente (nem todos os meses) e É quase inexistente;
- l. **Vacinação dos residentes:** pretendeu-se avaliar se é feita prevenção através de vacinação de acordo com recomendações nacionais (Tétano, Difteria e Pertussis; Influenza; Herpes Zoster e Pneumocócica) com 2 opções de resposta cada: Sim e Não;
- m. **Registo das falhas no uso da medicação:** operacionalizado através de 7 itens com 4 opções de resposta cada: Sempre, Nunca, Às vezes e Não sabe/ não se aplica. Pretendeu-se ainda saber se é feito o registo destas falhas com 3 opções de resposta: Sim sempre, Não nunca, Às vezes.
- n. Formação do responsável pela **Monitorização farmacoterapêutica:** Enfermeiro, AAD, Diretor Técnico, Farmacêutico, Outro colaborador da ERPI;
- o. **Reconciliação da medicação:** pretendeu-se avaliar se esta é realizada (com 3 opções de resposta: Sim sempre, Por norma não e Às vezes) e quem a realiza (com 3 opções de resposta (Médico, Enfermeiro e Outro profissional));
- p. **Revisão da medicação:** pretendeu-se avaliar se esta é realizada (com 2 opções de resposta: Sim e Não); qual a periodicidade (com 3 opções de resposta: Uma vez por ano; Duas vezes por ano; Outra) e quem a realiza (com 3 opções de resposta (Médico, Enfermeiro e Outro profissional));
- q. **Sistema nacional de farmacovigilância:** pretendeu-se avaliar se é conhecido (com 2 opções de resposta: Sim e Não) e se já alguma vez foi notificada alguma reação adversa (com 2 opções de resposta: Sim e Não).

#### 6.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Fizemos **pedidos de autorização** para os Presidentes / Conselho de Administração das ERPIs onde iria decorrer o estudo, com descrição dos procedimentos para garantir a confidencialidade e anonimato dos dados, assim como o consentimento informado e esclarecido (Anexo 2) dos participantes (os principais responsáveis pela gestão da medicação).

#### 6.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram inseridos em MicrosoftExcel®(2010) e posteriormente convertidos para SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 23, onde foi feita a **análise estatística descritiva**. Para analisar as variáveis quantitativas foram utilizadas medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio-padrão e coeficiente de variação). As variáveis qualitativas ou categóricas foram analisadas segundo frequências relativas e absolutas.

## 7. RESULTADOS

Responderam 39 Instituições ao questionário, sendo mais de metade (64,1 %) Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS - ou Misericórdias e apenas 35,9% do setor privado, com capacidade entre 7 e 106 utentes sendo a média de  $42,7 \pm 24,6$ . Pelo valor do Coeficiente de Variação (CV) podemos salientar que existe uma grande dispersão dos dados em torno da média (CV= 57,6%). A maioria (89,8%) das Instituições abrangidas pelo estudo apresenta mais de 90% de taxa de ocupação (Tabela 6).

A totalidade das 39 Instituições acolhe 1633 utentes sendo maioritariamente com idades superiores a 80 anos (63%).

**Tabela 6: Distribuição das respostas da amostra relativamente à caracterização das ERPIs**

		Nº	%
Tipologia das ERPIs	Privado	14	35,9
	IPSS	21	53,8
	Misericórdia	4	10,3
Taxa de ocupação atual da ERPI	71,0	1	2,6
	75,0	1	2,6
	84,0	1	2,6
	84,4	1	2,6
	94,0	2	5,1
	98,0	1	2,6
	98,8	1	2,6
	100,0	31	79,5
Idades dos residentes	Inferior a 65 anos	107	7
	65-70 anos	98	6
	71-75 anos	119	7
	76-80 anos	285	17
	Mais de 80 anos	1024	63

Relativamente ao nível de dependência dos utentes em relação à medicação (Tabela 7), e atendendo ao número total de utentes das 39 Instituições, os dados da tabela abaixo (valores aproximados) são elucidativos do elevado grau de dependência total de terceiros (75,81%) e da elevada polimedicação *major* (mais de 5 medicamentos diferentes por dia) (73,12%).

**Tabela 7: Distribuição das respostas da amostra relativamente ao grau de autonomia e magnitude da polimedicação dos residentes**

		Nº	%
<b>Graus de autonomia em relação à medicação (nº utentes)</b>	Com Total autonomia	72	0,98
	Com necessidade de supervisão	371	23,22
	Completamente dependentes de terceiros	1205	75,81
<b>Nº de medicamentos diferentes dia por utente</b>	Não toma nenhum medicamento	16	4,37
	Toma até 5 medicamentos por dia	381	22,51
	Toma mais de 5 medicamentos diferentes por dia	1244	73,12

Em relação à **qualificação do pessoal das ERPIs** estudadas (Tabela 8), contabilizámos 1023 profissionais do Quadro no total das 39 ERPIs. Verificamos que as ajudantes de ação direta (AAD), alocadas aos serviços de alimentação, higiene e conforto dos residentes, são a classe mais representada, com 41,4% (424) do total dos profissionais do quadro, um valor dez vezes maior do que os 42 enfermeiros do quadro (4,1%).

Verificamos que existe uma grande diversidade de profissionais no Quadro das ERPIs, o que significará diferentes serviços prestados aos residentes, onde destacamos os 22 animadores socioculturais (2,2%) de entre os profissionais mais qualificados das 39 ERPIs.

**Tabela 8: Distribuição das respostas da amostra relativamente à qualificação dos profissionais do Quadro de Pessoal das ERPIs**

		Nº	%	
	Ajudante de ação direta	424	41,4	
	Empregado auxiliar	273	26,7	
	Ajudante de Cozinheiro	85	8,3	
	Cozinheiro	57	5,6	
	Enfermeiro	42	4,1	
	Diretor Técnico	39	3,8	
	Encarregado de serviços	29	2,8	
	Animador Sociocultural	22	2,2	
Profissionais do Quadro das ERPIs	Escriturária/Administrativa	9	0,9	
	Assistente Social	6	0,6	
	Terapeuta Ocupacional	5	0,5	
	Psicólogo	5	0,5	
	Técnico de Manutenção	5	0,5	
	Fisioterapeuta	4	0,4	
	Gerente	3	0,3	
	Técnico de Educação Social	2	0,2	
	Motorista	2	0,2	
	Outros profissionais	Nutricionista	1	0,1
		Contabilista	1	0,1
		Técnico de apoio à gestão	1	0,1
		Gestor da Qualidade	1	0,1
		Professor de Educação Física	1	0,1
Lavadeira-Roupeira		1	0,1	
Cabeleireira		1	0,1	
Guarda Rondista		1	0,1	
Fiel de Armazém		1	0,1	
Rececionista		1	0,1	
Médico	1	0,1		

Em relação à formação do profissional que assume a direção técnica da estrutura residencial (Tabela 9), verificamos que, de acordo com a legislação que regulamenta as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas (art.º 11º da Portaria nº 67/2012, de 21 de março), a mesma é cumprida em 100% das ERPIs estudadas, sendo assegurada por um técnico com formação superior em saúde (7,7%), ciências sociais e do comportamento (28,4%), ou serviços sociais (64,1%).

**Tabela 9: Distribuição das respostas da amostra relativamente à formação do Diretor Técnico das ERPIs**

		Nº	%
Formação do Diretor Técnico	Licenciatura em Serviço Social	25	64,1
	Licenciatura em Psicologia	4	10,3
	Licenciatura em Enfermagem	3	7,7
	Licenciatura em Educação Social	6	15,4
	Licenciatura em Política Social	1	2,6

Em relação à formação do principal **responsável pela gestão da medicação**, o **enfermeiro**, sozinho ou coadjuvado pelo Diretor Técnico, é o **principal responsável** pela gestão da medicação em 79,5% (31) das ERPIs estudadas (Tabela 10), sendo que não é de negligenciar o contributo de outros profissionais como principais responsáveis pela gestão da medicação, nomeadamente:

- O **farmacêutico** é o principal responsável em 12,8% das Instituições.
- A **ajudante de ação direta** é a principal responsável pela gestão da medicação numa das das ERPIs estudadas (2,6%).
- Outros profissionais como principais responsáveis na gestão da medicação: **diretores técnicos** em 3 ERPIs (7,7%); de entre estes, com licenciatura em **Serviço Social** em 2 ERPIs (5,1%) assumindo-se sozinhos como principais responsáveis pela gestão da medicação, e com licenciatura em **Psicologia** em 1 ERPI (2,6%) partilhando esta responsabilidade pela gestão da medicação com o enfermeiro.

**Tabela 10: Distribuição das respostas da amostra relativamente à formação profissional do principal responsável pela gestão da medicação**

		Nº	%
Formação profissional do <b>principal responsável pela gestão da medicação</b>	Enfermeiro	30	76,9
	Ajudante de ação direta	1	2,6
	Diretor Técnico (Serviço Social)	2	5,1
	Farmacêutico	5	12,8
	Enfermeiro + Diretor Técnico (Psicólogo)	1	2,6

Em relação à **prescrição**, verificamos que existe uma elevada taxa de consultas médicas, com o *médico do lar* (o médico é sempre o mesmo em 94,9% das ERPIs), com regularidade semanal em 84,6% das ERPIs, mas nem sempre haverá prescrição de medicamentos, a qual ocorre sempre em apenas 53,8% das ERPIs (Tabela 11).

Fazemos notar que a renovação da prescrição de medicação crónica em mais de 50% das Instituições às vezes ocorre sem consulta médica e que em apenas 10,3% das Instituições nunca ocorre renovação da prescrição sem consulta. É interessante verificar que o enfermeiro está sempre presente durante estas consultas em 61,5% das Instituições e que faz às vezes sugestões de prescrição em 66,7% das ERPIs.

Importa realçar a boa prática de, aquando da hospitalização de um utente, este ir sempre (100% das ERPIs) acompanhado com a folha farmacoterapêutica.

**Tabela 11: Distribuição das respostas da amostra quanto à frequência e processo da prescrição**

	Sim, sempre		Não, nunca		Às vezes		Não sabe/ Não se aplica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Há consultas médicas semanais na ERPI?	33	84,6	1	2,6	3	7,7	2	5,1
Há prescrição semanal de medicamentos?	21	53,8	2	5,1	14	35,9	2	5,1
Há consulta antes da renovação da prescrição da medicação crónica?	11	28,2	4	10,3	20	51,3	4	10,3
O enfermeiro está presente na ERPI quando há consultas médicas?	24	61,5	2	5,1	13	33,3		
Há prescrição feita por sugestão do enfermeiro?	2	5,1	9	23,1	26	66,7	2	5,1
O médico é sempre o mesmo?	37	94,9			2	5,1		
Quando há hospitalização o doente leva a sua folha farmacoterapêutica para o hospital?	39	100,0						

Em relação ao uso de tecnologias de informação de apoio ao exercício clínico (Tabela 12), verificamos que existe algum uso das mesmas na prescrição (em 61,5% das Instituições); já o recurso a estas tecnologias, na preparação (15,4%) ou na administração da medicação (apenas 10,3%) é bem menos significativo nestas ERPIs.

**Tabela 12: Distribuição das respostas da amostra quanto ao uso de tecnologias de informação de apoio na prescrição, distribuição e administração de medicamentos**

	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
<b>Programa informático na prescrição de medicamentos</b>	24	61,5	15	38,5
<b>Programa informático na distribuição (preparação) de medicamentos</b>	6	15,4	33	84,6
<b>Programa informático na administração de medicamentos</b>	4	10,3	35	89,7

Fazemos ainda notar que em 38,5% das Instituições não faz uso de nenhum *software* (Tabela 13). Percebemos ainda que não existe uma padronização dos *softwares* usados, pois nas 39 Instituições recorre-se a 12 programas diferentes.

**Tabela 13: Distribuição das respostas da amostra quanto aos programas informáticos de apoio à prescrição, distribuição e/ou administração de medicamentos**

	Nº	%
Não tem	15	38,5
Não sabe/Não refere	4	10,3
iMED – Prescrição Médica Eletrónica	4	10,3
Simple Care	2	5,1
DOCBASER	2	5,1
Soft Gold	2	5,1
F3M	2	5,1
Medicine One	2	5,1
IQNET	1	2,6
Win UTE QL	1	2,6
Gestão de cuidados de saúde	1	2,6
Ccare	1	2,6
Icare	1	2,6
Access	1	2,6

Em relação à **aquisição** de medicamentos, percebemos que há uma fidelização à farmácia comunitária significativa (79,5% das Instituições adquirem a medicação sempre à mesma farmácia) e que há, na generalidade, conferência da medicação após a compra (97,4%) feita sempre pelo enfermeiro (84,6%) e pela (o) ajudante de ação direta (10,3%) (Tabela 14).

Apesar de se considerar que os medicamentos sujeitos a receita médica são sempre (100%) adquiridos com a prescrição médica, em mais de metade das ERPIs (51,3%, i.e., 12,8% (sempre) + 38,5% (às vezes)) é frequente a compra de medicação crónica antes da renovação da receita. Já a compra de medicamentos não sujeitos a receita médica só em 38,5% das ERPIs tem sempre prescrição médica associada.

**Tabela 14: Distribuição das respostas da amostra quanto à aquisição de medicamentos**

	Sim, sempre		Não, nunca		Às vezes		Não sabe/ Não se aplica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A compra de medicamentos é feita sempre à mesma farmácia?	31	79,5	5	12,8	3	7,7		
A compra de medicamentos sujeitos a receita médica é feita com prescrição médica?	39	100,0						
A compra de medicamentos não sujeitos a receita médica é feita com prescrição médica?	15	38,5	2	5,1	22	56,4		
É frequente a compra de medicação crónica antes da renovação da receita?	5	12,8	18	46,2	15	38,5	1	2,6
A entrega da medicação é feita com a identificação do residente?	37	94,9	1	2,6	1	2,6		
É feita a conferência na ERPI da medicação aviada pela farmácia?	38	97,4					1	2,6
A conferência da medicação é feita pelo Enfermeiro?	33	84,6	2	5,1	3	7,7	1	2,6
A conferência da medicação é feita pela ajudante de ação direta?	4	10,3	31	79,5	4	10,3		

A **dispensa de medicamentos** na farmácia (Tabela 15) nunca é feita com avaliação da terapêutica pelo farmacêutico em 18 ERPIs (46,2%). Apenas em 7,7% das ERPIs (3) o farmacêutico fará sempre a avaliação da terapêutica.

Já o enfermeiro é mais interveniente nesta avaliação (que ocorre antes da preparação e administração da medicação): em 71,8% das ERPIs ele faz sempre a avaliação da terapêutica. Provavelmente, não é alheio a isto o facto de se fazer sempre a transcrição da prescrição para a folha farmacoterapêutica em 89,7% das ERPIs, embora esta transcrição seja sempre feita de uma forma manual em 35,9% das ERPIs.

**Tabela 15: Distribuição das respostas da amostra quanto à Dispensa e registos da Transcrição da prescrição**

	Sim, sempre		Não, nunca		Às vezes		Não sabe/ Não se aplica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
É feita a avaliação da terapêutica pelo farmacêutico na farmácia?	3	7,7	18	46,2	5	12,8	13	33,3
É feita a avaliação da terapêutica pelo enfermeiro na ERPI?	28	71,8	1	2,6	8	20,5	2	5,1
É transcrita a prescrição terapêutica para a folha farmacoterapêutica?	35	89,7	2	5,1			2	5,1
A transcrição é manual?	14	35,9	14	35,9	10	25,6	1	2,6
Existe um modelo de folha farmacoterapêutica?	39	100,0						
A transcrição é feita com o apoio de Programa de Gestão e/ou de Software médico?	10	25,6	24	61,5	2	5,1	3	7,7
Em cada alteração da prescrição é feita nova folha farmacoterapêutica?	30	76,9			9	23,1		

Relativamente ao **armazenamento e conservação** de medicamentos destacamos algumas boas práticas notórias (a existência de local próprio de armazenamento de medicamentos (100%), com identificação do utente (100%); a separação dos medicamentos com prazo de validade expirado (100%) e a sua devolução à farmácia comunitária para encaminhamento próprio (97,4%) (Tabela 16).

Destacamos igualmente algumas fragilidades mais significativas:

- a) Os estupefacientes não têm um local próprio em 33,3% das Instituições;
- b) A falta de registo no controlo dos prazos de validade (em apenas 48,7% das Instituições existe sempre este registo);
- c) A ausência total de registo das condições de temperatura e humidade do local de armazenamento dos medicamentos em 41% das ERPIS;
- d) A ausência de frigorífico destinado exclusivamente ao armazenamento de medicamentos em 17,9% das Instituições;
- e) A existência de medicação no quarto dos utentes em 48,8% das ERPIS;
- f) A existência de medicação sem dono em 61,5% das Instituições.

**Tabela 16: Distribuição das respostas da amostra quanto ao armazenamento e conservação de medicamentos**

	Sim, sempre		Não, nunca		Às vezes		Não sabe/ Não se aplica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Existe uma zona reservada para o armazenamento de medicamentos?	39	100						
O acesso aos medicamentos armazenados é reservado aos profissionais autorizados e identificados?	37	94,9	2	5,1				
O acesso aos medicamentos armazenados é livre (qualquer profissional pode aceder)?	3	7,7	26	66,7	9	23,1	1	2,6
Há registo de prazos de validade dos medicamentos armazenados?	19	48,7	10	25,6	8	20,5	2	5,1
Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos estão armazenados à parte, em local próprio?	15	38,5	13	33,3	2	5,1	9	23,1
O acesso aos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos é controlado?	27	69,2	2	5,1			10	25,6
Os prazos de validade são verificados periodicamente?	37	94,9			1	2,6	1	2,6
Os medicamentos fora do prazo de validade são separados dos restantes?	39	100						
Os medicamentos fora do prazo de validade são encaminhados para inutilização?	39	100						
É feita a entrega na farmácia dos medicamentos com prazo de validade expirado?	38	97,4			1	2,6		
É feito o registo periódico das condições de temperatura e humidade do local de armazenamento dos medicamentos?	11	28,2	16	41	12	30,8		
Os medicamentos são mantidos nas embalagens originais até ao momento da administração ou da colocação em recipientes de distribuição?	31	79,5	3	7,7	5	12,8		
Existe um frigorífico destinado apenas à medicação que requer refrigeração?	30	76,9	7	17,9	1	2,6	1	2,6
A medicação é armazenada com a identificação de cada utente?	39	100						
Há medicação no quarto dos utentes?	4	10,3	20	51,3	15	38,5		
Há medicação "sem dono"?	8	20,5	12	30,8	16	41	3	7,7

Em relação à **preparação da medicação**, é o enfermeiro que a realiza em sozinho ou coadjuvado em 35 ERPIs (89,7%), sendo que em 10,3% das Instituições (n=4) é a ajudante de ação direta que o faz, sozinha (7,7%) ou coadjuvada pelo enfermeiro (2,6%) (Tabela 17).

**Tabela 17: Distribuição das respostas da amostra quanto ao responsável pela distribuição da medicação**

		Nº	%
<b>Quem faz a Distribuição/Preparação de medicamentos</b>	Enfermeiro	30	76,9
	Enfermeiro + Farmacêutico	3	7,7
	Diretor Técnico (Serviço Social)	1	2,6
	Enfermeiro + AAD + técnico farmácia	1	2,6
	AAD	3	7,7
	Enfermeiro + Diretor Técnico (Serviço Social)	1	2,6

A **preparação da medicação** é feita para 1 semana em 34% das Instituições; é apenas preparada diariamente numa Instituição (2,6%), não sendo feita nunca verificação por outro profissional em 11 ERPIs (28,2%) (Tabela 18).

**Tabela 18: Distribuição das respostas da amostra quanto à preparação da medicação – periodicidade e supervisão**

		Nº	%
Período de tempo de preparação da medicação	1 semana	34	87,2
	1 dia	1	2,6
	2 a 3 dias	3	7,7
	5 dias	1	2,6
Verificação da preparação da medicação por outra pessoa	Nunca	11	28,2
	Frequentemente, por amostragem	12	30,8
	Às vezes	15	38,5
	Sempre	1	2,6

Ainda em relação à **preparação da medicação**, verificamos que esta é feita com base nos registos de uma folha farmacoterapêutica para onde é transcrita sempre a prescrição, em 89,7% ERPIs (n=35). Em 4 Instituições (10,2%), embora tendo a folha farmacoterapêutica, não se faz uso da mesma para preparação da medicação, sendo que em duas (5,1%) é feita a preparação da medicação diretamente a partir da prescrição médica e noutras duas (5,1%) a partir das indicações escritas nas caixas da medicação. Em nenhuma Instituição a preparação da medicação tem por base o suporte de programa informático, não estando pois desmaterializada.

Em relação à **folha farmacoterapêutica** compreendemos a importância deste documento centralizador da informação medicamentosa dos residentes, pois todas as ERPIs têm um modelo próprio (100%), com os dados que analisamos na Tabela 19.

Exceções feitas ao nome do utente e ao nome do medicamento, as folhas farmacoterapêuticas são omissas em relação ao nome do médico em 51,3% das ERPIs, à via de administração (28,2%), dosagem (2,6%) e posologia (2,6%); são omissas ainda em relação a alergias e reações adversas conhecidas em 46,2%. Há, contudo, outros dados (em 30,8% das Instituições) que compõem esta folha, tais como os antecedentes /patologias (em 20,5%), a medicação crónica/aguda (5,1%), a idade do residente (2,6%) e até a dieta (2,6%).

**Tabela 19: Distribuição das respostas da amostra quanto aos dados da folha farmacoterapêutica**

	Sim		Não	
	Nº	%	Nº	%
Nome do residente	39	100		
Nome do médico prescriptor	19	48,7	20	51,3
Nome do medicamento	39	100		
Data da prescrição	33	84,6	6	15,4
Dosagem do medicamento	38	97,4	1	2,6
Via de administração	28	71,8	11	28,2
Posologia (frequência e hora da toma)	38	97,4	1	2,6
Duração do tratamento	24	61,5	15	38,5
Alergias e/ou reações adversas conhecidas ou outras informações importantes	21	53,8	18	46,2
Outros dados	12	30,8	27	69,2

Fazemos notar que em todas as ERPIs aquando das transferências entre unidades de saúde o residente leva consigo esta folha farmacoterapêutica.

No momento da **preparação da medicação** (Tabela 20) as formas farmacêuticas sólidas, nomeadamente os comprimidos, são desblisteradas sempre em 59% das Instituições, o que significa que deixa de haver rastreabilidade da medicação, perde-se a identidade do medicamento e este fica mais exposto a alterações climatéricas de humidade e da temperatura; apenas em menos de 20% das ERPIs, exatamente 17,9% estes comprimidos serão desblisterados no momento da administração da medicação, o que constitui uma prática mais segura no manuseio da medicação.

A frequência de outras práticas em torno da medicação (fracionamento de formas sólidas, manuseio e conservação após abertura de frascos multidose, etc.) pode ser consultada na Tabela 20.

**Tabela 20: Distribuição das respostas da amostra quanto à preparação da medicação – algumas práticas**

	Sempre		Nunca		Às vezes		Não sabe/ Não se aplica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
As formas sólidas são desblisteradas no momento da preparação para a caixa dispensadora individual	23	59	7	17,9	9	23,1		
Os inaladores, as gotas orais, os xaropes, a insulina, são preparados imediatamente antes da administração	37	94,9	2	5,1				
Os colírios, depois de abertos, são conservados no frigorífico	15	38,5	8	20,5	14	35,9		
Os colírios, gotas auriculares, as preparações tópicas estão no quarto dos residentes	7	17,9	9	23,1	22	56,4	1	2,6
O fracionamento de formas sólidas é feito após consulta de informação técnica do medicamento	24	61,5	2	5,1	11	28,2	2	5,1

Em relação à supervisão da **administração da medicação** (Tabela 21), em 15,4% das ERPIs é a ajudante de ação direta que o faz, sem qualquer supervisão.

**Tabela 21: Distribuição das respostas da amostra quanto à supervisão da administração de medicação**

		Nº	%
Supervisão da administração	Sim, frequentemente pelo enfermeiro	24	64,5
	Não. É a ajudante de ação direta que administra	6	15,4
	Só às vezes	9	23,1

Nas ERPIs estudadas, é pouco significativa a **administração de injetáveis** (Tabela 22): em mais de metade das Instituições (53,8%) ou é pouco frequente (não ocorre sequer todos os meses) ou é quase inexistente.

**Tabela 22: Distribuição das respostas da amostra quanto à frequência da administração de injetáveis**

		Nº	%
Frequência da administração de injetáveis	Muito frequentemente (todas as semanas)	18	46,2
	Pouco frequente (nem todos os meses)	14	35,9
	É quase inexistente	7	17,9

Em relação à **vacinação dos idosos** institucionalizados nestas 39 ERPIs, e dado não existir um programa de imunização bem definido para esta população, considerámos as recomendações europeias emanadas da EUGMS (European Union Geriatric Society) e da IAGG-ER (International Association of Gerontology and Geriatrics - European Region), traduzidas e adaptadas para Portugal pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI, s.d.). Verificamos que há uma baixa taxa de cobertura vacinal (Tabela 23) para qualquer das vacinações recomendadas: Tétano, Difteria e Pertussis (apenas 74,4% das Instituições o fazem),

para a gripe 66,7%, contra o pneumococos 51,3% e para o Herpes Zoster apenas 10,3% das Instituições o fazem.

**Tabela 23: Distribuição das respostas da amostra quanto à vacinação dos residentes**

		Sim		Não		Não sabe	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vacinação	Tétano, Difteria e Pertussis	29	74,4	10	25,6		
	Influenza	26	66,7	12	30,8	1	2,6
	Herpes Zoster	4	10,3	34	87,2	1	2,6
	Pneumocócica	20	51,3	18	46,2	1	2,6

Identificámos vários **tipos de falhas** na utilização da medicação (Tabela 24) em relação aos clássicos 5 Rs (*5 Rights*) da administração da medicação, sendo a omissão da toma a mais prevalente que ocorre às vezes em 14 Instituições (35,9%), seguida da troca de medicamento (do mesmo doente), a qual ocorre às vezes em 33,3% das ERPIs (n=13).

**Tabela 24: Distribuição das respostas da amostra quanto às falhas na utilização e administração de medicamentos**

	Sempre		Nunca		Às vezes		Não sabe/ Não se aplica	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Troca de doente (medicação de um doente foi tomada por outro)			25	64,1	12	30,8	2	5,1
Troca de medicamento (do mesmo doente)			25	64,1	13	33,3	1	2,6
Duplicação da toma			38	97,4			1	2,6
Omissão da toma			23	59	14	35,9	2	5,1
Dose errada (em relação à prescrição)			35	89,7	2	5,1	2	5,1
Via de administração errada			38	97,4			1	2,6
Hora de administração incorreta (em relação à prescrição)	1	2,6	28	71,8	9	23,1	1	2,6

O **registo das falhas** na utilização de medicamentos apenas é feito sempre em 53,8%, não sendo feito nunca em 17,9% das ERPIs (e às vezes em 28,2%).

Em relação à **monitorização da terapêutica** é o enfermeiro, sozinho ou coadjuvado, que é o responsável pela mesma em 89,7% (n=35) das ERPIs (Tabela 25), sendo que a ajudante de ação direta tem aqui responsabilidades sozinha em 2,6% das ERPIs.

**Tabela 25: Distribuição das respostas da amostra quanto ao responsável pela monitorização da terapêutica**

		Nº	%
<b>Responsável pela monitorização da terapêutica</b>	Enfermeiro	20	51,3
	AAD	1	2,6
	Diretor Técnico (Serviço Social)	1	2,6
	Médico	2	5,1
	Enfermeiro + outro(s) profissional(ais) (psicólogo, fisioterapeuta, AAD, médico, técnico superior de serviço social)	15	38,5

Em relação à **reconciliação da medicação**, nas ERPIs que a fazem (94,9% fazem sempre a reconciliação aquando da transição de cuidados entre unidades de saúde; em apenas 5,1% (n=2) é feita às vezes esta reconciliação), o enfermeiro tem uma intervenção tão significativa quanto o médico: ambos fazem a reconciliação da medicação sozinhos em 30,8% das ERPIs ou enfermeiro e médico em conjunto em 33,3% (n=13) das ERPIs (Tabela 26).

**Tabela 26: Distribuição das respostas da amostra quanto ao responsável pela reconciliação da medicação**

		Nº	%
<b>Quem faz a Reconciliação da Medicação</b>	Médico	12	30,8
	Enfermeiro	12	30,8
	Médico + Enfermeiro	13	33,3
	Médico + Diretor Técnico (Serviço Social)	1	2,6
	AAD	1	2,6

Em relação à **revisão da medicação**, esta não é efetuada nunca em 25,6% das ERPIs (n=10), sendo realizada nas restantes com uma periodicidade muito variável, sendo a mais frequente 2 vezes por ano (30,8%) (Tabela 27).

**Tabela 27: Distribuição das respostas da amostra relativamente à periodicidade da revisão da medicação**

		Nº	%
<b>Periodicidade da revisão da medicação</b>	Semanal	2	5.1
	Quinzenal	1	2,6
	Uma vez por mês	4	10.3
	Quatro vezes por ano	2	5.1
	Duas vezes por ano	12	30.8
	Uma vez por ano	3	7.7
	Sempre que se justifique	5	12.8
	Não se aplica (não é feita revisão)	10	25,6

Em relação à **revisão da medicação**, quando esta se efetua (74,4%), é o médico o principal interveniente (46,2%), mas o enfermeiro, sozinho (12,8%) ou a coadjuvar o médico (15,4%) também tem aqui um papel significativo (Tabela 28).

**Tabela 28: Distribuição das respostas da amostra relativamente ao responsável pela revisão da medicação**

		Nº	%
<b>Quem faz a Revisão da Medicação</b>	Médico	18	46,2
	Enfermeiro	5	12,8
	Médico + Enfermeiro	6	15,4
	Não se aplica (não é feita revisão)	10	25,6

Finalmente, verificamos que em apenas em 64,1% (25) das ERPIs é conhecido o Sistema Nacional de Farmacovigilância, tendo sido feita alguma vez alguma **notificação de reação adversa a medicamentos** em 10,3% (4) das ERPIs.

## 8. DISCUSSÃO

Neste estudo focámo-nos em analisar a gestão da medicação de 39 ERPIs (de entre o setor privado (35,9%), IPSS (53,8%) e Misericórdias (10,3%)), as quais, com capacidade para 1688 residentes, acolhiam 1633 residentes (taxa de ocupação média de 97,42%) com idades inferiores a 65 anos (7%), entre os 65 e os 80 anos (30%) e, maioritariamente, superiores a 80 anos (63%).

Pretendemos com este estudo, tendo por base a Recomendação da Comissão Setorial da Saúde (REC-CS-09-01-2014) sobre gestão da medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos ERPIs: Caracterizar as Estruturas Residenciais para Idosos quanto a sua tipologia, capacidade, taxa de ocupação, idade dos residentes, quadro de pessoal e formação do diretor da ERPI; Conhecer o detalhe da gestão da medicação nas ERPIs desde a prescrição à monitorização; Identificar as principais práticas de Qualidade e Segurança da gestão da medicação nas ERPIs;

Durante o trabalho propomo-nos diagnosticar os problemas realcionados com a gestão da medicação nas ERPIs e assim propor intervenções de melhoria neste âmbito.

Assim, iremos apresentar a discussão atendendo aos seguintes tópicos principais: Profissionais das ERPIs; Polimedicação; Prescrição; Aquisição e Dispensa; Armazenamento e Conservação; Preparação e Administração da medicação e, finalmente, Monitorização, a qual inclui: o registo de intervenções profissionais (falhas na utilização dos medicamentos e registos da folha farmacoterapêutica); a reconciliação da terapêutica; a revisão da medicação; a notificação de reações adversas e a vacinação.

Nas 39 ERPIS estudadas existem 1023 **profissionais** do Quadro. Destes, 41,4% (n=424) são ajudantes de ação direta, de longe a classe profissional mais representada. Registámos apenas 5,2% (n=53) de profissionais estritamente pertencentes à área da saúde, de entre o pessoal mais qualificado.

Em relação aos profissionais envolvidos na gestão da medicação verificamos que:

Os **enfermeiros** são na maioria das Instituições (76,9%) o principal responsável pela gestão da medicação. Especificamente, estes profissionais são os principais executantes da preparação da medicação em 89,7% das ERPIs, bem como na monitorização da terapêutica (89,7%); a supervisão da administração é efetuada pelo enfermeiro em

61,5% das Instituições; na revisão da medicação o enfermeiro participa como o único interveniente em 12,8% das ERPIs e a coadjuvar o médico em 15,4% das Instituições; a reconciliação da medicação é o enfermeiro que a faz em 94,9% das ERPIs.

O **farmacêutico** é o principal responsável pela gestão da medicação em 12,8% das Instituições. Terá contudo, apenas um papel relacionado com a preparação da medicação (7,7%) e com a avaliação da terapêutica na farmácia (7,7%). Em nenhuma instituição é referida a sua participação em aspetos mais relacionados com a monitorização da terapêutica, revisão ou reconciliação da medicação.

As **ajudantes da ação direta, sozinhas, são responsáveis pela** preparação da medicação em 3 ERPIs (7,7%); são também estas profissionais que conferem a medicação adquirida na farmácia em 8 Instituições (20,6%), com uma frequência mais irregular (às vezes) em 4 ERPIs (10,3%) e regularmente (sempre) noutras 4 ERPIs. Estas profissionais chegam a ser as principais responsáveis numa das Instituições (2,6%) pela gestão da medicação, bem como na mesma percentagem, pela monitorização da terapêutica (2,6%), e pela reconciliação da terapêutica (2,6%). Ora isto é manifestamente uma assunção de competências fora do seu quadro legal, de acordo com o perfil profissional de assistente familiar e de apoio à comunidade<sup>27</sup> (Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P.), o referencial atual mais próximo que encontramos em relação à descrição de funções da ajudante de ação direta, referidas no Decreto-Lei nº 414/99, de 15 de outubro, entretanto revogado com a extinção das carreiras com o Decreto-Lei 121/2008, de 11 de julho.

O **psicólogo** é corresponsável (com o enfermeiro) pela na monitorização da terapêutica em 2,6% das ERPIs (1);

**Os técnicos superiores de serviço social são** responsáveis pela distribuição da medicação em 2 (5,2%) das ERPIs, sendo que numa delas (2,6%) são os únicos responsáveis; corresponsável com o enfermeiro na reconciliação da medicação em uma ERPIs (2,6%), na qualidade de Diretor Técnico;

O **fisioterapeuta** partilha a responsabilidade com o enfermeiro em uma ERPI (2,6%) na monitorização da terapêutica;

---

<sup>27</sup> Neste catálogo Nacional de Qualificações para a assistente familiar e de apoio à comunidade, publicado no Boletim do Trabalho e Emprego, n.º 21 de 8/6/2015, apenas é referido nos saberes/fazer em relação à medicação, o seguinte: “Aplicar os procedimentos relativos aos cuidados básicos de saúde (interpretação dos sinais vitais, medicação, tratamentos primários, urgências”.

**Os diretores técnicos** em 3 ERPIs (7,7%) são referidos como os principais responsáveis pela gestão da medicação: em 2 ERPIs (5,1%) com licenciatura em Serviço Social assumindo-se sozinhos como principais responsáveis pela gestão da medicação, e em 1 ERPI (2,6%) com licenciatura em Psicologia partilhando esta responsabilidade pela gestão da medicação com o enfermeiro.

Ora, de acordo com a Comissão Setorial para a Saúde - CS/09 do Instituto Português da Qualidade (2014, p. 2), em relação aos profissionais de saúde das ERPIs é referido que

“É essencial, para o uso correto, efetivo e seguro da medicação, que os intervenientes no processo de uso do medicamento, nestas Instituições, tenham **competências na gestão do medicamento**, dentro das suas atribuições profissionais, por forma a garantir que os doentes usufruam de um benefício terapêutico máximo, resultante do tratamento com medicamentos”.

Igualmente, no Manual português *Modelo de Avaliação da Qualidade nas ERPIs* do Instituto da Segurança Social, I.P. (2007), o qual constitui o único normativo nacional que permite avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas ERPIs portuguesas, vêm estabelecidos dois requisitos necessários à implementação do sistema de gestão da qualidade numa ERPI que têm a ver com a qualificação do pessoal no que concerne à prestação de cuidados de saúde, a saber: Definição do responsável pela supervisão dos cuidados de saúde de cada cliente; bem como do responsável pela gestão, controlo da assistência medicamentosa e administração de medicamentos; Qualificação para o desempenho das suas funções dos responsáveis pela prestação dos cuidados de saúde.

Ora, estes requisitos não deixam de ser algo vagos, pois não é detalhada a formação ou competências específicas que deverá ter este responsável pela supervisão dos cuidados de saúde, ou o responsável pela gestão, controlo da assistência medicamentosa e administração de medicamentos, e estes requisitos estão longe de obrigarem ou estimularem as ERPIs a terem nos seus Quadros profissionais de saúde com competências na gestão da medicação e no uso seguro da terapêutica. Percebemos que seja difícil para o legislador estabelecer a obrigatoriedade de ter (mais) profissionais de saúde nas ERPIs, que são Instituições pertencentes ao Setor Social. Será, contudo, um requisito de qualidade que cada vez mais os utentes deverão exigir destas Instituições. Noutros países, como a Austrália (Australian Government – Department of Health and

Ageing, 2012) estão perfeitamente definidas as funções e as responsabilidades dos profissionais que participam na gestão da medicação, as quais terão de ser cumpridas para Acreditação das ERPIs australianas.

Em relação à magnitude da polimedicação, verificámos que, dos 1633 utentes residentes nestas 39 ERPIs, 80% (1309) tem mais de 76 anos. Apenas uma ínfima percentagem (4,37%) não toma qualquer medicamento, sendo que 73,12% toma mais de 5 medicamentos. Este dado, contudo, diz-nos pouco em relação à magnitude da polimedicação, pois só considerámos a escala: 0, 5 e mais de 5 medicamentos, uma vez que muitos estudos consideram polimedicação o uso simultâneo de cinco ou mais fármacos (Williams, 2002; Gorard, 2006). Mais a mais, os séniores em Portugal consomem 7 medicamentos per capita (contra 6.5 nos Estados Unidos) (Baptista, 2013; Campos, 2014). Ou ainda, conforme referido no estudo de Periquito et al. (2014) e que deu origem a artigo publicado no Jornal *Público* com o título “Idosos que vivem em lares tomam mais de dez medicamentos por dia”, (Campos, 2014), estudo este feito com 126 idosos institucionalizados em 3 lares da região de Lisboa e Vale do Tejo. Acresce ainda que já há autores que consideram moderada polifarmácia o uso de 4 ou 5 medicamentos (Moodabe, 2001; The King’s Fund, 2013). Definitivamente, o dado acerca da dimensão da polimedicação dos idosos institucionalizados nas 39 ERPIs estudadas, fornece-nos pouca informação.

Ainda assim, este número (5 medicamentos diferentes/dia) não deixa de ser um indicador usado para os mais diversos propósitos, nomeadamente como indicador de contratualização regional na Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte de Portugal pelo qual os médicos podem ser avaliados. Em causa está a recomendação desta ARS para que os médicos adotem uma prescrição média de 5 medicamentos por utente com mais de 75 anos, como “princípio básico de farmacologia sobre o qual existem milhares de referências publicadas em todo o mundo” (Pereira, 2013, p.9).

Ficámos, pois, apenas a saber no nosso estudo que, dos 1625 utentes (95,63%) que tomam medicação, 1244 utentes (73,12%) é polimedicado com mais de 5 medicamentos, sendo completamente dependentes de terceiros 1205 utentes (75,81%); apenas 0,98% (72 utentes) têm total autonomia, provavelmente serão os casos de utentes em que um dos membros do casal tem uma condição física e de saúde muito diversa da do seu conjugue.

Igualmente em relação à **autonomia** poderíamos ter questionado de modo a obter mais detalhe e dados mais holísticos na caracterização dos residentes, usando, por exemplo, a tipologia usada ao nível da Carta Social<sup>28</sup>.

Em relação à **prescrição** questionámos a regularidade das consultas médicas: semanal em 84,6 % das Instituições, originando sempre prescrições em 53,8% das ERPIs. Seria desejável que o médico fosse sempre o mesmo, cumprindo um papel de *médico de família/médico da Instituição*, mas só em 94,9% das ERPIs existe médico fixo; em 2 delas (5,3%) o médico não é sempre o mesmo, a menos que a questão tenha sido mal entendida, pois talvez fosse melhor formulada se estivesse no plural (“O(s) médico(s) é(são) sempre o(s) mesmo(s)?”), em vez da formulação que está no questionário (“O médico é sempre o mesmo?”). De qualquer das formas, o *Médico Institucional* não quer dizer que deva ser o médico de todos os residentes, mas sim daqueles que assim o desejarem. De facto, tal como vem contemplado no Manual de Boas Práticas para acolhimento residencial das pessoas mais velhas, do Instituto da Segurança Social, I.P., (2005), o residente tem direito a escolher e manter o seu médico de família, não sendo desejável que se perca a relação de confiança já estabelecida, mesmo que haja um médico indicado pela estrutura residencial.

Existirá um trabalho conjunto do médico com o enfermeiro em 61,5% das Instituições porque nestas o enfermeiro está sempre presente aquando da consulta médica (e em 33,3%; n=13 o enfermeiro está presente às vezes), nomeadamente com uma *intervenção ativa* (o que poderá significar uma atitude passiva do médico no ato da prescrição) uma vez que em 5,1% das ERPIs é sempre o enfermeiro que sugere a prescrição médica (e em 66,7%; n=26 o enfermeiro sugere às vezes a prescrição).

Mais alarmante será o facto de apenas em 28,2% (n=11) das ERPIs haver sempre consulta antes da renovação da receita e em 4 ERPIs (10,3%) nunca haver consulta antes da renovação da medicação crónica. Isto significa que em mais de metade das Instituições (n=20) só às vezes é que há consulta antes da renovação (51,3%); (em uma Instituição (2,6%) não sabe/não se aplica). Claramente este é um momento da prescrição

---

<sup>28</sup> A Carta Social considera a seguinte tipologia para a dependência: (1) Autónomo – Capaz de realizar sem apoios de terceiros os cuidados de necessidade básica. (2) Parcialmente dependente – Necessita de apoio de terceiros para cuidados de higiene pessoal e/ou deslocação. Dependente – (3) Não pode praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana: atos relativos à alimentação, locomoção e/ou cuidados de higiene pessoal. (4) Grande dependente – Acumulam as situações de dependência que caracterizam os dependentes e encontram-se acamados ou apresentam quadros de demência grave (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2009)

que não será bem aproveitado para fazer uma revisão da medicação, perceber os problemas relacionados com a medicação, os problemas de saúde do residente, identificar falhas no uso do medicamento, podendo ficar, nestes casos, a prescrição reduzida a um ato administrativo. É uma oportunidade perdida.

Em relação ao uso de **tecnologias de informação de apoio** ao exercício clínico, verificamos que existe algum uso das mesmas na prescrição (em 61,5% das Instituições); o recurso a estas tecnologias na transcrição da prescrição (25,6%) na preparação (15,4%) ou na administração da medicação (apenas 10,3%) é bem menos significativo nestas ERPIs. Para esta maior taxa de uso de equipamentos/soluções informáticas na prescrição não será alheio o normativo legal vigente em Portugal: com a Portaria nº 137-A 2012, de 11 de maio, estabelece-se a obrigatoriedade da prescrição eletrónica de medicamentos e definem-se as condições de exceção da prescrição manual (art.º 8º), uma das quais é a prescrição ao domicílio. O legislador esclarece que a prescrição em lares de idosos não se configura como uma prescrição domiciliar pelo que não constitui uma situação de exceção (art.º 8º ponto 1). Apesar deste normativo legal, registámos que 38,5% das Instituições não faz uso de nenhum *software*. Percebemos ainda que não existe uma padronização dos *softwares* usados, pois nas 39 Instituições recorre-se a 12 programas diferentes.

Em relação à **aquisição** de medicamentos, encontrámos um elevado grau de fidelização à mesma farmácia (79,5%), sendo que em 12,8% das ERPIs isso não é importante.

Embora a totalidade das Instituições refiram que nunca há compra de medicamentos sujeitos a receita médica sem a respetiva prescrição, isto não corresponderá à realidade, pois quando questionadas acerca da compra de medicação crónica antes da renovação da prescrição, só em 46,2% das Instituições isto não acontece nunca. Ora, a menos que a medicação crónica tivesse apenas a ver com MNSRM, o que não parece plausível, concluímos, pois, que há *postprescrição*, o que significa que há aquisição de medicamentos sujeitos a receita médica sem a prescrição médica. Assim, no nosso estudo, em mais de metade das ERPIs (51,3%) é frequente a compra de medicação crónica antes da renovação da receita. Este dado encontra-se abaixo do obtido no estudo de Verrue, et al. (2011), em lares belgas, onde foi identificada a prática de *postscription* em 69,9% das situações (i.e., prescrição da medicação após dispensa desta pela farmácia). Apesar de tudo, este dado não deixa de ser preocupante porque “é

uma oportunidade perdida para o médico reavaliar o estado de saúde do utente e os objetivos terapêuticos” (Rosa, 2011, p. 27).

É de realçar ainda que há entrega de medicação sempre sem identificação do doente em 2.6% das ERPIs e só às vezes com a identificação na mesma percentagem (2,6%), o que nos faz concluir que será a jusante da aquisição que será individualizada a medicação dos residentes, o que não deixa de constituir um risco em relação à medicação. De facto, em 97,4% das Instituições é feita a conferência da medicação após a compra (em uma ERPI é desconhecido se se faz ou não). Contudo, é a ajudante de ação direta que o faz sempre em 10.3% das Instituições e às vezes na mesma percentagem (10,3%).

Não podemos, finalmente, deixar de referir que sempre que este momento de aquisição da medicação não for acompanhado de uma dispensação clínica, é uma oportunidade que se perde para se promover o uso seguro do medicamento e diminuir os PRM.

Em relação ao **armazenamento** da medicação há a destacar nas ERPIs estudadas 3 aspetos inequívocos de boas práticas em 100% das Instituições: (1) Há um local próprio para o armazenamento da medicação; (2) Toda a medicação é armazenada com identificação do residente; (3) Os medicamentos com prazo de validade expirado são segregados e encaminhados para inutilização (são encaminhados essencialmente para a farmácia (97,4%; n=38).

Poderíamos afirmar que se cumpre na íntegra o que vem no Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas do Instituto da Segurança Social, I.P. (2005, p.61): “a medicação deve estar em local seguro, acessível apenas aos técnicos de saúde e aos colaboradores que a ministram”, se não fosse o acesso aos medicamentos não estar reservado aos profissionais autorizados e identificados em 2 Instituições (5,1%).

Igualmente, na generalidade, também é cumprido o que vem mencionado no Manual nacional *Modelo de Avaliação da Qualidade nas ERPIs* do Instituto da Segurança Social, I.P. (2007), onde é estabelecido um requisito necessário à implementação do sistema de gestão da qualidade numa ERPI que tem a ver com o armazenamento e identificação da medicação, a saber: “Os medicamentos trazidos pelos clientes são identificados, manuseados de forma segura, armazenados numa área específica, segura e

salvaguardadas as condições de preservação” (Instituto da Segurança Social, I.P., 2007, p.41).

Olhando, contudo, para algum detalhe no armazenamento da medicação nas ERPIs estudadas, podemos apontar vários aspetos de melhoria:

Nunca há registo periódico das condições de temperatura e humidade em 41% (n=16) ERPIs;

Não existe um frigorífico destinado apenas à medicação que requer refrigeração em 7 ERPIs (17,9%);

Os colírios, depois de abertos, não são conservados nunca no frigorífico em 20,5% (n=8) e em apenas 38,5% são conservados sempre no frigorífico (nas restantes 14 ERPIs (35,9%) são conservados às vezes no frigorífico);

Em mais de metade das ERPIs (51,3%; n=20) há medicação no quarto dos residentes. E não será porque existe proporcionalmente tantos residentes autónomos em relação à medicação (pois apenas 0,98% dos utentes têm total autonomia em relação à medicação); tratar-se-á de formulações multidose, muitas vezes de aplicação tópica (colírios, gotas auriculares, pomadas), em que 17,9% das ERPIs (n=7) conserva sempre no quarto dos residentes estas formulações:

Em 61,5% das ERPIs (n=24) existe medicação sem dono, o que pode levar ao uso menos seguro da medicação;

Apenas em 79,5% (n=31) das ERPIs os medicamentos são sempre mantidos nas embalagens originais até ao momento da administração;

Os prazos de validade são verificados periodicamente em 94,7% das ERPIs (n=37), mas só há registo sempre dos prazos de validade em 19 ERPIs (48,7% (e não há nunca registo dos prazos de validade em 25,6% (n=10).

Ora, a este propósito, existe uma folha modelo nacional, no Manual de processos chave - Estrutura Residencial para Idosos do Instituto da Segurança Social, I.P.(2011) (Anexo III), onde se prevê o registo dos prazos de validade e do local de armazenamento. Não nos parece, contudo, um modelo operacional para o controlo dos prazos de validade,

pois outros campos estão previstos nesta folha tais como: indicação terapêutica (principal função do medicamento), via de administração (campo em falta no modelo da folha farmacoterapêutica - Anexo IV)), duração do tratamento, efeitos secundários e precauções. Parece-nos que ao juntar-se informação clínica com informação gestionária, a folha não cumprirá nenhum dos propósitos: nem como auxiliar na decisão clínica, nem como auxiliar na gestão logística. Seria preferível ter um registo centralizado dos prazos de validade, organizado por Mês/Ano em que o prazo de validade dos medicamentos expira. Deixamos uma proposta deste modelo de registo no Anexo V.

A **distribuição (preparação)** da medicação é feita pelo enfermeiro, sozinho ou coadjuvado em 89,7% das ERPIs, pela ajudante de ação direta em 7,7% (n=3) das ERPIs e pelo Técnico do Serviço Social em 2,6% (n=1).

Esta preparação da medicação é feita com base nos registos de uma folha farmacoterapêutica para onde é transcrita sempre a prescrição, em 89,7% ERPIs (n=35), embora de uma forma manual em 35,9% das ERPIs e *em diferido*, pois apenas em 76,9% das ERPIs a cada alteração da prescrição há alteração da folha farmacoterapêutica. Ficam de fora 4 Instituições (10,2%) que, embora tendo a folha farmacoterapêutica, não fazem uso da mesma para preparação da medicação. Destas 4 Instituições, duas (5,1%) fazem a preparação da medicação diretamente a partir da prescrição médica e outras duas (5,1%) a partir das indicações escritas nas caixas da medicação. A preparação da medicação é feita para uma semana em 34 Instituições (87,2%) (nas restantes é diária (2,6%), de 2 em 2 dias ou de 3 em 3 dias (7,7%) ou para 5 dias (2,6%). Em 28,2% das ERPIs nunca é feita verificação da preparação da medicação. Isto seria particularmente importante porque a preparação é, de facto, um momento crítico no uso seguro do medicamento: uma falha neste passo já não será provavelmente corrigida, tanto mais que os comprimidos (as formas farmacêuticas mais usadas nas ERPIs) são sempre desblisterados neste momento da preparação da medicação em 59% das ERPIs (ao contrário dos inaladores, dos xaropes ou da insulina, que já são sempre preparados imediatamente antes da administração, o que configura um uso mais seguro da medicação). É de registar alguma preocupação com o fracionamento de formas sólidas já que 61,5% das ERPIs só o faz após consulta de informação técnica do medicamento.

Em relação à **administração** da medicação, não sendo um dos passos mais críticos no circuito da medicação, ao contrário do processo anterior (o da preparação), só questionámos se há supervisão da mesma, ao que apurámos que, quando existe (71,9%), é o enfermeiro que a faz frequentemente (64,5%), e às vezes (23.1%) estando a ajudante de ação direta como responsável e executante da administração de medicamentos sozinha em 15,4% das Instituições.

O Manual português *Modelo de Avaliação da Qualidade nas ERPIs* do Instituto da Segurança Social, I.P. (2007) estabelece um requisito (genérico) necessário à implementação do sistema de gestão da qualidade numa ERPI que tem a ver com a **administração** da medicação, a saber: a definição das “regras para a administração segura de medicamentos e deteção de eventuais efeitos secundários” (Instituto da Segurança Social, I.P., 2007, p. 41). Contudo, não concretiza que procedimentos, normas, competências técnicas devem ter os profissionais intervenientes, à semelhança do que existe perfeitamente definido noutros países e referido nos manuais gestão de medicação nas ERPIs que estudámos, referidos atrás.

A **folha farmacoterapêutica**, constitui um registo central do processo clínico do doente, acerca do qual todas as Instituições têm um modelo próprio (100%), e que é devidamente usado (acompanha sempre o doente (100%)) aquando das transferências do residente para o hospital, Esta boa utilização da folha farmacoterapêutica, nas transições de cuidados, não está tão otimizada no processo da preparação da medicação, onde a folha farmacoterapêutica poderia servir de bom auxiliar neste momento mais crítico do circuito da medicação. De facto, a preparação da medicação a partir desta folha, como vimos atrás, apenas ocorre em 89,7 % das ERPIs.

De facto, existe uma folha modelo nacional, no Manual de processos chave - Estrutura Residencial para Idosos do Instituto da Segurança Social, I.P.(2011) . Não questionámos se este modelo é utilizado nestas ERPIs, mas fomos saber os detalhes das informações contidas nas folhas farmacoterapêuticas em uso nas ERPIs, e apurámos os seguintes dados: em 100% das ERPIs a folha farmacoterapêutica contém o nome do residente e o nome do medicamento; em 97,4% há os campos da dosagem e da posologia; a data da prescrição só surge em 84,6% e a duração do tratamento em 61,5% das ERPIs; espaço para registar as alergias só existe em 53,8% das Instituições; a via de administração é um campo que só aparece em 71,8% das ERPIs. Fazemos notar que este último campo -

via de administração - não aparece no modelo de folha nacional , o que entendemos ser uma lacuna. Pese embora a via oral clássica seja maioritariamente a utilizada, cada vez há mais formas farmacêuticas inovadoras, tais como liofilizados orais, sistemas orodispersíveis, sistemas multiparticulares (granulados) obtidos por microencapsulação, minicomprimidos, películas bucais (Marto, Salgado & Almeida , 2011) com grande indicação na pediatria mas que poderão/deverão futuramente ter expressividade, pelas razões óbvias, na geriatria. Isto significa, pois, que será de todo desejável ter um campo para a via de administração na folha farmacoterapêutica. Faltarão, igualmente, no modelo de folha nacional um campo para as patologias, ou antecedentes pessoais ou a principal indicação terapêutica de cada medicamento. Contudo várias ERPIs contemplaram este campo nas suas folhas farmacoterapêuticas. De facto, das 12 ERPIs (30,8%) que referiram outros campos, uma delas referiu o campo *dieta* (2,6%), outra referiu a *idade* do residente (2,6%), duas referiram especificamente um campo para *medicação crónica/aguda* (5,1%) e 8 ERPIs incluem um campo para as *patologias* (20,5%).

Não há dúvida de que uma lista de medicação é necessária quando um doente se apresenta para tratamento num hospital ou no consultório médico; isso faz parte do bom atendimento. Se a terapêutica for alterada ou descontinuada, é necessário fazer modificações a essa lista e comunicar essa informação para o doente e para outros cuidadores. (IHI, 2011). E a folha farmacoterapêutica, se devidamente preenchida, cumpre, de facto, este desiderato. E esta é uma das práticas cumpridas a 100% nas ERPIs estudadas. Restará uma otimização do uso desta folha na preparação da medicação, pois em apenas 89,7% das ERPIs (n=35) se faz o uso desta folha neste processo crítico do circuito da medicação.

**Em relação às falhas no uso da medicação**, há ocorrências variadas no que diz respeito aos 5 Rs da administração de medicamentos, registadas em mais de metade das Instituições (53,8%), sendo que a omissão da toma é a mais frequente (ocorre às vezes em 14 Instituições (35,9%), seguida da troca de medicamento (do mesmo doente), a qual ocorre às vezes em 33,3% das ERPIs; segue-se a falha da troca de doente que ocorre às vezes em 30,8% das ERPIs e a hora de administração errada (que ocorre em 23,3% das ERPIs. Finalmente, numa percentagem muito menor, a dose errada é a falha que é menos frequente às vezes nas Instituições estudadas (5,1%)

Segundo o Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas do Instituto da Segurança Social, I.P. (2005, p. 61), o cumprimento da medicação deve ser de exigência prioritária: ” o residente só deve tomar medicação prescrita pelo médico, às horas que este definiu e na dose receitada.”.

No Manual português *Modelo de Avaliação da Qualidade nas ERPIs* do Instituto da Segurança Social, I.P. (2007), vêm estabelecidos dois requisitos necessários à implementação do sistema de gestão da qualidade numa ERPI que têm a ver com os **registos de medicação**, a saber: (1) Manutenção dos registos, datados e assinados, da administração de medicamentos e dado o caso, **da ocorrência de situações anómalas**; (2) Incorporação dos registos como parte integrante do Processo Individual do cliente.

A importância destes registos também está bem plasmada no Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas do Instituto da Segurança Social, I.P. (2005, p. 61) quando se refere que “É imprescindível que a direção técnica da estrutura residencial garanta mecanismos **de registo e verificação diária**, considerando sobretudo o elevado risco de problemas de saúde e de alterações do comportamento, no caso de **erro ou troca de medicação**”.

Em relação à **reconciliação da medicação** apenas apurámos no nosso estudo se existe esta prática e quem é (são) o(s) executantes.

Assim, 94,9% das ERPIs referem que efetuam a RecM sempre, aquando da transferência do utente entre unidades de cuidados de saúde, serviços ou hospitais; apenas em 5,1% das ERPIs é referido que este procedimento se faz só às vezes, sendo que não há nenhuma Instituição em que esta prática não se efetue. Não estarão, contudo, estas Instituições a referir-se a um processo sistemático de recolha, comparação e comunicação de uma lista atual de toda a medicação de um doente, pois, o contrário de outros países, em Portugal não está ainda implementada a RecM, como processo sistemático, seja em ambiente hospitalar, seja nos cuidados primários ou continuados; menos ainda, como se compreenderá, nas ERPIs, pertencentes ao setor social e não sendo Instituições do setor da saúde. Para a ocorrência destas respostas talvez tenha contribuído a nossa questão não esclarecer cabalmente o conceito de RecM, tendo sido referido no questionário que a reconciliação era entendida como a recolha de informação aquando da transferência do residente entre unidades de cuidados de saúde,

serviços ou hospitais, de modo a construir uma lista atual e completa da medicação do residente; não especificámos no nosso questionário que este é um processo sistemático de recolha, comparação e comunicação de uma lista rigorosa e atual de toda a medicação de um doente.

Apenas se prevê a implementação de práticas seguras no âmbito da RecM, em Portugal a partir de 2018, depois de até 2017 haver desenvolvimento de sistema de informação para a reconciliação terapêutica das Instituições do Serviço Nacional de Saúde. (Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro).

Já noutros países como os Estados Unidos (AHRQ, 2012), Austrália (Australian Government – Department of Health and Ageing, 2012), Nova Zelândia (New Zealand Ministry of Health, 2011) esta prática está implementada e consolidada. Caso paradigmático é o Canadá em que a RecM é um requerimento obrigatório para a Acreditação Instituições para pessoas idosas, desde 2008 (Stall et al., 2015).

Em relação aos profissionais intervenientes neste processo de RecM, verificámos que o enfermeiro tem uma intervenção tão significativa quanto o médico: ambos fazem a reconciliação da medicação sozinhos em 30,8% das ERPIs ou estes dois profissionais em conjunto 33,3%, o que nos parece uma boa prática de trabalho multidisciplinar, sendo que o médico também é coadjuvado por um Técnico Superior de Serviço Social em 2,6% ERPIs. Já em relação ao facto de numa Instituição (2,6%) ser a ajudante de ação direta, sozinha, a executar a reconciliação da medicação, nos parece uma intervenção que estará para além das competências técnicas desta profissional. Poderá em todo o caso ter sido mal percecionada a questão, pelo motivo exposto acima.

Frequentemente o processo de RecM tem uma responsabilidade partilhada por profissionais de saúde: enfermeiros, farmacêuticos hospitalares ou comunitários, médicos e outros, em colaboração com os doentes e seus familiares (Santos & Domingos, 2013). Assim, em diferentes cenários em hospitais há diferentes responsáveis; hospitais existem em que só o médico é responsável por indicar quais os medicamentos que foram descontinuados, e, noutros cenários, é o enfermeiro ou farmacêutico que deverá entrar em contato com o médico do doente se há qualquer falha ou dúvida na medicação na pré-admissão. (IHI, 2011).

É importante que as organizações assegurem que a RecM seja levada a cabo por profissionais de saúde com treino e competências em comunicação eficaz, conhecimentos técnicos dos processos de gestão da medicação e conhecimento terapêutico de medicamentos (NICE, 2015). Isto mesmo é corroborado, de uma forma genérica, pela Federação Internacional Farmacêutica (FIP) e World Health Organization (WHO) (2010, p. 20), nas normas conjuntas para as Boas Práticas de Farmácia elaboradas por estes dois Organismos:

“Os farmacêuticos devem garantir uma continuidade de cuidados através da transferência de informação relativa à terapêutica medicamentosa do doente entre os diversos setores de prestação de cuidados de saúde pelos quais este passa.”

Em relação à **revisão da medicação** apurámos no nosso estudo a periodicidade da mesma e o(s) interveniente(s) neste processo. A RevM, só se efetua em 74,4% das ERPIs, e, de entre estas, tem uma periodicidade muito variável que vai de semanal (5,1%) a anual (7,7%), sendo a frequência bianual a mais prevalente (30,8%).

Entendemos que este conceito possa ter sido mal percecionado pelos respondentes quando é referida a periodicidade semanal, quinzenal ou mesmo mensal, embora no questionário se explicitasse que *Esta revisão da medicação não é uma revisão da prescrição médica. Trata-se de um processo sistemático e documentado de avaliação do uso de todos os medicamentos do residente com o objetivo de garantir que os medicamentos são corretamente utilizados e conservados*. De facto, estas periodicidades tão frequentes são improváveis numa revisão da medicação (de nível 2 ou 3); o conceito de RevM é, de facto, ambíguo e permite diferentes leituras e equívocos.

É o médico o principal interveniente na RevM (46,2%), mas o enfermeiro, sozinho (12,8%) ou a coadjuvar o médico (15,4%) também tem aqui um papel significativo.

A revisão periódica da medicação em Instituições de terceira idade é uma solução já posta em prática em vários países como a Suíça e a Holanda (Campos, 2014), bem como na Noruega, onde existe a figura de *nursing home pharmacist*, o profissional com experiência e interesse em farmacoterapia geriátrica (Ruths, Straand & Nygaard, 2003) ou na Irlanda, onde a RevM nos lares é feita em intervalos regulares e os achados

revisos documentados no pano de cuidados dos residentes (Health Information and Quality Authority, 2016).

Em Portugal, contudo, “a revisão periódica da medicação dos idosos ainda é um caminho por fazer” Filipa A. Costa (2014) citada por Campos (2014, p. 8).

Vários estudos dão-nos conta da necessidade e dos benefícios do exercício regular da RevM. A título de exemplo, referimos um grande estudo sobre RevM realizado em 14 lares com 330 utentes, em Manchester, conduzido por farmacêuticos, que mostrou que eram necessárias modificações ao tratamento para a metade dos medicamentos prescritos; a recomendação mais frequente (47%) era parar a medicação e em dois terços destes casos não houve indicação para a prescrição do medicamento (Furniss et al., 2000). Este estudo permitiu concluir que com a RevM feita pelo farmacêutico é possível reduzir o número de medicamentos inapropriados nos idosos, o que pode ser custo-efetivo para o serviço nacional de saúde inglês (Furniss, et al., 2000).

Finalmente, propomos um modelo de folha de registo da RevM (Anexo VI), que elaborámos com base no modelo apresentado pelo (NHS Cumbria (2013).

Em relação à **notificação** de RAMs só 10% das ERPIs referem ter alguma vez notificado, o que não é de surpreender, pois é apontado cronicamente pelo INFARMED a subnotificação de RAMs. Nós não questionámos qual o profissional que notificou. Conforme referido no Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - em Portugal, tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis on line, as RAMs (no Portal RAM, disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt)) e os incidentes (no Notific@, disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)) que ocorrem numa instituição de saúde e que envolvam a medicação.

Mais preocupante é que em 36% das ERPIs não é conhecido o Sistema Nacional de Farmacovigilância, o qual já conta, em Portugal com 24 anos de existência. Fazemos notar que os farmacêuticos comunitários estão desde 1995 integrados na notificação de RAMs, ao contrário de outros profissionais, como os enfermeiros que apenas se iniciaram em 2000. Mais uma vez, também aqui, os serviços farmacêuticos não saíram do espaço da farmácia.

Em relação à **vacinação**, verificamos uma baixa taxa de cobertura vacinal para qualquer das vacinas recomendadas para a população idosa: Tétano, Difteria e Pertussis (apenas 74,4% das Instituições o fazem), para a gripe 66,7%, contra o pneumococos 51,3% e para o Herpes Zoster apenas 10,3% das Instituições o fazem. E isto apesar de Portugal ter sido escolhido pela FIP como exemplo de boas práticas de intervenção das farmácias em relação à vacinação. No Global Report da FIP, recentemente publicado, e dedicado ao papel da intervenção farmacêutica na administração de medicamentos, em particular em relação à vacinação, em 11 diferentes países a nível mundial, é salientado que em Portugal, os farmacêuticos estão envolvidos ativamente em iniciativas de promoção da imunização; estima-se que, desde 2007, quando se iniciou a administração de injetáveis nas farmácias comunitárias, mais de 1,3 milhões de portugueses tenham sido vacinados nas farmácias. (FIP, 2016). Ora, este serviço de saúde pública só é prestado no seio das farmácias comunitárias e não é permitido legalmente fora das mesmas, pelo que não é o farmacêutico que se desloca aos lares, mas os utentes que são capazes de se deslocar às farmácias que são *elegíveis* para a administração das vacinas pelo farmacêutico. Seria interessante que este serviço pudesse ser deslocalizado até aos lares. Seria mais um profissional de saúde a participar ativamente na promoção da saúde e prevenção da doença junto deste grupo vulnerável constituído pelos idosos institucionalizados. Isto mesmo é promovido em Inglaterra, país no qual existe a prática de vacinação sazonal contra a gripe junto dos lares por parte dos farmacêuticos (NHS, s.d.).

Já em Portugal, no Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas do Instituto da Segurança Social, I.P. (2005, p. 63) não é esquecida a promoção da saúde e prevenção da doença nas ERPIs, onde é especificado que “A estrutura residencial deve ter planos elaborados e implementados para a prevenção e controlo de situações que podem afetar os residentes”, especificando, entre outros, a imperiosidade de ter programas de vacinação dos residentes e colaboradores.

Há que reconhecer que este estudo apresenta **limitações**, nomeadamente o tamanho da amostra, que não nos permitiu relacionar algumas variáveis e tornou impossível a determinação das características psicométricas das variáveis relativas à área deste estudo. Reconhecemos também que algumas questões deveriam ser reformuladas/melhor clarificadas (a da monitorização da terapêutica, da reconciliação e a da revisão), pelo que os resultados obtidos nas mesmas devem ter uma leitura com ressalvas, essencialmente a da reconciliação da terapêutica. Obtivemos também pouca

informação sobre o uso de tecnologias de informação e de materiais de suporte, ficando omissa esta questão em várias fases do circuito da medicação, como na aquisição e dispensa (até que ponto é utilizado como suporte à intervenção profissional do farmacêutico o Sifarma 2000 e o Sifarma Clássico (Associação Nacional de Farmácias, 2007)) e na distribuição/preparação em que não questionámos acerca do uso dos sistemas de dispensação. Apurámos ainda uma caracterização grosseira dos residentes das ERPIs nos aspetos atinentes à magnitude da polimedicação e do seu grau de autonomia.

Contudo e, apesar de todas as limitações encontradas na realização deste trabalho, julgamos poder concluir que os objetivos deste estudo foram na generalidade alcançados, uma vez que conseguimos fazer um diagnóstico da gestão da medicação nas ERPIs, identificando as principais práticas e quais os intervenientes no circuito da medicação nestas Instituições, bem como os problemas relacionados com a gestão da medicação.

O nosso estudo abriu-nos perspectivas para investigação futura na área da revisão e da reconciliação da terapêutica no doente idoso, com o objetivo de criar instrumentos, a nível nacional, para a implementação sistemática destas práticas em torno da medicação do idoso polimedicado.

O nosso estudo permitiu-nos reconhecer a necessidade de formação pré e pós-graduada ao nível do desenvolvimento de competências específicas para o cuidado do doente geriátrico por profissionais de saúde com intervenção na gestão da medicação nas ERPIs, de forma a melhorar a efetividade dos programas de intervenção em idosos, como os de revisão, reconciliação e prescrição, a que não pode ser alheio o uso de novas tecnologias, as quais permitirão identificar os problemas relacionados com a medicação (Fernández-Liz, 2013) , promovendo assim a segurança na medicação dos idosos.

Igualmente, consideramos que deve ser promovida formação de base para os cuidadores formais de idosos, essencialmente ajudantes de ação direta, em medicamentos e sua utilização, ainda que a sua descrição de funções os desencoraje a prestar assistência com a medicação (Department of Health, 2001).

Consideramos, finalmente, que devem ser criados normativos legais, referenciais técnicos e de sistemas de qualidade acerca da gestão da medicação nas ERPIs com definição de papéis e responsabilidades dos intervenientes na gestão da medicação.

## 9. CONCLUSÃO

Os resultados obtidos permitem-nos chegar às seguintes conclusões, de acordo com os objetivos a que nos tínhamos proposto:

- a) Há uma pequena franja de profissionais estritamente pertencentes à área da saúde no Quadro das ERPIs.
- b) Os enfermeiros são os principais responsáveis pela gestão da medicação e são intervenientes em todas as fases do circuito da medicação nas ERPIs.
- c) Há intervenientes no processo do uso do medicamento sem competências em gestão da medicação, nomeadamente psicólogos, técnicos superiores de serviço social, fisioterapeutas e ajudantes de ação direta.
- d) Cerca de  $\frac{3}{4}$  dos residentes são polimedicados com mais de 5 medicamentos.
- e) É frequente a renovação da receita sem consulta médica.
- f) Há um significativo uso das tecnologias de informação no apoio à prescrição, mas não na transcrição da prescrição, na distribuição ou na administração da medicação.
- g) Há um elevado grau de fidelização da aquisição da medicação à mesma farmácia comunitária, sendo frequente a compra de medicação crónica antes da renovação da receita médica.
- h) Existe local próprio de armazenamento de medicamentos com identificação do utente, bem como a segregação de medicamentos com prazo de validade expirado e o encaminhamento próprio em todas as Instituições. Contudo, os estupecientes nem sempre têm um local próprio; há falta de registo no controlo dos prazos de validade em mais de metade das ERPIs e em quase metade das ERPIs há ausência total de registo das condições de temperatura e humidade do local de armazenamento dos medicamentos, havendo mesmo ausência de frigorífico destinado exclusivamente ao armazenamento de medicamentos em várias Instituições.
- i) A preparação da medicação na maioria das ERPIs é feita com perda da rastreabilidade da medicação, sendo maioritariamente feita com uma periodicidade semanal.
- j) Os registos relativos à medicação estão essencialmente centralizados no modelo de folha farmacoterapêutica, próprio de cada ERPI, a qual é usada, em todas as Instituições, na transição de cuidados a acompanhar o residente, mas subutilizada na preparação da medicação.
- k) Há um elevado registo das falhas no uso da medicação em relação aos 5 Rs da administração de medicamentos, sendo a omissão da toma a falha mais frequente.

- l) A reconciliação da medicação é feita sempre na grande maioria das ERPIs, aquando da transferência do utente entre unidades de cuidados de saúde, serviços ou hospitais.
- m) A revisão da medicação, realizada com uma periodicidade muito variável, é efetuada em  $\frac{3}{4}$  das Instituições.
- n) É desconhecido o Sistema Nacional de Farmacovigilância, pela maioria dos respondentes pelo que a taxa de notificação de RAMs é insignificativa.
- o) Há uma baixa taxa de cobertura vacinal nos lares estudados para qualquer das vacinas recomendadas para a população idosa.

Este estudo permitiu-nos concluir que há necessidade de estabelecimento de normas rigorosas na gestão da medicação nas ERPIs definidas por profissionais com competências no medicamento, com definição do papel de cada interveniente no circuito da medicação das ERPIs.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, R. (2015). Reconciliação de Terapêutica. *Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca*, 3(1), pp. 35-36.
- Agência Nacional para a Qualificação e o Ensino Profissional, I.P. (s.d.). *Perfil Profissional - Assistente familiar e de apoio à comunidade*. Obtido em 25 de 09 de 2016, de Catálogo Nacional de Qualificações: <http://www.catalogo.anqep.gov.pt/>
- Aguiar, A. H. (2012). *Farmacêuticos 2020 - Os desafios da próxima década*. (Hollyfar, Ed.)
- AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. (2012). *Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) Toolkit for Medication Reconciliation*.
- Alves, C., Craveiro, N., & Batel Marques, F. (set/dez de 2010). O papel do farmacêutico na farmacovigilância. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 95, pp. 3-4.
- Arca, B. R. (2007). Apoio familiar e institucional à pessoa idosa. In A. R. Osório, & F. C. Pinto, *As pessoas idosas* (pp. 269-280). Lisboa: Instituto Piaget.
- Associação Nacional de Farmácias. (2007). *Intervenção farmacêutica no Idoso - Medicamentos e o Idoso - Guia Prático* (1ª ed., Vol. I). Lisboa: Associação Nacional das Farmácias.
- Australian Government – Department of Health and Ageing. (2012). *Guiding principles for medication management in residential aged care facilities*. Obtido em 25 de 06 de 2015, de [www.health.gov.au](http://www.health.gov.au)
- Baldoni, A. d., Ayres, L., Martinez, E., Dewulf, N., Santos, V., & Pereira, L. (2014). Factors associated with potentially inappropriate medications use by elderly according to Beerts criteria 2003 e 2012. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 36, pp. 316-324.
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, C. S., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Baptista, M. I., & Moreira, M. J. (2014). *Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa (1950-2011): evolução e perspectivas*. Lisboa: Francisco Manuel dos Santos.
- Baptista, A. L. (18 de 05 de 2013). Polimedicação a "doença do saco". *Público*, 47.
- Barber, N. D., Alldred, D. P., Raynor, D. K., Dickinson, R., Garfield, S., Jesson, B., . . . Zermansky, A. (2009). Care homes' use of medicines study: prevalence, causes

- and potential harm of medication errors in care homes for older people. *Qual Saf Health Care*, 18, pp. 341–346.
- Bastos, J. P. (07 de março de 2015). Demografia: Número de idosos em Portugal vai duplicar nos próximos 40 anos. *Expresso*, 25.
- Bernal, E. F., Corral, J. M., & Villardón, P. G. (2011). Factores asociados a la polifarmacia en población anciana no institucionalizada. Análisis de la submuestra de la Enquesta Nacional de Salud 2006 para personas mayores de Castilla e León. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(6), pp. 303-306.
- Biron, A. D., Lavoie-Tremblay, M., & Loiselle, C. (dez de 2009). Characteristics of Work Interruptions During Medication Administration. *Journal of Nursing Scholarship*, 41, pp. 330-336.
- Brulhart, M. I., & Wermeille, J. P. (2011). Multidisciplinary medication review: evaluation of a pharmaceutical care model for nursing homes. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 33, pp. 549-557.
- Campbel, S. E., Seymou, D., & Primrose, W. (2004). A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age and Ageing*, 33, pp. 110-115.
- Campos, A. (06 de 11 de 2014). Idosos que vivem em lares tomam mais de dez medicamentos por dia. *Público*, 8.
- Carlson, J. (1996). Perils of polypharmacy: 10 steps to prudent prescribing. *GERIATRICS*, 51(7), pp. 26-35.
- Carrondo, A. P. (set/dez de 2010). Monitorização Terapêutica de Farmácos. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 95.
- Carvalho, M. I. (2012). *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cassiani, S. H. (jan-fev de 2005). A segurança do paciente e o paradoxo no uso de medicamentos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(1), pp. 95-99.
- Chhabra, P. T., Rattinger, G., Dutcher, S., Hare, M., Parsons, K., & Zuckerman, I. (jan-fev de 2012). Medication reconciliation during the transition to and from long-term care settings: A systematic review. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, pp. 60-75.
- Colégio da Especialidade em Farmácia Hospitalar, Ordem dos Farmacêuticos. (1999). *Farmácia Hospitalar - Boas Práticas*.

- Comissão Setorial para a Saúde - CS/09 do Instituto Português da Qualidade. (11 de dezembro de 2014). Recomendação da Comissão Setorial para a Saúde. *Gestão da Medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPI)*. Lisboa.
- Conselho Executivo da Farmácia Hospitalar. Ministério da Saúde. (2005). *Manual de Farmácia Hospitalar*.
- Costa, F. A., Periquito, C., Carneiro, M., Costa, P., Fernandes, A., & Cavaco-Silva, P. (jun de 2014). Potentially inappropriate medications in a sample of Portuguese nursing home residents: Does the choice of screening tools matter? *International Journal of Clinical Pharmacy*, pp. 1-9.
- Couteur, D. L., Banks, E., Gnjidic, D., & McLachlan, A. (dec de 2011). Deprescribing. *Australian Prescriber*, 34(6), pp. 182-185.
- Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. (s.d.). *Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. (S. e.-S. República Portuguesa - Trabalho, Ed.) Obtido em 25 de 08 de 2016, de SNS - Serviço Nacional de Saúde: [www.sns.gov.pt](http://www.sns.gov.pt)
- Department of Health. (março de 2001). *Medicines and Older People: Implementing medicines-related aspects of the NSF for Older People*. Obtido em 17 de 06 de 2016, de Health in Wales: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/>
- Dias, I., & Rodrigues, E. V. (2013). Demografia e Sociologia do Envelhecimento. In C. Paúl, & Ó. Ribeiro, *Manual de Gerontologia - Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 179-201). Lisboa: LIDEL.
- Donatelli, N. S., & Somes, J. (setembro de 2013). Beers List: What's not on "Tap" for the order adult. *Geriatric Update*, 39, N° 5, pp. 491-494.
- Dwyer, L. L., Han, B., Woodwell, D., & Rechtsteiner, E. (feb. de 2010). Polypharmacy in nursing home residents in the United States: Results of the 2004 National Nursing Home Survey. *Am J Geriatr Pharmacother.*, 8(1), pp. 63-72.
- Eurostat. (27 de november de 2015). People in the EU. *Eurostat Newsrelease 208/2015*. (E. P. Office, Ed.)
- Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. (out de 2012). *Reações Adversas a Medicamentos : Análise da base de dados do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SVIG) 2009-2011 Relatório Final*. Obtido em 20 de 08 de 2016, de INFARMED: <http://www.infarmed.pt/>
- Farmácia Distribuição - Noites da Ordem. (julho/agosto de 2015). Idosos institucionalizados estão mal medicados. *Farmácia Distribuição*, pp. 54-56.

- Faustino, C., Martins, M., & Jacob-Filho, W. (9 de 2011). Medicamentos potencialmente inapropriados prescritos a pacientes idosos ambulatoriais de clínica médica. *einstein*, pp. 18-23.
- Federico, F. (2016). *Improvement Stories The Five Rights of Medication Administration*. Obtido em 13 de set de 2016, de Institute for Healthcare Improvement: <http://www.ihi.org/>
- Fernández-Liz, E. (2013). ¿Cómo revisar la medicación en los pacientes pluripatológicos? *Aten Primaria*, 45(5), pp. 233-234.
- Ferreira, A. J. (2014). Demografia e Epidemiologia do envelhecimento. In M. T. Veríssimo, *Geriatría fundamental - Saber e praticar* (pp. 59-64). Lisboa: LIDEL.
- Figueiredo, I. V., Castel-Branco, M., Fernandez-Limós, F., & Caramona, M. (abril/jun de 2014). O farmacêutico clínico - a evidência da sua intervenção. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 111.
- FIP e WHO. (2010). *Normas conjuntas FIP/OMS para as boas práticas de farmácia: diretrizes para a qualidade dos serviços farmacêuticos*.
- FIP- International Pharmaceutical Federation. (2016). *An overview of current pharmacy impact on immunisation - A global report 2015*.
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação da Concepção à Realização* (3ª edição ed.). Lisboa: Lusociência – Edições.
- Freire, C., & Nunes, A. M. (1994). Farmacovigilância em Portugal. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 1, p. 21.
- Furniss, L., Burns, A., Craig, S. L., Scobie, S., Cooke, J., & Faragher, B. (2000). Effects of a pharmacist's medication review in nursing homes. *British Journal of Psychiatry*, 176, pp. 563-567.
- Galvão, C. (2006). O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clin Geral*, 22, pp. 747-752.
- Garfinkel, D., Ilhan, B., & Bahat, G. (dec de 2015). Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 6(6), pp. 212-233.
- Gavilán-Moral, E., Villafaina-Barroso, A., Jiménez-de Gracia, L., & Santana, M. G. (2012). Ancianos frágiles polimedicados: ¿ es la deprescripción de medicamentos la salida? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47(4), 162-167.
- Gawande, A. (2015). *Ser Mortal* (1ª ed.). (T. Ganho, Trad.) Alfragide: Lua de papel.

- GERMI - Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (s.d.). *Vacinação da população idosa em Portugal - Recomendações Europeias*. Obtido em 25 de 10 de 2015, de SPMI - Sociedade Portuguesa de Medicina Interna: <http://www.spmi.pt/>
- Giovagnoli, M., Uema, S. A., & Vega, E. (2013). Cambios en el sistema de distribución de medicamentos en un hogar de ancianos: análisis sobre el consumo de medicamentos y errores de medicación. *Ars Pharmaceutica*, 54(2), pp. 29-38.
- Gomes, A. (2011). *Envelhecimento - Memórias da Velhice / Pelas Terras do Sempre e do Nunca*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia.
- Gomes, H. O., & Caldas, C. P. (jan-jun de 2008). Uso inapropriado de medicamentos pelo idoso: polifarmácia e seus efeitos. *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ, Ano 7*, pp. 88-99.
- Gorard, D. A. (2006). Escalating polypharmacy. *Q J Med*, v. 99, n°11, pp. 797-800.
- Gorzoni, M., Fabri, R., & Pires, S. (2012). Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*, 58(4), pp. 442-446.
- Goulart, L. S., Carvalho, A. C., Lima, J. C., Pedrosa, J. M., Lemos, P. L., & Oliveira, R. B. (2014). Consumo de medicamentos por idosos de uma unidade básica de saúde de Rondonópolis/MT. *Estud. interdiscipl. envelhec.*, v.19, n°1, pp. 79-94.
- Grahame-Smith, D. G., & Aronson, J. K. (2002). *Oxford textbook of clinical pharmacology and drug therapy*. Oxford University Press.
- Grupo REDFASTER, SEFH- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. (2012). *Guia para la Conciliación de los medicamentos en los servicios de urgencias*. Obtido em 18 de 07 de 2016, de <http://www.fasterweb.es>
- Guerra, S., & Sousa, L. (2014). Apoio social à pessoa idosa. In M. T. Veríssimo, *Geriatría fundamental - Saber e praticar* (pp. 385-393). Lisboa: LIDEL.
- Guirado, E. A., Parrondo, C. D., Gartzia, N. I., Massot, M. M., Morgado, D. P., Palomar, G. R., & Martí, I. R. (2012). Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. *SEFAP - Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria*.
- Hajjar, E., Cafiero, A., & Hanlon, J. (2007). Polypharmacy in elderly patients. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 5, pp. 345-351.
- Health Information and Quality Authority. (2016). *National Quality Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland*. Obtido em 18 de 07 de 2016, de <http://www.hiqa.ie>

- HelpAge International. (2015). *Índice Global AgeWatch 2015: Sumário executivo*.  
Obtido em 30 de 08 de 2016, de Helpage.org: <http://www.helpage.org/global-agewatch>
- Hepler, C. D., & Strand, L. (mar de 1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, pp. 533-543.
- Hughes, C. M., & Lapane, K. (april de 2015). Administrative Initiatives for Reducing Inappropriate Prescribing of Psychotropic Drugs in Nursing Homes: How Successful Have They Been? *Drugs and Aging*, 22, pp. 339-351.
- Hughes, C. M., & Lapane, K. L. (2011). Pharmacy interventions on prescribing in nursing homes: from evidence to practice. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 2(3), pp. 103-112.
- Hughes, C., Lapane, K., & Kerse, N. (2011). Prescribing for older people in nursing homes: challenges for the future. *International Journal of Older People Nursing*, pp. 63-70.
- Iglésias-Ferreira, P. (jan-março de 2013). Consulta Farmacêutica de Revisão da Medicação. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 106.
- Iglésias-Ferreira, P., & Santos, H. J. (maio/jun de 2009). Dispensação clínica de medicamentos. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, p. 89.
- Institute for Healthcare Improvement. (2011). *How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation*.
- Instituto da Segurança Social, I.P. . (2011). *Manual de processos chave - Estrutura Residencial para Idosos*. Obtido de seg social.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2005). Manual de Boas Práticas. Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas. Para dirigentes, profissionais, residentes e familiares.
- Instituto da Segurança Social, I.P. (2007). Modelo de Avaliação da Qualidade das Estruturas Residenciais para Idosos.
- Instituto Nacional de Estatística. (30 de dez de 2015). *Destaque à Comunicação Social - Anuário Estatístico de Portugal 2014*. Obtido em 01 de 02 de 2016, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística. (13 de maio de 2016). *Destaque à Comunicação Social - Rendimento e Condições de Vida 2015*. Obtido em 10 de junho de 2016, de Portal do Instituto Nacional de Estatística: [www.ine.pt](http://www.ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística, I.P. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa.

- Jacob, L. (2012). Respostas sociais para idosos em Portugal. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (pp. 129-147). Viseu: PsicoSoma.
- Joint Commission Resources & American Society of Health-System Pharmacists – ASHP. (2012). *Medication Reconciliation Handbook*.
- Lane, C. J., Bronskill, S., Dhalla, I., Anderson, G., Mamdani, M., S. Gill, S., . . . Rochon, P. (jun de 2004). Potentially Inappropriate Prescribing in Ontario Community-Dwelling Older Adults and Nursing Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(6), pp. 861-866.
- Lee, C. Y., George, J., Elliott, R., Chapman, C., & Stewart, K. (2011). Exploring Medication Risk among Older Residents in Supported Residential Services: A Cross-Sectional Study. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 41, N° 2.
- Lima, T., Garbin, C., Garbin, A., Sumida, D., & Salida, O. (2013). Potentially inappropriate medications used by the elderly: prevalence and risk factors in Brazilian care homes. *BMC Geriatrics*, 13:52, pp. 1-7.
- López-Picazo, J. J., Ruiz, J., Sánchez, J., Ariza, Á., & Aguilera, B. (2011). Escala de peligro para interacción grave: una herramienta para la priorización de estrategias de mejora en la seguridad de la prescripción en medicina de familia. *Atención Primaria*, 43(5), 254-262.
- Lucchetti, G., Granero, A. L., Pires, S. L., & Gorzoni, M. L. (2010). Fatores associados à polifarmácia em idosos institucionalizados. *Rev Bras Geriatr Gerontol.*, 13(1), pp. 51-58.
- Luz, H. R. (2014). Sociologia do envelhecimento. In M. T. Veríssimo, *Geriatrics fundamental - Saber e praticar* (pp. 65-73). Lisboa: LIDEL.
- Maria, V. A. (2003). *Farmacovigilância em Portugal*. (I. -I. Medicamento, Ed.)
- Marques, S. (2011). *Discriminação da Terceira Idade*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Martin, I., & Brandão, D. (2012). Políticas Sociais para a Terceira Idade. In C. Paúl, & Ó. Ribeiro, *Manual de Gerontologia - Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento* (pp. 273-287). Lisboa: LIDEL.
- Marto, J., Salgado, A., & Almeida, A. (2011). Formas sólidas alternativas para administração oral em pediatria. *Rev Port Farmacoterapia*, 3, pp. 154-164.
- Medeiros-Souza, P., Santos-Neto, L., Kusano, L. T., & Pereira, M. G. (2007). Diagnóstico e controle da polifarmácia no idoso. *Rev. Saúde Pública*, 41(6), pp. 1049-1053.

- Medicines and Older People - Implementing medicines-related.* (2001). Obtido em 17 de 07 de 2016, de <http://www.wales.nhs.uk>
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2001). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos 2000*. Lisboa: DEPP- Departamento de Estudos, Prospetiva e Planeamento.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2009). *A dependência: o apoio informal, a rede de serviços e equipamentos e os cuidados continuados integrados*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP).
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2014). *Carta Social*. Obtido em 06 de dezembro de 2015, de <http://www.cartasocial.pt/>
- Momblona, J. S., Martínez, H., Ferrer, G., Martínez, S., Illamola, M., & Montal, L. (2011). Aplicación de los nuevos criterios de prescripción inadecuada STOPP-START a pacientes geriátricos institucionalizados. *Farmacéuticos de Atención Primaria*, 9(1), 2-7.
- Moodabe, K. (aug de 2001). Drug-related mortality and morbidity - the elderly at risk. *New Zeal Fam Physician*, 28(4), pp. 272-278.
- Mosca, C., & Correia, P. (Janeiro/Junho de 2013). O medicamento no doente idoso. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, II N.º 1, pp. 75-81.
- Nacional Prescribing Center. (s.d.). *Medicines Reconciliation : a Guide to Implementation*.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) & National Patient Safety Agency (NPSA). (2007). *Technical patient safety solution for medicines reconciliation on admission of adults to hospital*.
- National Service Framework. (2001). (D. o. Health, Ed.) Obtido em 06 de 01 de 2016, de Medicines for older people: Implementing medicines-related aspects of the NSF for Older People.
- Nazarko, L. (set de 2007). Managing medication. *Nursing & Residential Care*, 9(9), pp. 434-437.
- New Zealand Ministry of Health. (2011). *Medicines Care Guides for Residential Aged Care*. Obtido em 17 de 07 de 2016, de <https://www.health.govt.nz>
- NHS Cumbria. (2013). *Clinical Medication Review - A Practice Guide*. Obtido em 20 de 08 de 2016, de <http://www.cumbria.nhs.uk/>
- NHS. (s.d.). *Flu Vaccination – providing the service in care homes*. Obtido em 31 de 08 de 2016, de PSNC - Pharmaceutical Service Negotiating Committee:

<http://psnc.org.uk/services-commissioning/advanced-services/flu-vaccination-service/flu-vaccination-providing-the-service-in-care-homes/>

- NHS. (s.d.). *Good Practice Guidance for Care Homes Seasonal Flu vaccination for residents*. Obtido em 31 de 08 de 2016, de [www.buckscc.gov.uk/media/3413111/influenza-vaccines-in-care-homes-good-practice.pdf](http://www.buckscc.gov.uk/media/3413111/influenza-vaccines-in-care-homes-good-practice.pdf)
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Managing medicines in care homes NICE good practice guideline draft for consultation*. Obtido em 25 de 08 de 2016, de [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)
- NICE – National Institute for Health and Care Excellence. (04 de mar de 2015). *Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes*. Obtido em 26 de 08 de 2016, de NICE – National Institute for Health and Care Excellence: [nice.org.uk/guidance/ng5](http://nice.org.uk/guidance/ng5)
- Nunes, A. M., & Lima, A. (1995). Farmacovigilância em Portugal: o papel do farmacêutico de oficina. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 6, pp. 22-23.
- Nunes, L., & Menezes, O. (2014). *O Bem estar, a Qualidade de Vida e a Saúde dos Idosos*. Lisboa: Caminho.
- Ordem dos Farmacêuticos - Conselho Nacional da Qualidade. (2009). *Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF)* (3ª ed.).
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *The High 5s Project Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care: Medication Reconciliation*.
- Osswald, W. (2001). Prescrição de medicamentos a doentes idosos. In W. Osswald, *Terapêutica Medicamentosa e suas Bases Farmacológicas* (4ª ed., pp. 1149-1156). Porto: Porto Editora.
- Parsons, C., Alldred, D., Daiello, L., & Hughes, C. (2011). Prescribing for older people in nursing homes: strategies to improve prescribing and medicines use in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, pp. 55-62.
- Parsons, C., Lapane, K., Kerse, N., & Carmel, H. (2011). Prescribing for older people in nursing homes: a review of key issues. *International Journal of Older People Nursing*, pp. 45-54.
- Penteado, P., Cunico, C., Oliveira, K., & Polichuk, M. (jan-jun de 2002). O uso de medicamentos por idosos. *Visão Acadêmica*, V.3,n.1, pp. 35-42.
- Pepper, G. (2004). Pesquisas em segurança na administração de medicamentos. In S. H. Cassiani, *A segurança dos pacientes na utilização da medicação* (1ª ed., pp. 93-109). São Paulo: Editora Artes Médicas Ltda.

- Pepper, G. A. (1995). Errors in drug administration by nurses. *American Journal of Health System Pharmacy*, 52, pp. 390-395.
- Pereira, F. (2012). Sistemas de apoio aos idosos em Portugal. In F. Pereira, *Teoria e Prática da Gerontologia . Um Guia Para Cuidadores de Idosos* (pp. 119-128). Viseu: PsicoSoma.
- Pereira, G. (18 de 05 de 2013). ARS Norte não quer que idosos tomem mais do que cinco medicamentos. *Jornal de Notícias*, 9.
- Periquito, C. M., Silva, P. C., Oliveira, P., Carneiro, C., Fernandes, A., & Costa, F. A. (2014). Revisão da medicação em idosos institucionalizados: aplicação dos critérios STOPP e START. *Rev Port Farmacot*, 6, pp. 211-220.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Pinto, I. C., Nascimento, L., Pereira, F., Azevedo, J., & Pereira, S. (2014). Polimedicação em idosos institucionalizados em lares do norte de Portugal. 2º Congresso Mundial de Investigação em Saúde. Viseu: Instituto Politécnico de Bragança.
- Population Clock*. (s.d.). Obtido em 28 de 05 de 2016, de Census Bureau United States: [www.census.gov](http://www.census.gov)
- Pordata*. (2014). Obtido em 23 de 10 de 2015, de Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo: [www.pordata.pt](http://www.pordata.pt)
- Qmentum Quarterly: Quality in Health Care. (2012). Medication Management. *Qmentum Quarterly: Quality in Health Care, Vol.4 N. 2*.
- Ramos, C. C., & D. A. (dezembro de 2010). Prevalência da politerapia a partir da avaliação de prescrições médicas. *Acta Biomédica Brasiliensia, Volume 1, nº 1*, pp. 1-9.
- Rosa, M. A. (2011). *O circuito do medicamento nos lares de idosos*. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas sob orientação da Prof. Doutora María Eugenia Gallardo Alba, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde.
- Rosa, M. J. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. J., & Chitas, P. (2013). *Portugal e a Europa: os Números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, R. P., & Pereira de Bragança, F. (2003). Monitorização de Reações Adversas Medicamentosas. In V. A. (coord), *Farmacovigilância em Portugal* (pp. 111-136). INFARMED- Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.

- Ruths, S., Straand, J., & Nygaard, H. (2003). Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study. *Qual Saf Health Care*, 12, pp. 176–180.
- Sánchez, O., López, I., Monjo, M., & Soler, G. (2008). Conciliación de la medicación: asumamos la responsabilidad compartida. *Farm Hosp.*, 32(2), pp. 63-64.
- Santos, A. P., & Domingos, S. (jan-fev de 2012). Contributos da reconciliação terapêutica para a segurança do doente - Intervenção de uma equipa multidisciplinar num hospital português. *Mundo Farmacêutico*, pp. 52-53.
- Santos, A. P., & Domingos, S. (jan-mar de 2013). Reconciliação da medicação: um Conceito aplicado ao Hospital. *Revista da Ordem dos Farmacêuticos*, 106.
- Santos, M., & Almeida, A. (dezembro de 2010). Polimedicação no idoso. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 2*, pp. 149-162.
- Segurança Social. (2007). *Estrutura residencial para idosos - Modelo de Avaliação da Qualidade*. Obtido em 60 de 06 de 2015, de [www.seg-social.pt](http://www.seg-social.pt)
- Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. (2013). Conciliación de la medicación. *INFAC - Información Farmacoterapéutica de la Comarca*, 21 N°10, pp. 68-74.
- Shaw, J., Seal, R., & Pilling, M. (2002). *Room for Review: A Guide to Medication Review: The Agenda for Patients, Practitioners and Managers*.
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP). (2012). *Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: Información al paciente, conciliación, revisión y adherencia*. Ala Oeste.
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). (2009). *Documento de Consenso en terminología y clasificación en conciliación*.
- Societat Catalana de Farmàcia Clínica. (2009). *Guía para la implantación de programas de Conciliación de la Medicación en los centros sanitarios*.
- Society of Hospital Medicine . (2014). *Marquis Implementation Manual - A Guide for Medication Reconciliation Quality Improvement*.
- Sousa, S., Pires, A., Conceição, C., Nascimento, T., Grenha, A., & Braz, L. (2011). Polimedicação em doentes idosos: adesão à terapêutica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, pp. 176-182.
- Stall, N. M., Fischer, H., Wu, C., Bierman, A., Brener, S., Bronskill, S., . . . Bell, C. (jun de 2015). Unintentional Discontinuation of Chronic Medications for Seniors in Nursing Homes. *Medicine*, vol 94, num 25, pp. 1-8.

- Stedman Medical Dictionary. (1979). *Stedman Medical Dictionary* (23<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Steinman, M. A., Rosenthal, G. E., C Seth, L., Bertenthal, D., Sen, S., & Kaboli, P. (jan de 2007). Conflicts and Concordance Between Measures of Medication Prescribing Quality. *Medical Care*, *45*(1), pp. 95-99.
- Szczepura, A., Wild, D., & Nelson, S. (2011). Medication administration errors for older people in long-term residential care. *BMC Geriatrics*, *11*(82), pp. 1-10. Obtido em 25 de 08 de 2016, de [www.biomedcentral.com/1471-2318/11/82](http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/82)
- Tavares, J. P. (maio de 2012). 10 anos depois do dia internacional do idoso - Uma retrospectiva das políticas sociais para a pessoa idosa. *Sinais Vitais*, *102*, pp. 28-36.
- The King's Fund. (2013). *Polypharmacy and medicines optimisation Making it safe and sound*. Obtido em 17 de 08 de 2016, de <http://www.kingsfund.org.uk/>.
- Thomson M.S., G. A., Lee, M., Baril, J., Field, T., Gurwitz, J., & Rochon, P. (2009). Nursing time devoted to medication administration in long-term care: clinical, safety and resource implications. *Journal of the American Geriatrics Society*, *57*, pp. 266-272.
- Undela, K., Bansal, D., D'Cruz, S., Sachdev, A., & Tiwari, P. (s.d.). Prevalence and determinants of use of potentially inappropriate medications in elderly inpatients: A prospective study in a tertiary healthcare setting. *Geriatrics & Gerontology International*, *14*, pp. 251-258.
- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Orientações para o armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos*.
- Vaillancourt, R. (jan-feb de 2011). Pharmacists: the guardians of safe medication use. *Can J Hosp Pharm*, *64* (1), pp. 5-6.
- Verrue, C., Petrovic, M., Mehuys, E., Boussery, K., Sommers, A., Spinewine, A., . . . Vander Stichele, R. (may de 2011). Organization of the Medication Management Process in Belgian Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc*, *12*(4), pp. 308-311.
- Victorian Order of Nurses (VON) Canada. (2011). *Safer Healthcare Now! Medication Reconciliation in Homecare Pilot Project*. Canada.
- William E. Evans, Jerome J. Schentag, and William J. Jusko editors. (1992). *Applied pharmacokinetics: Principles of therapeutic drug monitoring*. Vancouver: Lippincott Williams & Wilkins.

- Williams, C. M. (15 de nov de 2002). Using Medications Appropriately in Older Adults. *American Family Physician*, 6(10), pp. 1917-1924.
- Wold, G. H. (2013). *Enfermagem Gerontológica* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- World Health Organization. (2002). *The Importance of Pharmacovigilance: Safety Monitoring of medicinal products*. Obtido em 20 de 08 de 2016, de World Health Organization: <http://apps.who.int/>
- Wright, K. (2014). The rules and regulations for medication management. *NRC - Nursing & Residential Care*, 16(4), pp. 232-235.

## **Legislação consultada**

Despacho n.º 15700/2012 de 10 de dezembro (2012). Aprova os modelos de receita médica. Diário da República II Série. N.º 238 (10-12-2012), 39247-39250.

Portaria n.º 137-A/2012 de 11 de maio (2012). Estabelece o regime jurídico a que obedecem as regras de prescrição de medicamentos, os modelos de receita médica e as condições de dispensa de medicamentos. Diário da República I Série. N.º 92 (11-05-2012), 2478-(2) – 2478(7).

Portaria n.º 67/2012 de 21 de março (2012). Define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas. Diário da República I Série. N.º 58 (21-03-2012), 1324-1329.

Decreto-Lei n.º 121 de 11 de julho (2008). Extingue carreiras e categorias cujos trabalhadores transitam para as categorias gerais. Diário da República I Série N.º 133 (11-07-2008), 4437-4403.

Portaria n.º 1429/2007 de 2 de novembro (2007). Define os serviços farmacêuticos que podem ser prestados pelas farmácias. Diário da República I Série. N.º 211 (02-11-2007), 7993.

Decreto-Lei n.º 307/2007 de 31 de agosto (2007). Estabelece o regime jurídico das farmácias de oficina. Diário da República I Série. N.º 168 (31-08-2007), 6083-6091.

Resolução da Assembleia da República n.º 64-A/2001 de 17 de outubro. Aprova, para ratificação, a Carta Social Europeia Revista, aberta à assinatura dos Estados-Membros do Conselho da Europa em Estrasburgo, em 3 de Maio de 1996, e assinada pela República Portuguesa nessa data. Diário da República I Série - A, 1.º Suplemento N.º 241 (17-10-2001), 6604-(2)-6604(28).

Decreto-Lei n.º 414/de 15 de outubro (1999) (revogado). Cria a carreira de ajudante de ação direta. Diário da República I Série – A N.º 241 (15-10-1999), 6967-6971.

Decreto-Lei n.º 141/89 de 28 abril (1989). Regulamenta as condições de exercício da profissão de ajudante familiar. Diário da República I Série. N.º 98 (28-04-1989), 1782-1785.

ANEXOS

## ANEXO I

Instrumento de recolha de dados

**"GESTÃO DA MEDICAÇÃO NAS ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA IDOSOS (ERPIS): AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES ESTRUTURAIS DAS ERPIS SEGUNDO RECOMENDAÇÃO DA COMISSÃO SETORIAL DA SAÚDE"**

O presente questionário insere-se numa investigação no âmbito do Mestrado Intervenção para um Envelhecimento Ativo, aprovado pelo Instituto Politécnico de Leiria.

Pretende-se conhecer a situação atual de toda a gestão da medicação nas ERPIS, nomeadamente nos aspetos respeitantes a: prescrição, armazenamento e conservação, distribuição, administração e utilização, monitorização farmacoterapêutica e registo das intervenções profissionais ao nível da gestão da medicação.

Este questionário deve ser respondido pelo responsável pela gestão da medicação na ERPI. Se nas diferentes fases do ciclo de gestão do medicamento (que vai desde a prescrição à administração, passando pela aquisição, armazenamento, conservação, distribuição, monitorização e registo) houver mais do que um responsável, o questionário deverá ser respondido pelos diferentes intervenientes no respetivo processo.

O preenchimento deste questionário é uma peça fundamental no trabalho de auscultação, pelo que se solicita, e agradece desde já, a sua colaboração no seu preenchimento.

Caso tenha alguma dúvida, por favor contacte:

Irene Primitivo

914041746

[ireneprimitivoconstantino@gmail.com](mailto:ireneprimitivoconstantino@gmail.com)

## Parte 1: Caracterização da ERPI

### 1. Caracterização da Estrutura Residencial para Idosos (ERPI)

(Selecione uma opção quanto à Tipologia do Estabelecimento quanto à forma jurídica)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Estabelecimento e serviços privados

Instituição Particular de Solidariedade Social

Estabelecimento oficial gerido por organismos da administração pública (Misericórdia)

### 2. Capacidade da ERPI (Lotação; número máximo de residentes)

\_\_\_\_\_ Residentes

### 3. Taxa de ocupação da ERPI atual

\_\_\_\_\_ %

### 4. Idade dos residentes

(Referir o número de residentes em cada um dos itens)

- Inferior a 65 anos \_\_\_\_\_
- 65 - 70 anos \_\_\_\_\_
- 71 -75 anos \_\_\_\_\_
- 76 - 80 anos \_\_\_\_\_
- Mais de 80 anos \_\_\_\_\_

**5. Qual o Grau de autonomia dos residentes em relação à medicação?**

(Referir O NÚMERO de residentes em cada opção)

- Com total autonomia (residentes gerem a sua medicação; não necessitam de supervisão):

**Nº de residentes:**\_\_\_\_\_

- Com necessidade de supervisão (alguma autonomia do residente):

**Nº de residentes:**\_\_\_\_\_

- Completamente dependentes de terceiros:

**Nº de residentes:**\_\_\_\_\_

**6. Número de medicamentos/dia por residente**

(Referir O NÚMERO de residentes em cada opção)

- Não toma nenhum medicamento:\_\_\_\_\_
- Toma até 5 medicamentos diferentes por dia:\_\_\_\_\_
- Toma mais de cinco medicamentos diferentes por dia\_\_\_\_\_

**7. Qual o Quadro de Pessoal da ERPI?**

(Identifique o número de colaboradores internos da ERPI com vínculo permanente à Instituição, em cada um dos itens abaixo. COLOCAR 0 (ZERO) SE NÃO EXISTIR ESSA CATEGORIA).

- Diretor Técnico\_\_\_\_\_
- Enfermeiro\_\_\_\_\_
- Ajudante de ação direta\_\_\_\_\_
- Empregado auxiliar\_\_\_\_\_
- Cozinheiro\_\_\_\_\_
- Ajudante de cozinheiro\_\_\_\_\_
- Outro (especifique)\_\_\_\_\_
- Outro (especifique)\_\_\_\_\_
- Outro (especifique)\_\_\_\_\_

**8. Qual a formação profissional do Diretor Técnico da ERPI?**

---

## Parte II: Circuito do medicamento

### 9. Qual a formação profissional do principal responsável pela gestão da medicação?

(Assinale a formação profissional da pessoa responsável pela maioria (ou todos) os aspetos respeitantes à gestão da medicação na ERPI (aquisição, registos, armazenamento e conservação, distribuição, administração).

<input type="checkbox"/>	Enfermeiro
<input type="checkbox"/>	Ajudante de Ação Direta
<input type="checkbox"/>	Diretor Técnico
<input type="checkbox"/>	Farmacêutico
<input type="checkbox"/>	Outro colaborador da ERPI (especifique) _____

### 10. PRESCRIÇÃO:

	Sim, sempre	Não, nunca	Às vezes	Não sabe/ Não se aplica
Há consultas médicas semanais na ERPI?				
Há prescrição semanal de medicamentos?				
Há consulta antes da renovação da prescrição da medicação crónica?				
O enfermeiro está presente na ERPI quando há consultas médicas?				
Há prescrição feita por sugestão do enfermeiro?				
O médico é sempre o mesmo?				
Quando há hospitalização o doente leva a sua folha farmacoterapêutica para o hospital?				

**11. A ERPI tem algum programa informático de apoio nos registos de enfermagem/médicos?**

	Sim	Não
Na prescrição de medicamentos		
Na distribuição (preparação) de medicamentos		
Na administração de medicamentos		

**12. Qual o nome do programa informático de apoio nos registos de enfermagem/médicos em uso na ERPI?**

---

**13. AQUISIÇÃO de medicamentos**

	Sim, sempre	Não, nunca	Às vezes	Não sabe/ Não se aplica
A compra de medicamentos é feita sempre à mesma farmácia?				
A compra de medicamentos sujeitos a receita médica é feita com prescrição médica?				
A compra de medicamentos não sujeitos a receita médica é feita com prescrição médica?				
É frequente a compra de medicação crónica antes da renovação da receita?				
A entrega da medicação é feita com a identificação do residente?				
É feita a conferência na ERPI da medicação aviada pela farmácia?				
A conferência da medicação é feita pelo Enfermeiro?				
A conferência da medicação é feita pela ajudante de ação direta?				

#### 14. DISPENSA E TRANSCRIÇÃO DA PRESCRIÇÃO

	Sim, sempre	Não, nunca	Às vezes	Não sabe/ Não se aplica
É feita a avaliação da terapêutica pelo farmacêutico na farmácia?				
É feita a avaliação da terapêutica pelo enfermeiro na ERPI?				
É transcrita a prescrição terapêutica para a folha farmacoterapêutica?				
A transcrição é manual?				
Existe um modelo de folha farmacoterapêutica?				
A transcrição é feita com o apoio de Programa de Gestão e/ou de Software médico?				
Em cada alteração da prescrição é feita nova folha farmacoterapêutica?				

#### 15. ARMAZENAMENTO E CONSERVAÇÃO de medicamentos

	Sim, sempre	Não, nunca	Às vezes	Não sabe/ Não se aplica
Existe uma zona reservada para o armazenamento de medicamentos?				
O acesso aos medicamentos armazenados é reservado aos profissionais autorizados e identificados?				
O acesso aos medicamentos armazenados é livre (qualquer profissional pode aceder)?				
Há registo de prazos de validade dos medicamentos armazenados?				
Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos estão armazenados à parte, em local próprio?				
O acesso aos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos é controlado?				
Os prazos de validade são verificados periodicamente?				
Os medicamentos fora do prazo de validade são separados dos restantes?				
Os medicamentos fora do prazo de validade são encaminhados para inutilização?				
É feita a entrega na farmácia dos medicamentos com prazo de validade				

	Sim, sempre	Não, nunca	Às vezes	Não sabe/ Não se aplica
expirado?				
É feito o registo periódico das condições de temperatura e humidade do local de armazenamento dos medicamentos?				
Os medicamentos são mantidos nas embalagens originais até ao momento da administração ou da colocação em recipientes de distribuição?				
Existe um frigorífico destinado apenas à medicação que requer refrigeração?				
A medicação é armazenada com a identificação de cada utente?				
Há medicação no quarto dos utentes?				
Há medicação "sem dono"?				

**16. Quem faz a DISTRIBUIÇÃO (no sentido de preparação) de medicamentos?**

(Indicar a qualificação profissional (funções) da(s) pessoa(s) que fazem a preparação individualizada de medicação)

---

**17. A medicação é preparada para que período de tempo?**

(Esta questão diz respeito à colocação da medicação em dispensadores individualizados)

---

**18. É feita verificação da preparação de medicação, depois de distribuída pelos dispensadores, por outra pessoa?**


Nunca

Frequentemente, por amostragem

Às vezes

**19. A distribuição (no sentido de preparação da medicação) é feita com base em que registo?**

(Escolha só uma opção, a que mais se adequa à sua Instituição)

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Folha farmacoterapêutica (transcrita da prescrição médica)                                |
| <input type="checkbox"/> | Diretamente a partir de cópia da prescrição médica  |
| <input type="checkbox"/> | Registos de programa de <i>software</i> médico (sistema informático; sem recurso a papel) |
| <input type="checkbox"/> | Outro processo. Refira qual: _____  |

**20. No caso de uso de folha farmacoterapêutica, quais são os itens que a compõem?**

(Pode ser fornecido cópia do modelo da folha ou, alternativamente, assinalar todos os campos da folha farmacoterapêutica).

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Nome do residente   |
| <input type="checkbox"/> | Nome do médico  |
| <input type="checkbox"/> | Nome do medicamento   |
| <input type="checkbox"/> | Data da prescrição  |
| <input type="checkbox"/> | Dosagem do medicamento  |
| <input type="checkbox"/> | Via de administração  |
| <input type="checkbox"/> | Posologia (frequência e hora da toma)                                       |
| <input type="checkbox"/> | Duração do tratamento   |
| <input type="checkbox"/> | Alergias e/ou reações adversas conhecidas ou outras informações importantes |
| <input type="checkbox"/> | Outros campos. Refira qual(ais): _____                                      |

**21. Nas transferências entre unidades de saúde, o residente leva consigo a sua folha farmacoterapêutica atual?**

(Considerar aqui as idas às urgências hospitalares, os internamentos e as consultas médicas externas)

- Sim, sempre
- Não, nunca
- Às vezes

**22. Refira a frequência com que ocorrem as ações abaixo:**

	Sempre	Nunca	Às vezes	Não sabe/ Não se aplica
As formas sólidas (comprimidos) são desblisteradas no momento da preparação para a caixa dispensadora individual				
Os inaladores, as gotas orais, os xaropes, a insulina, são preparados imediatamente antes da administração				
Os colírios, depois de abertos, são conservados no frigorífico				
Os colírios, gotas auriculares, as preparações tópicas (pomadas) estão no quarto dos residentes				
O fracionamento de formas sólidas é feito após consulta de informação técnica do medicamento				

**23. É feita a supervisão da ADMINISTRAÇÃO da terapêutica na sua Instituição?**

(Apenas se refere à medicação não injetável)

- Sim, frequentemente pelo enfermeiro
- Não, É a ajudante de ação direta que administra
- Só às vezes

**24. A administração de injetáveis é frequente na sua Instituição?**

(Não contemplar aqui administração de vacinas)

- Sim, muito frequente (todas as semanas, por exemplo)
- Pouco frequente (nem todos os meses)
- É quase inexistente

**25. É feita vacinação periódica dos residentes?**

(De acordo com recomendações da vacinação para a população idosa nacionais e europeias (emanadas da Direção Geral de Saúde e do Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Geriatria (tradução))

	Sim	Não
Tétano, Difteria e Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herpes Zoster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pneumocócica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Acerca da ocorrência de falhas na utilização de medicamentos, refira a sua frequência em relação aos itens abaixo**

	Sempre	Nunca	Às vezes	Não sabe/ Não se aplica
Troca de doente (medicação de um doente foi tomada por outro)				
Troca de medicamento (do mesmo doente)				
Duplicação da toma				
Omissão da toma				
Dose errada (em relação á prescrição)				
Via de administração errada				
Hora de administração incorreta (em relação à prescrição)				

**27. É feito o registo das falhas na utilização de medicamentos?**

- Sim, sempre
- Não, nunca
- Às vezes

**28. Quem é (são) o(s) responsável(eis) pela MONITORIZAÇÃO da terapêutica na sua Instituição?**

(Identifique a(s) pessoas que é (são) responsável(eis) pela revisão periódica da medicação, registo de falhas ao regime terapêutico instituído, notificação de reações adversas.

- Enfermeiro
- Ajudante de Ação Direta
- Diretor Técnico
- Farmacêutico
- Outro colaborador da ERPI (especifique) \_\_\_\_\_

**29. É feita reconciliação da medicação?**

(A reconciliação terapêutica é a recolha de informação aquando da transferência do residente entre unidades de cuidados de saúde, serviços ou hospitais, de modo a construir uma lista atual e completa da medicação do residente)

- |                          |                |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Sim, sempre    |
| <input type="checkbox"/> | Por norma, não |
| <input type="checkbox"/> | Às vezes       |

**30. Quem faz a reconciliação da medicação?**

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Médico                                 |
| <input type="checkbox"/> | Enfermeiro                             |
| <input type="checkbox"/> | Outro profissional (especifique) _____ |

**31. É feita revisão da medicação periodicamente?**

(Esta revisão da medicação não é uma revisão da prescrição médica. Trata-se de um processo sistemático e documentado de avaliação do uso de todos os medicamentos do residente com o objetivo de garantir que os medicamentos são corretamente utilizados e conservados.

(Se a sua resposta for negativa, passe para a questão 34 )

- |                          |     |
|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Sim |
| <input type="checkbox"/> | Não |

**32. Qual a periodicidade da revisão da medicação?**

(Refira a periodicidade mais frequente. Considere nesta resposta apenas as revisões "automáticas", periódicas, independentemente das reconciliações terapêuticas)

<input type="checkbox"/>	Uma vez por ano
<input type="checkbox"/>	Duas vezes por ano
<input type="checkbox"/>	Outra periodicidade ( especifique): _____

**33. Quem faz a revisão da medicação?**

(Assinale o principal responsável pela revisão da medicação)

<input type="checkbox"/>	Médico
<input type="checkbox"/>	Enfermeiro
<input type="checkbox"/>	Outro profissional (especifique) _____

**34. Conhece o Sistema Nacional de Farmacovigilância?**

(Sistema de Notificação de reações adversas a medicamentos ao INFARMED)

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

**35. Alguma vez foi notificada alguma reação adversa a medicamentos ao Sistema Nacional de Farmacovigilância?**

<input type="checkbox"/>	Sim
<input type="checkbox"/>	Não

## ANEXO II

### Declaração de Consentimento Informado

## Declaração de Consentimento Informado

Declaro ter sido informado pela Farmacêutica Irene Primitivo, inscrita na Ordem dos Farmacêuticos com o nº 1359-C, do seu propósito em realizar um estudo de “Gestão da medicação nas Estruturas Residenciais para Idosos (ERPis)”

Este estudo esta a ser realizado no âmbito da dissertação do seu mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo, do Instituto Politécnico de Leiria, a decorrer durante o ano letivo 2015/2016 e tem como principal objetivo conhecer como é efetuada a gestão da medicação nas estruturas Residenciais para Idosos. Foi-me explicado de forma precisa os objetivos deste estudo.

Ao concordar em participar neste estudo, aceito responder ao questionário sobre o Circuito da medicação nas ERPis e a caracterização das mesmas.

A minha participação é inteiramente voluntária, podendo em qualquer momento desistir, sem que isso me traga qualquer prejuízo.

Compreendo que os dados recolhidos serão utilizados exclusivamente para a elaboração da dissertação e utilização dos dados em publicações. Em lado nenhum será associado os dados a quem preencheu os instrumentos.

A adesão é formalizada através do preenchimento da presente declaração.

Irene Primitivo

914041746

[ireneprimitivoconstantino@gmail.com](mailto:ireneprimitivoconstantino@gmail.com)

.....(cortar)

\_\_\_\_\_, B.I./C.C.nº \_\_\_\_\_, nascido em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ e residente em \_\_\_\_\_,

declara que :

\*Tomei conhecimento das condições de participação, as quais aceito

\*Autorizo a utilização dos dados do questionário

Leiria, ..... / ..... / .....

---

(Assinatura do Responsável pelo preenchimento do Questionário)

### Anexo III

Folha modelo “Indicação Terapêutica – Informação Genérica”,  
IMP06.IT03.PC04 – Estrutura Residencial, do Manual de processos chave -  
Estrutura Residencial para Idosos do Instituto da Segurança Social, I.P.(2011)



Anexo IV

Folha modelo “Medicação e Indicação Terapêutica”, IMP05.IT03.PC04 –  
Estrutura Residencial, do Manual de processos chave - Estrutura Residencial  
para Idosos do Instituto da Segurança Social, I.P.(2011)



Anexo V

Proposta de modelo de registo e controlo dos prazos de validade dos medicamentos



Anexo VI

Proposta de modelo de folha de revisão terapêutica

## MODELO DE FORMULÁRIO DA REVISÃO DA MEDICAÇÃO

Nome do doente .....

Médico..... Farmacêutico.....

Data.....

Historial Clínico			Alergias

Razão para a revisão.....Doente presente/Não presente.....

Medicação	Data de início	Indicação	Terapêutica prévia para esta indicação	Adesão (Frac/Boa)	Monitorização Data:	Valor/ Observações
1.					<b>Tensão Arterial</b>	
2.					<b>Colesterol total</b>	
3.					<b>Colesterol HDL/LDL/TG</b>	
4.					<b>Ureia/Creatinina/Ácido úrico</b>	
5.					<b>Enzimas hepáticas</b>	
6.					<b>Hemograma</b>	
7.					<b>Glicémia</b>	
8.					<b>Testes da Tiróide</b>	
9.					<b>Pulsção</b>	
10.					<b>Outro</b>	
11.						
Entendeu o propósito da medicação?		Toma <i>OTC</i> ?		Alguma dificuldade em tomar os medicamentos?		
Algum problema de saúde não tratado?		Reportou efeitos secundários?		Alguma dificuldade em obter os medicamentos?		
Fumador?		Aconselhamento em relação ao regime alimentar?		Aconselhamento em relação ao álcool?		

Fonte : Adaptado de NHS Cumbria (2013)