

***CIRCUITO DO MEDICAMENTO EM  
INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS  
GERIÁTRICOS DA REGIÃO DO ALGARVE***

Flávia Sofia Rodrigues de Lima

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas**

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Margarida Espírito Santo e  
coorientação da Professora Doutora Tânia Isabel Martins do Nascimento

2019



***CIRCUITO DO MEDICAMENTO EM  
INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS  
GERIÁTRICOS DA REGIÃO DO ALGARVE***

Flávia Sofia Rodrigues de Lima

**Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas**

Trabalho efetuado sob a orientação da Professora Doutora Margarida Espírito Santo e  
coorientação da Professora Doutora Tânia Isabel Martins do Nascimento

2019





**UAlg** CES

UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
CENTRO DE ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO EM SAÚDE

# ***CIRCUITO DO MEDICAMENTO EM INSTITUIÇÕES DE CUIDADOS GERIÁTRICOS DA REGIÃO DO ALGARVE***

## **Declaração da autoria do trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

*Flávia Sofia Rodrigues de Lima*

---

(Flávia Sofia Rodrigues de Lima)

Copyright© 2019 Flávia Sofia Rodrigues de Lima

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.



Este trabalho foi realizado no âmbito da atividade 2 do Centro Internacional sobre o Envelhecimento (CENIE: 0348\_CIE\_6\_E).





**“Nunca nenhum pessimista descobriu os segredos das estrelas, nem navegou por uma terra desconhecida, nem abriu um novo paraíso ao espírito humano”**

*Hellen Keller*



## Agradecimentos

Em primeiro lugar gostaria de agradecer aos professores do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas da Universidade do Algarve por todos os ensinamentos transmitidos ao longo deste percurso e pela dedicação constante.

À Professora Doutora Margarida Espírito Santo, por ter aceitado com prontidão ser minha orientadora, por todo o apoio e apontamentos fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e à Professora Doutora Tânia Isabel Martins do Nascimento pela orientação e dedicação na realização desta monografia.

Aos meus pais, pelo seu amor, honestidade, porque estiveram sempre do meu lado e compreenderam as minhas ausências. Um especial agradecimento à minha mãe, por todo o apoio incondicional que me proporcionou ao longo do meu percurso académico, por todos os conselhos e por todas as sábias palavras que, em tantas situações, foram fundamentais para me ajudar a ultrapassar as adversidades.

Ao meu irmão, que acreditou em mim, por tudo o que me ensinou ao longo da minha vida quer académica quer pessoal, pela amizade e companheirismo. Por desafiar a minha paciência e me deixar desafiar a dele.

À Virgínia, por todo o exemplo e coragem, por estar sempre lá, por me apoiar sempre e, claro, por ter ajudado no sucesso desta tese.

Às minhas avós que me apoiaram e que mesmo longe estiveram sempre presentes.

À Ana, pelo apoio, pela amizade e por todos os momentos que passámos juntas.

À Filipa Cardoso e à Mariana Branco, pela partilha de momentos de alegria e tristeza durante toda esta etapa e me ensinarem o valor da amizade. Aos meus amigos Pedro Batista, Maria Inês, João Domingos, Rita Canha, Joana Baptista, Dinis Miguel e Marcelo Romão por todo o companheirismo e entreajuda.

Às instituições de cuidados geriátricos que aceitaram participar neste estudo.

Às minhas orientadoras de estágio e a todos os que durante o estágio me ajudaram a tornar numa profissional de saúde mais completa.

Ao Núcleo de Estudantes de Ciências Farmacêuticas (NECiFarm), pelos desafios proporcionados ao longo dos dois mandatos, dos quais fiz parte, e que me enriqueceram não só a nível pessoal como também a nível profissional.



## Resumo

O envelhecimento da população resulta numa maior incidência de comorbilidades, e consequente recurso à terapêutica farmacológica. Esta situação tem levado à necessidade de utilização de serviços de suporte à população, incluindo as estruturas residenciais para a população idosa, serviços de apoio domiciliário, centros de dia, entre outros. Esta monografia teve como objetivo a caracterização e análise do circuito do medicamento em instituições de cuidados geriátricos da região do Algarve.

Foi elaborado um questionário *online*, e enviado às diferentes instituições na região do Algarve (n=128), onde constavam as variáveis indispensáveis para a avaliação do circuito do medicamento. A análise estatística dos dados obtidos foi efetuada por recurso ao SPSS versão 22.

Do total de 128 instituições de apoio a idosos na região do Algarve, apenas 17.18% (n=22) responderam ao questionário. Relativamente aos profissionais envolvidos no circuito do medicamento, o enfermeiro é aquele que apresenta um papel mais relevante em todo o processo, sendo responsável por etapas como o armazenamento, registo e preparação da medicação. Verificou-se ainda que existem aspetos em que são cumpridas as boas práticas como: existência de zona reservada para o armazenamento de medicamentos, registo e verificação periódica dos prazos de validade. No entanto, existem ainda pontos a melhorar: armazenamento inapropriado de medicamentos de conservação no frio, ausência de registos e respetivo controlo da humidade relativa e temperatura no local de armazenamento, ausência de notificação de reações adversas a medicamentos.

Apesar do enfermeiro ser o principal responsável pela gestão da medicação nas instituições analisadas, existem outros intervenientes que não têm habilitações adequadas para essa área. Sendo o farmacêutico um profissional com competências adequadas às necessidades associadas ao circuito do medicamento, este poderia ter um papel mais ativo nestas instituições, através de programas interventivos que incluam atividades como a revisão e reconciliação da medicação.

**Palavras-chave:** Circuito do medicamento, envelhecimento, estruturas de apoio residencial, farmacêutico, idoso.



## **Abstract**

The aging of the population results in a higher incidence of multiple comorbidities, and consequent recourse to pharmacological treatment. This situation has led to the need for population support services, including the use of care homes for older people, home support services, day care centers, among others. This monograph aimed to characterize and analyze the medication management in care homes in the Algarve region.

An online questionnaire was elaborated, and sent to the different institutions of the Algarve region (n=128), where there were included indispensable variables for the achievement of evaluating the medication management. All data obtained from the questionnaire responses were converted to SPSS version 22, where it was possible to perform a descriptive statistical analysis of the data.

Of the 128 elderly support institutions in the Algarve region, only 17.18% (n=22) answered the questionnaire. Regarding the professionals involved in medication management, the nurse is the one who plays a more relevant role in the entire process, being responsible mainly for steps such as storage, registration, and preparation of medicines. It was possible to verify if there are aspects that meet the good practices, such as storage area for drug storage, registration and periodic verification of expiration dates. However, there are still improvements, such as cold storage medicines, lack of adequate storage, loss of records, local humidity and temperature control at the storage location and no reports of adverse drug reactions.

Although nurses are primarily responsible for medication management in the analyzed care homes, there are other figures who do not have adequate qualifications for this area. As the pharmacist is the professional with the most competence in the medicine circuit, we think that he should play a more active role in this institutions through intervention programs that include activities such as medication review and reconciliation.

**Keywords:** Aging, elderly, medication management, nursing home, pharmacist.



# Índice

Agradecimentos .....	VII
Resumo.....	IX
Abstract .....	XI
Índice.....	XIII
Índice de Figuras .....	XV
Índice de Tabelas .....	XVII
Lista de Abreviaturas .....	XIX
1 Introdução.....	1
1.1 Processo de envelhecimento .....	1
1.2 Serviços de apoio ao idoso.....	4
1.3 Circuito do medicamento nas instituições geriátricas.....	8
2 Objetivos .....	13
3 Metodologia .....	15
4 Resultados .....	17
5 Discussão.....	31
6 Conclusão .....	43
7 Referências Bibliográficas .....	45
8 Anexos.....	51



## **Índice de Figuras**

Figura 1.1 - Distribuição das respostas sociais para as Pessoas Idosas, por concelho.....	6
Figura 1.2 - Evolução do número de respostas sociais ERPI e SAD, Continente-2000-2017...	7
Figura 1.3 - Distribuição etária da população residente por sexo, em 2001 e 2011 na região do Algarve.....	8



## Índice de Tabelas

Tabela 1.1 - Comparação da população residente no Algarve e em Portugal no ano de 2001 e 2011.....	7
Tabela 4.1 - Localização das instituições por concelho.....	17
Tabela 4.2 - Tipologia das instituições.....	17
Tabela 4.3 - Caraterização dos utentes nas instituições.....	18
Tabela 4.4 - Grau de autonomia dos utentes.....	18
Tabela 4.5 - Caraterização do registo de vacinação e medicação dos utentes.....	19
Tabela 4.6 - Caraterização da aquisição da medicação nas diferentes tipologias de instituição.....	19
Tabela 4.7 - Caraterização do registo da medicação nas diferentes tipologias de instituição..	20
Tabela 4.8 - Caraterização do armazenamento da medicação nas diferentes tipologias de instituição.....	20
Tabela 4.9 - Caraterização da preparação da medicação nas diferentes tipologias de instituição.....	21
Tabela 4.10 - Caraterização da administração da medicação nas diferentes tipologias de instituição.....	22
Tabela 4.11 - Caraterização do processo da prescrição.....	23
Tabela 4.12 - Caraterização da aquisição de medicamentos.....	23
Tabela 4.13 - Caraterização do armazenamento e conservação de medicamentos em ERPI e CD.....	25
Tabela 4.14 - Caraterização do uso de suporte de apoio à gestão da medicação em ERPI e CD.....	26
Tabela 4.15 - Designação do suporte de apoio à gestão da medicação em ERPI e CD.....	26
Tabela 4.16 - Caraterização da preparação da medicação em ERPI e CD.....	27
Tabela 4.17 - Caraterização do sistema de dispensa da medicação em ERPI e CD.....	28
Tabela 4.18 - Profissional responsável pela reconciliação da medicação em caso de transferência de utentes nas diferentes tipologias de instituição.....	28
Tabela 4.19 - Responsável pela revisão da medicação.....	29



## **Lista de Abreviaturas**

**CD** - Centro de Dia

**CYP450** - Citocromo 450

**EM** - Erros de Medicação

**ERPI** - Estrutura Residencial Para Idosos

**FIP** - Federação Internacional Farmacêutica

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**INFARMED** - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

**MNSRM** - Medicamentos não sujeitos a receita médica

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PRM** - Problemas Relacionados com o Medicamento

**RAM** - Reação Adversa a Medicamentos

**RSES** - Rede de Serviços e Equipamentos Sociais

**SAD** - Serviço de Apoio Domiciliário

**SNF** - Serviço Nacional de Farmacovigilância

**UE** - União Europeia

**URF** - Unidade Regional de Farmacovigilância



# 1 Introdução

Nos dias de hoje, é imprescindível refletir sobre os impactos do envelhecimento demográfico das populações e as mudanças que em simultâneo têm ocorrido nas sociedades industriais modernas, para através de novos e melhorados serviços dar resposta às necessidades da população. Em qualquer sociedade, uma das preocupações é o envelhecimento da sua população, sendo que é necessário desenvolver continuamente melhorias e condições adequadas aos idosos para prolongar a vida para que possam ter as condições necessárias para ter uma boa qualidade de vida.

Para além de poder variar com os estilos de vida, o envelhecimento varia conforme os meios científicos e tecnológicos, época e cultura.

## 1.1 Processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento, que começa no nascimento, tem elevada importância para o desenvolvimento humano, pois para além de funcionar como algo individual, uma vez que todas as pessoas que envelhecem, envelhecem de forma diferente, é encarado de forma diferente. Este processo é caracterizado por um processo biológico, progressivo, irreversível e natural, que se caracteriza pela diminuição das funções celulares e da capacidade funcional.[1]

Não é uma doença, não se pode comparar com qualquer estado patológico atualmente conhecido. [2] No entanto, pode trazer consigo algumas consequências, sendo necessárias algumas atitudes, como aceitar que há modificações inevitáveis com o passar dos anos e, mesmo assim, é possível aproveitar todas as fases que se atravessa em todos os períodos da vida. Para além disso, a prevenção tem um papel essencial, devendo-se estar atento às alterações que vão surgindo e tentar corrigir possíveis limitações que vão surgindo. [3]

Uma pessoa idosa, é aquela que tem uma idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, este conceito de idoso implica inevitavelmente a distinção de dois conceitos intimamente ligados: envelhecimento e velhice. O envelhecimento tal como mencionado anteriormente, é um processo biológico que se circunscreve no tempo, inicia-se com o nascimento e finda com a morte. Relativamente à velhice, é entendida como a última fase do ciclo de vida, com o intuito de classificar as pessoas idosas. [4]

Segundo o próprio Instituto Nacional de Estatística (INE), a velhice inicia-se a partir do momento em que as pessoas perfazem os 65 anos de idade, sendo que em Portugal está associado à idade da reforma. [5]

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), por seu lado, refere que toda a pessoa está sujeita a um envelhecimento a nível biológico, mesmo que não seja linear, onde ocorre uma diminuição progressiva das suas capacidades físicas e mentais, uma grande variedade de alterações moleculares e celulares, evidenciando menor resistência às doenças e, em última instância, pode resultar no falecimento. [6]

A dependência destes indivíduos nos últimos tempos transformou-se num grande desafio, contudo, para colmatar esta rápida evolução, têm surgido alternativas para o prolongamento do tempo de vida. [7] De acordo com o INE, o índice de envelhecimento (proporção entre a população com mais de 65 anos e a população até aos 14 anos) atingiu em 2018 o valor de 159,4, quando em 2001 era de 102,2. Esta nova realidade deve-se fundamentalmente ao aumento da esperança média de vida e à diminuição da taxa de natalidade. [8]

Por outro lado, segundo os dados publicados pelo Eurostat (2016), Portugal é referido como um dos três países com o maior índice de envelhecimento na União Europeia (UE), com 151 idosos por cada 100 jovens, sendo apenas ultrapassado pela Alemanha (158) e a Itália (165). [9] Mas, este cenário poderá se agravar, passando para 317 idosos por cada 100 jovens no ano de 2080.[10] O ritmo acelerado do envelhecimento marcado em Portugal prende-se com o decréscimo da taxa de mortalidade e, concomitantemente, com a diminuição da taxa de natalidade. São, pois, estes dois fatores que explicam o duplo envelhecimento demográfico. [11] A população com 65 anos ou mais poderá crescer de 2,1 milhões em 2015 para 2,8 milhões em 2080. [10]

Com estes dados, é possível prever que haja um aumento da incidência de futuras doenças que surgem com a idade como o um aumento da prevalência de doenças crónicas (diabetes, hipertensão, entre outras). Relativamente à primeira situação, ocorre devido ao aumento da esperança de vida e a segunda, é o reflexo da melhoria nos cuidados de saúde. [12]

Estima-se que as doenças crónicas são responsáveis por 80% da mortalidade nos países europeus, sendo as afeções do aparelho circulatório as principais causas de mortalidade.

Segundo os dados do Inquérito Nacional de Saúde, 36% da população apresentava em 2005 três ou mais doenças crónicas sendo o sexo feminino mais afetado (42,5% vs 27,4%).[13]

Os portugueses vivem mais, mas por outro lado, vivem com mais comorbilidades durante os seus últimos anos de vida. Entre as doenças com maior prevalência em 2015 encontram-se: as doenças cérebro-cardiovasculares (29,7%), as doenças oncológicas como a segunda causa de morte, a hipertensão arterial (71% dos portugueses entre 65-74 anos), o colesterol total (63,3% dos portugueses entre 25-74 anos) e a diabetes mellitus (10% dos portugueses entre 25-74 anos e 23,8% entre 65-74 anos).[12]

Com o envelhecimento, aumenta o número de doenças crônicas e com elas a consequente necessidade de utilizar medicamentos para o seu controle. Alguns autores referem que pelo menos 85% dos idosos usam um fármaco prescrito, e a maioria usa mais do que um. [14]

Torna-se difícil, por vezes, para os profissionais de saúde conseguir distinguir o envelhecimento normal do patológico, pois confundem os sintomas e alterações que surgem no envelhecimento e não valorizam as queixas do idoso, podendo também por vezes atribuir sintomas a possíveis doenças quando estamos perante o processo de envelhecimento natural.[15] Contudo, o desenvolvimento de medicamentos tem vindo a representar um grande avanço na saúde podendo contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. [12]

O efeito provocado pela toma de medicação na população idosa pode resultar da interação de alterações farmacocinéticas (fatores que afetam a absorção dos fármacos) e farmacodinâmicas (efeito dos fármacos nos órgãos e tecidos). O idoso, pelo processo de envelhecimento apresenta estas alterações cinéticas e dinâmicas o que resulta de diferentes interações e respostas à medicação. [16]

Relativamente aos processos farmacocinéticos, estes incluem a absorção, distribuição, metabolismo e excreção dos fármacos. Das alterações relacionadas com a absorção por via oral, o aumento do pH gástrico, a diminuição da mobilidade gastrointestinal e da superfície de absorção e a possível redução do transporte ativo, podem contribuir para o aumento ou diminuição da absorção de diversos fármacos, dependendo da farmacocinética de cada um. Relativamente à absorção por via intramuscular, é previsível que a absorção por esta via possa estar comprometida. Além de existir uma diminuição do tecido muscular e um aumento do tecido conjuntivo no músculo, o que diminui a permeabilidade do tecido e dificulta a administração, verifica-se também uma diminuição do fluxo sanguíneo periférico, resultante da aterosclerose (placa ou acúmulo patológico na parede de vasos sanguíneos) que se torna mais frequente com o envelhecimento, o que diminui a absorção sistémica. [17] [18] No que diz respeito à absorção transdérmica, esta pode também estar comprometida devido à tendência que os idosos apresentam para a desidratação cutânea e queratinização aumentada, bem como devido a diminuição do fluxo sanguíneo periférico e a diminuição da microcirculação.[19]

A distribuição dos fármacos é afetada, podendo levar a acumulação dos mesmos devido à redução da água corporal total e das proteínas e pelo aumento da massa gorda. [14]

O metabolismo hepático de muitos medicamentos diminui com o envelhecimento através da atividade de enzimas do Citocromo P450 (CYP450), pelo que a *clearance* pode diminuir entre 30% a 40%, devendo ser feita a manutenção das doses do medicamento para reduzir essa percentagem de *clearance*. No entanto, o metabolismo dos fármacos varia entre indivíduos,

pelo que é necessário ajustar a dose individualmente, pois a *clearance* hepática dos medicamentos metabolizados por reações de fase I (oxidação, redução, hidrólise) têm maior probabilidade de ser prolongado no idoso.[20]

A principal via de eliminação de fármacos é a via renal, sendo que este é o processo farmacocinético mais afetado pelo envelhecimento. A diminuição da massa renal, do fluxo sanguíneo renal e da taxa de filtração glomerular, ocorre progressivamente à medida que se envelhece e tem como consequência o aumento do tempo de semivida dos fármacos que são eliminados por esta via podendo haver uma maior probabilidade de ocorrerem efeitos adversos. [21]

As alterações que ocorrem ao nível da farmacodinâmica como alterações no número e afinidade dos recetores podem explicar a maior dificuldade que os idosos apresentam em manter a homeostasia e, a maior sensibilidade a determinados fármacos. [16]

## **1.2 Serviços de apoio ao idoso**

Com o passar dos anos, os valores sociais foram mudando, o idoso passou a ser considerado como um encargo e um incómodo para a família, uma vez que as sociedades se encontram em constantes alterações demográficas, familiares, sociais e económicas, face aos progressos tecnológicos e à intensificação de concorrência internacional. Como consequência, há uma maior sobrecarga física, emocional e socioeconómica para suportar os elevados custos provenientes dessa dependência. [22]

A maior necessidade de cuidados de saúde tem conduzido a uma dificuldade crescente por parte dos familiares para garantir total suporte e bem-estar, o que levou ao aparecimento de instituições de cuidados geriátricos. [23]

A institucionalização acontece principalmente quando há perda da independência do idoso, relacionada com os problemas de saúde. Um estudo realizado por Almeida, em 2008, indica que 30% dos idosos institucionalizados referem motivos de saúde como principal determinante para a institucionalização. Além disso, também a dependência física e psicológica, a solidão, o isolamento, a instabilidade de condições económicas e habitacionais ou a ausência de redes de solidariedade que promovem apoio em situação de maior necessidade, contribuem para a necessidade de recorrer a uma instituição.[24]

Estes tipos de instituições devem garantir ao idoso uma vida confortável, nomeadamente através da prestação de cuidados e serviços para a satisfação das suas necessidades, respeitando sempre que possível a sua interdependência. [25]

Este tipo de serviço pode ser prestado permanentemente (lares e residências) ou parcialmente (centros de dia, centros de convívio, universidades para a terceira idade). [26]

De acordo com o Infopédia da Porto Editora, institucionalização é o ato ou o efeito de se institucionalizar, isto é, de se converter em instituição. A instituição é um organismo público ou privado, estabelecido por meio de leis ou estatutos, que visa atender um determinado interesse ou necessidade social ou coletiva.[27]

As Estruturas Residenciais Para Idosos (ERPI) foram durante muitos anos a única resposta social dirigida à população idosa, o que requeria inevitavelmente a sua institucionalização. No entanto, com o avançar dos anos, começou a manifestar-se uma preocupação crescente com a manutenção das pessoas idosas no seu quadro habitual de vida, com vista à promoção do seu equilíbrio e bem-estar físico, psíquico e social. [25]

O apoio social ao idoso está definido no Guia Prático de Apoios Sociais a Idosos da Segurança Social como um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas em situação de carência e desigualdade socioeconómica, dependência e vulnerabilidade social. Tem como objetivos promover a autonomia, a integração social e a saúde.[28] Em função das necessidades e do grau de autonomia do idoso, podem ser oferecidas seis tipos de respostas: Serviço de apoio domiciliário; Centro de convívio; Centro de dia; Centro de noite; Acolhimento familiar para pessoas idosas (“Famílias de acolhimento”); Estrutura residencial para pessoas idosas (“Lares de Idosos”). [26]

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. O Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) é a resposta social, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não consigam certificar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas da vida diária. Quanto a Centro de Dia, é a resposta social, que consiste na prestação de serviços que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar. Por fim, Estrutura Residencial para

Pessoas Idosas, considera-se o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente. [26]

Segundo dados da Carta Social 2017, existem em Portugal Continental cerca de 7300 instituições destinadas a cuidados geriátricos, contabilizando aproximadamente 272000 lugares disponíveis. Dados revelam que, neste mesmo ano, 21,8% da população total do Continente tinha 65 ou mais anos. Além disso, todos os concelhos do continente apresentavam pelo menos

um dos tipos de oferta para este grupo etário, pelo que, dos 278 concelhos, 236 tinham 10 ou mais instituições de apoio a idosos (**Figura 1.1**). [26]

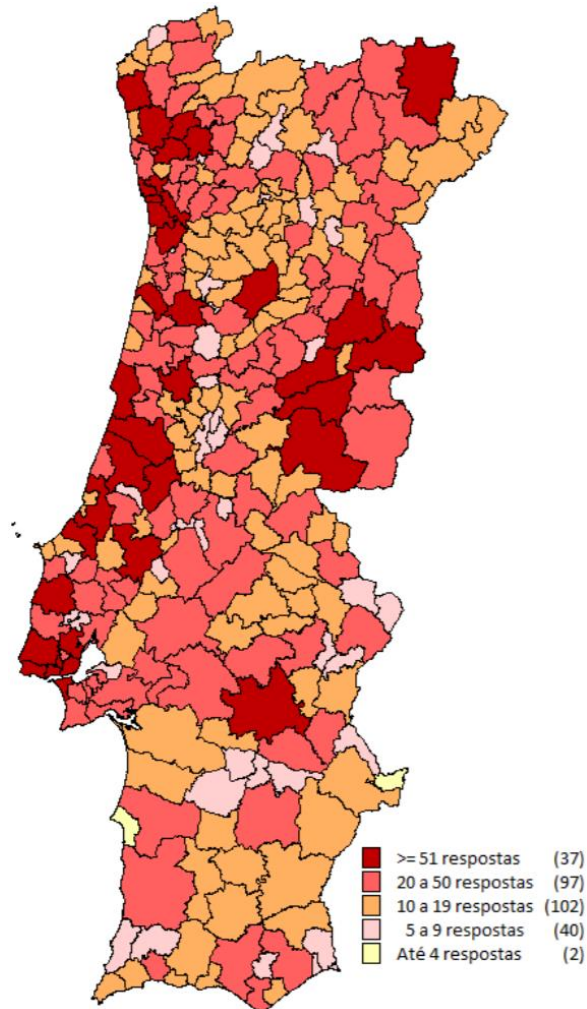


Figura 1.1 - Distribuição das respostas sociais para as Pessoas Idosas, por concelho.  
Retirado de Carta Social-2017 [26]

As Estruturas Residenciais Para Idosos eram compostas maioritariamente por idosos com 80 ou mais anos (72,5%). As respostas ERPI e SAD foram as que mais cresceram em 2017 (70% e 71%, respetivamente) por comparação a 2000, como se pode observar na **Figura 1.2 - Evolução do número de respostas sociais ERPI e SAD, Continente-2000-2017**. Retirado de Carta Social-2017 [26]. No total, em 2017, contabilizaram-se 7300 respostas ERPI, SAD e Centro de Dia. [26]

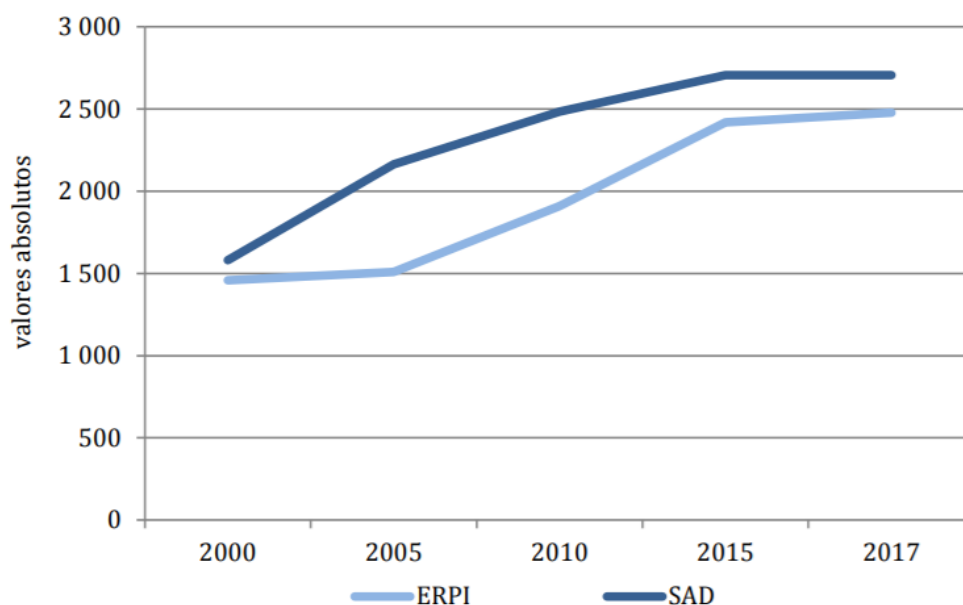


Figura 1.2 - Evolução do número de respostas sociais ERPI e SAD, Continente-2000-2017. Retirado de Carta Social-2017 [26]

Segundo dados de 2018, podemos observar um ligeiro decréscimo da população residente na região do Algarve no período entre 2011 e 2018, contudo esta mantém-se acima face ao registado no ano de 2001 em cerca de 9,46%, contrariando a tendência nacional que apresenta um decréscimo de 1,14% face a 2001. (Tabela 1.1). [29]

Tabela 1.1 - Comparação da população residente no Algarve e em Portugal entre 2001 e 2018. Adaptado de INE-2019. [29]

População Residente	Sexo	2001 (n)	2011 (n)	Face a 2001	2018 (n)	Face a 2001
Portugal	Feminino ♀	5 375 295	5 511 961	2,54%	5 424 251	0,91%
	Masculino ♂	5 019 374	5 030 437	0,22%	4 852 366	-3,33%
	<b>TOTAL</b>	<b>10 394 669</b>	<b>10 542 398</b>	<b>1,42%</b>	<b>10 276 617</b>	<b>-1,14%</b>
Algarve	Feminino ♀	202 438	229 990	13,61%	228 977	13,11%
	Masculino ♂	198 499	216 150	8,89%	209 887	5,74%
	<b>TOTAL</b>	<b>400 937</b>	<b>446 140</b>	<b>11,27%</b>	<b>438 864</b>	<b>9,46%</b>

Tal como no resto do país, a região do Algarve revela um desequilíbrio demográfico, com uma diminuição da população jovem e um aumento da população mais idosa.

Em 2001 a população com 65 ou mais anos atingia 18,6% e registou no ano de 2011 a percentagem de 19,5%. Além disso, é importante realçar que a população com 70 ou mais anos em 2001 era de 13,0%, e em 2011 atingiu os 14,2%. (**Figura 1.3**). [30]

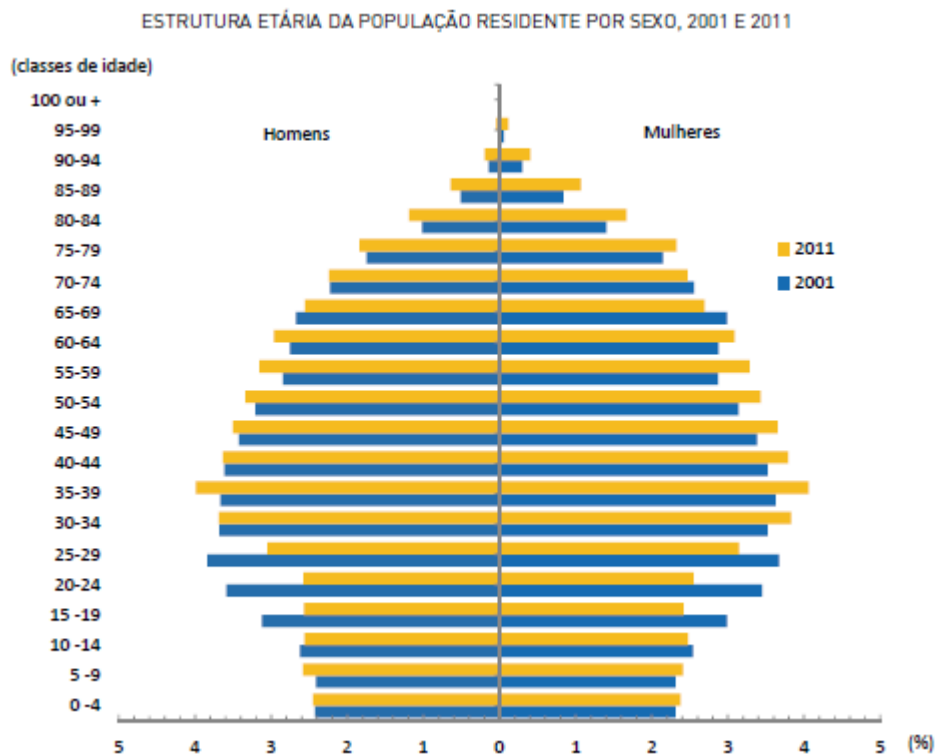


Figura 1.3 - Distribuição etária da população residente por sexo, em 2001 e 2011 na região do Algarve. Retirado de Censos-2011 [30]

Dados obtidos de 2018, referem que na região do Algarve existem, atualmente, 83 ERPI com cerca de 3579 utentes, 60 CD com aproximadamente 1035 utentes e 79 SAD com um total de 2070 utentes. [31]

De acordo com o tipo de instituições de cuidados geriátricos, estas podem ser públicas, privadas ou IPSS, sendo que estas últimas correspondem a uma parceria entre público e privado geridas por uma direção local de responsabilidade privada ou eclesial, sem fins lucrativos e com apoios do Estado. Prestam serviços ao cidadão que a Constituição da República Portuguesa consignou ao Estado, a um custo mais baixo do que o mesmo serviço prestado pelo Estado. [32]

### 1.3 Circuito do medicamento nas instituições geriátricas

O envelhecimento gradual na população com o aumento da esperança média de vida tem provocado uma maior prevalência de doenças crónicas, sendo que a população idosa a principal consumidora de medicamentos. É assim uma população mais sujeita a polimedicação. O termo polimedicação ou polifarmácia é designado pela Organização Mundial de Saúde como "a

administração de muitas drogas ao mesmo tempo ou a administração de um número excessivo de drogas”. [33] Ao contrário do que acontece em outros países europeus, em Portugal, existe pouca legislação específica sobre os procedimentos e normas de qualidade no circuito do medicamento em instituições geriátricas, o que inclui a prescrição, aquisição, armazenamento, distribuição, administração e utilização dos medicamentos.

Neste tipo de instituições deve ser sempre garantido que os idosos recebam todos os medicamentos de forma correta, efetiva e segura para minimizar os erros de medicação e garantir resultados positivos na saúde dos doentes. [34]

As ERPIs são locais onde existe ao serviço, funcionários em reduzido número e normalmente são pessoas sem especialidade médica nas decisões de tratamento. Se a isto se juntar o facto de nas instituições de cuidados geriátricos o consumo de medicamentos ser bastante elevado, está gerada a oportunidade para um processo de gestão da medicação inadequado, que predispõem à ocorrência de erros e um maior risco de problemas relacionados com a medicação. Os problemas relacionados com a medicação podem ocorrer em qualquer momento do circuito do medicamento, desde a prescrição até à administração dos medicamentos e monitorização dos resultados, e estão associados a um aumento substancial nas taxas de morbimortalidade. [35]

Relativamente à prescrição, não há dúvidas que muitos dos medicamentos prescritos aumentam o tempo de vida de muitas pessoas nesta faixa etária tornando-se numa causa preventiva da morbidade e mortalidade. [12]

Na população geriátrica, o ato de prescrever assume uma complexidade ainda maior, principalmente dada a existência de múltiplos prescritores e ainda, dada a dificuldade de fazer o diagnóstico correto, pois é necessário considerar as mudanças relacionadas com a idade. [36]

Relativamente à prescrição inapropriada, podem considerar-se três categorias:[37]

- **Sobre-prescrição (*overprescribing*)** – este termo é definido pela prescrição de mais fármacos do que os necessários. Está associado ao uso excessivo de medicamentos ou medicamentos desnecessários. Torna-se problemático porque aumenta o risco de efeitos adversos, de interações medicamentosas, diminuindo a efetividade dos medicamentos e apresenta um custo mais elevado na saúde. A incidência de reações adversas aumenta progressivamente com o número de medicamentos tomados.

- **Prescrição errada (*misprescribing*)** – definida como uma prescrição de medicamentos que têm um maior potencial de risco do que benefício ou uma prescrição que não está de acordo com o problema de saúde.

- **Sub-prescrição (*underprescribing*)** – é um problema cada vez mais reconhecido na população mais idosa. É definida pela omissão de terapia farmacológica que é indicada para o tratamento ou prevenção de uma doença ou condição clínica.

O **circuito do medicamento** numa instituição de cuidados geriátricos passa por vários processos, sendo estes a prescrição, aquisição, receção, armazenamento, dispensa, administração e monitorização dos medicamentos. [34]

Relativamente à **prescrição**, é possível avaliar a sua qualidade a partir do processo e os resultados, pelo que quando é baseada no processo, é avaliado se a prescrição está de acordo com os padrões aceites. Por outro lado, a avaliação baseada nos resultados mede as consequências que podem ocorrer, como os efeitos adversos. [38]

Na prescrição de medicamentos em idosos institucionalizados, é importante ter em conta a racionalização da terapêutica e a utilização do menor número de medicamentos possível para os tratamentos necessários e com uma boa relação custo-efetividade e diminuição do desperdício. [34]

De forma que a prescrição seja a mais correta possível, existem dois tipos de indicadores que podem ser aplicados, os indicadores explícitos ou implícitos.

Relativamente aos indicadores explícitos, são desenvolvidos normalmente a partir de revisões bibliográficas, da opinião de especialistas e a partir de técnicas de consenso. É destinado a fármacos ou diagnósticos que necessitam de pouca reflexão clínica, sendo por isso mesmo rápidos e fáceis de aplicar a grandes bases de dados com informação pouco detalhada. No entanto, estes critérios não têm em conta todos os fatores que definem a qualidade definidos como a qualidade dos cuidados de saúde do indivíduo. Quanto aos indicadores implícitos, estes relacionam a informação do doente com a informação publicada para avaliar a qualidade da prescrição a partir de um julgamento clínico. Estes métodos focam-se mais no doente do que propriamente os medicamentos ou as doenças, são mais sensíveis do que os anteriores (indicadores explícitos) e têm em conta as preferências do doente, contudo, são mais difíceis de aplicar, pois dependem do conhecimento e atitude de quem os aplica. [38]

Para avaliar um regime terapêutico, utilizar apenas uma das ferramentas de avaliação não será suficiente. O ideal seria combinar a sinalização das situações de risco (critérios explícitos) com uma avaliação geral centrada no doente (critérios implícitos).

A **aquisição** é realizada normalmente em farmácias comunitárias, pelo que deve ser assegurado que um profissional legalmente habilitado avalia a prescrição dos doentes e presta toda a informação necessária ao uso correto, efetivo e seguro do medicamento. A informação

prestada ao idoso institucionalizado ou ao seu cuidador, deve ser objetiva, consistente e adaptada a cada doente. [34], [39]

Quanto à **recepção** da medicação, esta envolve a identificação das embalagens e a comparação entre a medicação pedida e a entregue ao responsável pela mesma. [39]

Para cada novo idoso institucionalizado integrado na instituição, deve ser realizada a reconciliação da terapêutica, incluindo a identificação de discrepâncias entre a medicação anterior e a prescrita de forma a evitar alguns erros na gestão da medicação. [34]

Relativamente ao **armazenamento**, os medicamentos devem estar numa zona reservada, de fácil acesso aos profissionais autorizados e devidamente identificados. Deverá existir um registo de lote e prazo de validade, devendo ser verificado periodicamente. Além disso, deve também ser verificadas e registadas as condições de temperatura e humidade das zonas de armazenamento. Os medicamentos estupefacientes e psicotrópicos devem ser armazenados em local próprio e de acesso controlado. Sempre que possível, deve-se manter os medicamentos nas embalagens originais ou nos recipientes de distribuição até à sua administração, para diminuir possíveis erros correspondentes à administração. [34]

Na fase da **dispensa** há um maior potencial para ocorrer erros na medicação, pois é uma tarefa que requer muito tempo e na maioria das vezes não ocorre a dupla verificação da medicação que é preparada. [35]

Além disso, é na fase da dispensa que, devido à falta de formas de dosagem adequadas, ocorre a divisão e alteração dos medicamentos. Um estudo de 2011 revelou que apesar de esta prática poder ser realizada com instrumentos próprios para a divisão dos medicamentos, a dose presente pode ter um desvio entre 10% a 20% da dose pretendida, o que pode levar a uma menor eficácia do fármaco. Para além disto, nem todos os medicamentos podem ser divididos desta forma, pois têm formulações específicas, como comprimidos gastro resistentes, ou formulações de libertação prolongada, que podem perder o seu efeito. [40]

Relativamente à fase de **administração** dos medicamentos deve ser realizada sob a supervisão de um profissional legalmente habilitado que assume a responsabilidade pela utilização correta da medicação. No caso de administração de vacinas e injetáveis devem ser profissionais legalmente habilitados a efetuar, utilizando o material e equipamento necessários, nas condições recomendadas. [34]

Os erros na fase de administração ocorrem muitas vezes por falta de uma boa prática na administração da medicação por parte do farmacêutico. Num estudo de 2010, foi possível verificar a diminuição de erros na preparação e erros na administração após a implementação de boas práticas de administração de medicação. [41]

Nos últimos anos, tem havido um maior consumo de medicamentos nas instituições de cuidados geriátricos, passando a ser obrigatório em alguns países um farmacêutico clínico responsável pela revisão mensal do regime terapêutico. Na Europa, estes tipos de intervenções não são comuns nas instituições de idosos, onde esta revisão clínica da medicação cabe sobretudo ao médico ou até mesmo enfermeiro da instituição. Alguns estudos mencionam que poucas instituições têm revisão pelo médico da medicação dos idosos.[42] Além disso, Zermansky e alguns colaboradores avaliaram os resultados obtidos após a revisão clínica por parte de um farmacêutico, sendo que o mais significativo foi a redução da ocorrência de quedas, causa comum do consumo de determinados fármacos. Estes autores concluíram que a revisão do regime terapêutico é uma atividade que pode ser efetuada pelo farmacêutico com bastante impacto, podendo melhorar a qualidade do uso de medicamentos nos idosos que se encontram neste tipo de instituições. [43]

De acordo com o INFARMED (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde), o conceito de Farmacovigilância é definido como a ciência e conjunto de atividades que estão relacionados com a deteção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou qualquer outro tipo de segurança que esteja relacionado com medicamentos, de forma a melhorar a sua segurança em defesa do utente e da Saúde Pública. [43]

Antes de cada medicamento ser autorizado, são efetuados diversos estudos rigorosos que permitem detetar reações adversas mais frequentes. No entanto, algumas podem ser raras ou terem um aparecimento mais tardio. De forma a serem detetadas, estas precisam de ser notificadas assim que possível, podendo ser feitas por qualquer profissional de saúde, como por exemplo, médico, farmacêutico ou enfermeiro, e qualquer cidadão que seja o doente que sofreu a reação, tanto como o familiar ou cuidador. [44]

A informação que é recolhida através da notificação é essencial para garantir a monitorização contínua eficaz da segurança dos medicamentos no mercado de forma a se poder implementar medidas que permitam diminuir o risco de ocorrência de reações adversas. [43]

## 2 Objetivos

Ao contrário de outros países europeus, existe pouca legislação sobre o circuito do medicamento nas instituições de idosos em Portugal. Assim, inevitavelmente gera-se nestas instituições um circuito do medicamento semelhante ao que acontece nos serviços hospitalares, e que deve estar definido de forma clara, para que todos recebam os seus medicamentos de forma correta, efetiva e segura com o objetivo de reduzir os erros de medicação e garantir resultados em saúde positivos para os doentes.

O presente trabalho teve como objetivo principal caracterizar o circuito do medicamento nas instituições de cuidados geriátricos na região do Algarve.

Como objetivos específicos, pretendeu-se:

- Caracterizar as instituições de cuidados geriátricos quanto à sua tipologia, número de utentes e capacidade total;
- Caracterizar os utentes das instituições quanto à idade, ao sexo, ao grau de autonomia, número de medicamentos diários e taxa de vacinação;
- Caracterizar o(s) interveniente(s) e responsável pela gestão da medicação quanto à sua formação profissional;
- Identificar a metodologia de prescrição de medicamentos;
- Caracterizar o circuito de aquisição e dispensa de medicamentos;
- Identificar a existência de tecnologias de informação de apoio à prescrição e de registo da medicação;
- Caracterizar o circuito de transcrição, dispensa, distribuição, preparação e administração da medicação prescrita;
- Caracterizar as condições de armazenamento e conservação de medicamentos;
- Identificar a existência de registo dos erros de medicação;
- Identificar a existência de reconciliação da medicação;
- Identificar a existência de revisão da medicação;
- Identificar se é realizada a notificação de reações adversas a medicamentos para o sistema nacional de farmacovigilância.



### 3 Metodologia

Foi realizado um estudo descritivo transversal, através da aplicação de um questionário *online*, disponibilizado por correio eletrónico a todas as instituições de cuidados geriátricos da região do Algarve que disponibilizassem serviços de ERPI, CD e/ou SAD a idosos da região, entre os meses de junho e de julho de 2019.

A lista das instituições e respetivos contactos foi realizada em Microsoft Excel® (2010) através da recolha da informação existente na carta social (disponível em [www.cartasocial.pt](http://www.cartasocial.pt)), onde cada instituição apresentada continha a informação da morada, código postal, telefone, email, entidade proprietária e natureza jurídica.

Foi elaborado um questionário *online* (**anexo I**) a ser aplicado nas diferentes instituições na região do Algarve, tendo como objetivo a avaliação do circuito do medicamento. A resposta deveria ser efetuada pelos profissionais que fazem parte do circuito do medicamento nas instituições. Apesar de haver diferentes intervenientes durante o processo, o questionário deveria ser respondido apenas por um dos intervenientes no processo.

Foram enviados os questionários, via correio eletrónico, às 128 instituições presentes na Carta Social. No entanto, foram devolvidos cerca de 8 dos endereços eletrónicos, pois encontrava-se incorretos. Além do primeiro envio, todas as instituições foram contactadas para lembrar o preenchimento do questionário, tendo sido obtidas 22 respostas ao questionário.

O questionário encontrava-se dividido em duas partes principais. A primeira parte correspondia à caracterização da instituição respondente e foram avaliadas as seguintes variáveis: tipologia da instituição, número de utentes e capacidade total. Foi ainda solicitada informação relativamente aos utentes, nomeadamente: a idade, o sexo, o grau de autonomia, o número de medicamentos diários e a taxa de vacinação dos utentes.

A segunda parte do questionário, com o objetivo de caracterizar o circuito do medicamento, encontrava-se subdividida nas diferentes etapas do circuito. Assim foram solicitadas as seguintes informações:

- Formação profissional do(s) interveniente(s) e **responsável** pela gestão da medicação;
- Identificação da metodologia de **prescrição** de medicamentos: pretendeu-se avaliar a frequência de prescrição, efetuada por 4 itens de resposta com 4 opções (sempre, às vezes, nunca, não aplicável);
- Caracterização do circuito de **aquisição** de medicamentos: pretendeu-se avaliar a frequência de aquisição, efetuada por 6 itens de resposta com 4 opções (sempre, às vezes, nunca, não aplicável);

- Caracterização das condições de **armazenamento e conservação** de medicamentos: pretendeu-se avaliar a forma de armazenamento e conservação dos medicamentos nas instituições, efetuada por 8 itens de resposta com 3 opções (sim, não e não aplicável);
- Existência de **Tecnologias de informação de apoio à prescrição**, e de **registo da medicação**: pretendeu-se avaliar o registo da medicação, sendo efetuada por 3 itens (prescrição, distribuição e administração de medicamentos), com as opções de Sim e Não. Sendo também questionado o nome do programa informático, se aplicável;
- Caracterização da **preparação e administração** dos medicamentos: pretendeu-se avaliar qual o profissional que efetuava a preparação e administração dos medicamentos aos utentes;
- Caracterização das condições de **reconciliação e revisão da medicação**: pretendeu-se conhecer qual o profissional que desempenhava estas tarefas e com que frequência era feita a reconciliação e revisão da medicação;
- **Notificação de reações adversas** a medicamentos para o sistema nacional de Farmacovigilância: pretendeu-se avaliar se era realizada Farmacovigilância na instituição (2 opções de resposta: sim ou não) e conhecer quais os profissionais envolvidos no processo.

Todos os dados obtidos das respostas ao questionário foram inseridos em Microsoft Excel® (2010) e posteriormente convertidos para SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22, onde foi possível fazer a análise estatística descritiva dos dados. As variáveis quantitativas ou categóricas foram analisadas de acordo com frequências relativas e absolutas, tendo sido utilizadas medidas de tendência central (média) e medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação).

## 4 Resultados

Participaram neste estudo 22 instituições da região do Algarve das 128 presentes na Carta Social (17,18%), sendo que a maioria pertence ao concelho de Faro (22,7%) (**Tabela 4.1**), correspondendo a: 7 ERPI, 1 CD, 4 SAD, 1 instituição com duas componentes (ERPI e SAD), 3 instituições com duas componentes (CD e SAD), 6 instituições com as 3 componentes (ERPI, CD e SAD). Mas considerando que 8 endereços eletrónicos foram devolvidos e, portanto, excluídos do estudo, a taxa de participação foi de 18,64%. Cerca de 72,7% das Instituições abrangidas pelo estudo são Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e apenas 27,3% do setor privado (**Tabela 4.2 e Tabela 4.3**).

Tabela 4.1 - Localização das instituições por concelho.

Concelho	Frequência	Percentagem (%)
Albufeira	3	13,6
Alcoutim	2	9,1
Castro Marim	1	4,5
Faro	5	22,7
Lagoa	1	4,5
Loulé	2	9,1
Monchique	1	4,5
Olhão	2	9,1
Portimão	1	4,5
S. B. Alportel	1	4,5
Tavira	2	9,1
V. R. S. António	1	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabela 4.2 - Tipologia das instituições.

Tipologia	Percentagem % (n)
Privada	27,3 (n=6)
IPSS	72,7 (n=16)
<b>TOTAL</b>	<b>100,0 (n=22)</b>

As 22 instituições respondentes acolhem um total de 1099 utentes, na maioria utentes com mais do que 75 anos (84%, n=917). Além disso, o sexo feminino apresenta uma percentagem superior ao sexo masculino (62%, n=683) (**Tabela 4.3**).

Tabela 4.3 - Caracterização dos utentes nas instituições.

Tipo de instituição	Utentes (n)	Sexo (n)		Idade (n)		
		Feminino ♀	Masculino ♂	< 65 anos	65 a 74 anos	> 75 anos
ERPI	532	371	160	11	56	464
CD	169	98	65	16	26	121
SAD	398	214	183	24	41	332
<b>TOTAL</b>	<b>1099</b>	<b>683</b>	<b>408</b>	<b>51</b>	<b>123</b>	<b>917</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

De acordo com o grau de autonomia dos utentes e atendendo ao número total de utentes das 22 instituições, os dados da **Tabela 4.4** demonstram que existe um elevado grau de dependência de terceiros (54,83%, n=448) por parte dos idosos apoiados pelas instituições.

Tabela 4.4 - Grau de autonomia dos utentes.

Tipo de autonomia	Utentes (n)
Total autonomia	119
Necessidade de supervisão	250
Depende de terceiros	448
<b>TOTAL</b>	<b>817</b>

Foi possível verificar que 16 das 22 instituições (72.7%) apresentavam um serviço prestado com participação do Estado. Para além disso, o profissional que assume a direção técnica da instituição de cuidados geriátricos, apresenta em todos os casos, o ensino superior, podendo dessa forma, promover condições de organização, funcionamento e instalação para obedecer a este tipo de instituições.

Relativamente à vacinação e medicação dos idosos nas 22 instituições, verificamos que apenas 14 instituições (63,6%) fazem o registo da vacinação e 20 instituições (90,9%) fazem o registo da medicação dos utentes (**Tabela 4.5**).

Tabela 4.5 - Caracterização do registo de vacinação e medicação dos utentes.

Registo	Vacinação (n)	Medicação (n)
Sim	14	20
Não	8	2
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>22</b>

Em relação ao circuito do medicamento, este foi caracterizado em função do tipo de instituição (ERPI, CD ou SAD) e por etapas do circuito.

No que se refere à aquisição dos medicamentos, esta é realizada por diferentes profissionais de saúde ou pelo Diretor Técnico da instituição, no caso das ERPI. No entanto, tanto nos CD como no SAD, o utente ou familiares têm um papel mais ativo nesta etapa (**Tabela 4.6**).

Tabela 4.6 - Caracterização da aquisição da medicação nas diferentes tipologias de instituição.

Profissional	ERPI (n)	CD (n)	SAD (n)
Farmacêutico	4	0	-
Enfermeiro	4	1	-
Auxiliar	1	0	-
Diretor Técnico	2	1	-
Utente ou familiares	-	7	13
Outro	3	-	-
Não aplicável	0	-	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>14</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

O registo da medicação é feito maioritariamente pelo enfermeiro ou auxiliar nas ERPI e CD e pelo utente ou familiares no SAD (**Tabela 4.7**). Isto acontece também nas etapas do armazenamento (**Tabela 4.8**), preparação (**Tabela 4.9**) e administração da medicação. No caso do Serviço de Apoio Domiciliário, apenas em 40% das instituições é realizada a administração de medicamentos por parte do auxiliar (n= 2) ou dos próprios utentes/familiares (n= 11).

Tabela 4.7 - Caracterização do registo da medicação nas diferentes tipologias de instituição.

Profissional	ERPI (n)	CD (n)	SAD (n)
Farmacêutico	1	-	-
Enfermeiro	12	3	-
Auxiliar	-	4	1
Diretor Técnico	-	-	2
Utente ou familiares	-	-	9
Outro	1	1	-
Não aplicável	0	1	1
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>13</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

No que se refere ao armazenamento, apenas uma instituição ERPI, indicou o farmacêutico como responsável pelo armazenamento da medicação na instituição. Esta tarefa é desempenhada maioritariamente pelo enfermeiro (n=11). No caso das instituições com Centro de Dia, a responsabilidade do armazenamento é tanto do enfermeiro (n=4) como do auxiliar (n=4). Relativamente aos Serviços de Apoio Domiciliário, a responsabilidade do armazenamento é maioritariamente do próprio utente ou familiares (n=12), pois apenas uma instituição referiu existir um auxiliar com essa responsabilidade ao nível do domicílio dos utentes (**Tabela 4.8**).

Tabela 4.8 - Caracterização do armazenamento da medicação nas diferentes tipologias de instituição.

Profissional	ERPI (n)	CD (n)	SAD (n)
Farmacêutico	1	-	-
Enfermeiro	11	4	-
Auxiliar	1	4	1
Diretor Técnico	-	-	-
Utente ou familiares	-	-	12
Outro	1	1	-
Não aplicável	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>13</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

A **Tabela 4.9** apresenta os resultados obtidos relativamente aos profissionais responsáveis pela preparação da medicação dos utentes nas diversas tipologias de cuidados das instituições. Apenas uma ERPI indicou o Farmacêutico como responsável por esta tarefa. Tal como na etapa do armazenamento, é o enfermeiro (n=11) o principal responsável pela preparação da medicação nas ERPI na região do Algarve. No caso dos Centros de dia, a preparação da medicação é realizada principalmente por auxiliares (n=4) ou por enfermeiros (n=3). Nos Serviços Domiciliários, a preparação da medicação fica a cargo, sobretudo do utente ou familiares (n=12) (**Tabela 4.9**).

Tabela 4.9 - Caracterização da preparação da medicação nas diferentes tipologias de instituição

Profissional	ERPI (n)	CD (n)	SAD (n)
Farmacêutico	1	-	-
Enfermeiro	11	3	-
Auxiliar	-	4	1
Diretor Técnico	-	-	-
Utente ou familiares	-	1	12
Outro	1	1	-
Não aplicável	0	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>13</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

Quanto à etapa da **administração** da medicação, os resultados não variam muito comparativamente às etapas anteriormente descritas. Neste caso, em nenhuma instituição o Farmacêutico foi referido como interveniente/responsável no processo (**Tabela 4.10**).

Tabela 4.10 - Caracterização da administração da medicação nas diferentes tipologias de instituição.

Profissional	ERPI (n)	CD (n)	SAD (n)
<i>Farmacêutico</i>	-	-	-
Enfermeiro	11	2	-
Auxiliar	3	6	2
Diretor Técnico	-	-	-
Utente ou familiares	-	-	11
Outro	-	1	-
Não aplicável	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>13</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

A administração dos medicamentos no caso dos serviços domiciliários é realizada apenas em 4 das 10 instituições que apresentam esta valência. Maioritariamente são os próprios utentes ou familiares os responsáveis pela administração da medicação.

Em relação à **prescrição**, foi possível verificar que metade das instituições tinha uma elevada taxa de consultas médicas (50,0%, n=7), tanto com regularidade semanal como em consulta antes da renovação da prescrição da medicação crónica. Apenas numa instituição não há consulta antes da renovação da prescrição da medicação crónica (7,1%, n=1), estando o enfermeiro presente durante as consultas em pelo menos 50,0% (n=7) das vezes. Faz-se notar que todas as instituições referiram que sempre que ocorre um caso de urgência ou hospitalização, o utente ou o profissional que o acompanha leva sempre os dados da medicação (**Tabela 4.11**).

Tabela 4.11 - Caracterização do processo da prescrição.

Processo de prescrição	Sempre % (n)	Às vezes % (n)	Nunca % (n)	N/A % (n)
Consultas médicas semanais?	50,0 (7)	35,7 (5)	14,3 (2)	-
Consulta antes da renovação da prescrição da medicação crónica?	50,0 (7)	42,9 (6)	7,1 (1)	-
Presença de enfermeiro nas consultas médicas?	50,0 (7)	50,0 (7)	-	-
Em caso de urgência/hospitalização do utente, este leva os dados da medicação?	100,0 (14)	-	-	-

**Legenda:** N/A – Não Aplicável.

Em relação à **aquisição de medicamentos**, das 14 instituições respondentes, a compra acontece maioritariamente na farmácia comunitária (85,7%). Apenas duas instituições (16,7%) recorre às vezes diretamente a distribuidores de medicamentos. A compra de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) só em 14,3% dos casos não tem prescrição médica associada. Já a compra da medicação crónica antes da renovação da receita ocorre sempre em 23,1% das instituições e às vezes em 38,5% delas (**Tabela 4.12**).

Tabela 4.12 - Caracterização da aquisição de medicamentos.

Aquisição de medicamentos	Sempre % (n)	Às vezes % (n)	Nunca % (n)	N/A % (n)
Na farmácia	85,7(12)	14,3 (2)	-	-
A distribuidores	-	16,7 (2)	83,3 (10)	-
MNSRM com prescrição médica	35,7 (5)	50,0 (7)	14,3 (2)	-
De utilização crónica antes da renovação da receita	23,1 (3)	38,5 (5)	30,8 (4)	7,7 (1)
Pela farmácia é feita por utente	7,1 (1)	28,6 (4)	50,0 (7)	14,3 (2)
Pela farmácia é feita por grosso	42,9 (6)	21,4 (3)	21,4 (3)	14,3 (2)

**Legenda:** N/A – Não Aplicável.

No caso da entrega dos medicamentos, esta é realizada, em grande parte das instituições “em grosso” (42.9%). Apenas uma instituição (7.1%) refere que os medicamentos são entregues pela farmácia com a indicação do utente a que se destina (**Tabela 4.12**).

Relativamente ao **armazenamento e conservação** da medicação (**Tabela 4.13**), tanto em ERPI como CD, todas as instituições, exceto uma instituição CD, têm uma zona reservada para medicamentos, sendo que esta é reservada apenas a profissionais autorizados, tal como o acesso dos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos é controlado. Além disso, a medicação é armazenada com a identificação de cada utente em quase todos os casos (92,9% das ERPI e 100% dos CD) e há o registo e verificação periódica de todos os prazos de validade e quando estes expiram, a entrega dos medicamentos é feita na farmácia.

O facto de existir medicação sem indicação de um utente em específico em pelo menos metade das instituições (64,3% das ERPI e 22,2% dos CD), não tem de ser um ponto fraco, pois em algumas instituições os medicamentos são adquiridos por grosso e depois é que se procede à preparação da medicação em dose unitária. Contudo, deverá ter-se em consideração os possíveis erros de medicação que daí possam advir. No entanto, é importante realçar que existem alguns pontos fracos nesta etapa, tais como: os medicamentos destinados a frio, não estarem num frigorífico destinado apenas a medicação em duas instituições ERPI (14,3%); e não haver registos de humidade relativa e temperatura na zona de armazenamento em 8 instituições ERPI e 3 instituições CD (57,2% e 33,3%, respetivamente).

Tabela 4.13 - Caracterização do armazenamento e conservação de medicamentos em ERPI e CD.

Armazenamento e conservação	ERPI			CD		
	Sim % (n)	Não % (n)	N/A % (n)	Sim % (n)	Não % (n)	N/A % (n)
Existe uma zona reservada para armazenamento de medicamentos?	100,0 (14)	-	-	100,0 (9)	-	-
Existe acesso reservado a profissionais autorizados?	100,0 (14)	-	-	88,9 (8)	11,1 (1)	-
Existe registo e verificação periódica dos prazos de validade?	100,0 (14)	-	-	100,0 (9)	-	-
O acesso aos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos é controlado?	100,0 (14)	-	-	55,6 (5)	-	44,4 (4)
A entrega dos medicamentos com prazo de validade expirado é feita na farmácia?	100,0 (14)	-	-	66,7 (6)	-	33,3 (3)
Os medicamentos que necessitam de conservação a temperatura 2-8°C são armazenados num frigorífico destinado apenas à medicação?	85,7 (12)	14,3 (2)	-	55,6 (5)	-	44,4 (4)
São efetuados registos de temperatura e humidade relativa do ambiente na zona de armazenamento dos medicamentos?	28,6 (4)	57,2 (8)	14,3 (2)	22,2 (2)	33,3 (3)	44,4 (4)
A medicação é armazenada com a identificação de cada utente?	92,9 (13)	7,1 (1)	-	100,0 (9)	-	-
Existe medicação sem indicação de um utente em específico?	64,3 (9)	35,7 (5)	-	22,2 (2)	77,8 (7)	-

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; N/A – Não Aplicável.

No caso dos Serviços de Apoio Domiciliário, apenas três instituições que prestam este serviço referiram realizar/verificar as condições de armazenamento e conservação dos medicamentos em casa dos utentes.

No caso das ERPI, 78.6% (n=11) das instituições referem apresentar suporte de apoio à prescrição da medicação, 92.9% (n=13) referem suporte de apoio para a preparação da medicação, 69.2% (n=9) referem ter algum tipo de suporte de apoio para a administração da medicação e 61.5% (n=8) suporte para registo de erros de medicação. Já na valência de Centro

de Dia, a existência de suportes de apoio é menor, já que 55.6% (n=5) das instituições referem ter suporte à prescrição da medicação, 66.7% (n=6) suporte para a preparação da medicação, 77.8% (n=7) suporte para a administração de medicação e 44.4% (n=4) suporte para registo de erros de medicação (Tabela 4.14).

Tabela 4.14 - Caracterização do uso de suporte de apoio à gestão da medicação em ERPI e CD.

Uso de suporte de apoio	ERPI		CD	
	Sim % (n)	Não % (n)	Sim % (n)	Não % (n)
Para Prescrição da medicação	78,6 (11)	21,4 (3)	55,6 (5)	44,4 (4)
Para Preparação da medicação	92,9 (13)	7,1 (1)	66,7 (6)	33,3 (3)
Para Administração de medicação	69,2 (9)	30,8 (4)	77,8 (7)	22,2 (2)
Para Registo de erros de medicação	61,5 (8)	38,5 (5)	44,4 (4)	55,6 (5)

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

O suporte de apoio é maioritariamente o registo manual para a maioria das situações (preparação, administração e registo de erros de medicação). Apenas a prescrição médica é suportada, na generalidade, por apoio informático através de programas específicos. Esta situação é transversal tanto à valência ERPI como CD (Tabela 4.15).

Tabela 4.15 - Designação do suporte de apoio à gestão da medicação em ERPI e CD.

Suporte de apoio	Tipo de registo	ERPI % (n)	CD % (n)
Para Prescrição da medicação	Manual em folha para o efeito	33,3 (2)	100,0 (1)
	Manual sem especificação	16,7 (1)	-
	Informático: MySenior	33,3 (2)	-
	Informático: TSR	16,7 (1)	-
Para Preparação da medicação	Manual: folha de medicação	87,5 (7)	50,0 (1)
	Informático	12,5 (1)	50,0 (1)
Para Administração de medicação	Manual: folha de medicação	83,3 (5)	50,0 (1)
	Informático	16,7 (1)	50,0 (1)
Para Registo de erros de medicação	Manual: folha de medicação	83,3 (5)	50,0 (1)
	Informático	16,7 (1)	50,0 (1)

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

Em relação à **folha farmacoterapêutica** esta deveria ter uma maior utilização por parte das instituições uma vez que é um documento que centraliza toda a informação sobre os medicamentos dos utentes. No entanto, apenas cerca de 85% das ERPI e 44% dos CD a utilizam.

Quanto á **transcrição da prescrição**, esta é feita maioritariamente em suporte informático nas ERPI (57,2%) e em suporte manual nos CD (55,6%). Sendo que, o mesmo acontece quanto às alterações da prescrição registadas neste tipo de instituições.

O **registo da medicação** prescrita é realizado em apenas 40% das instituições que apresentam a valência de Serviços Domiciliários.

Em relação à **preparação da medicação**, esta é feita semanalmente em 85,7% das ERPI e 66,7% dos CD. Além disso, apenas é preparada diariamente numa instituição ERPI (7,1%) e em duas instituições CD (22,2%) (**Tabela 4.16**). No caso da preparação da medicação na deslocação ao domicílio, apenas é feita em 20% (n=3) dos casos e a sua preparação é feita diariamente (66.7%, n=2).

Tabela 4.16 - Caracterização da preparação da medicação em ERPI e CD.

<b>Antecedência da preparação da medicação</b>	<b>ERPI % (n)</b>	<b>CD % (n)</b>
Diariamente	7,1 (1)	22,2 (2)
Semanalmente	85,7 (12)	66,7 (6)
Outra	7,1 (1)	11,1 (1)
<b>TOTAL</b>	<b>100,0 (14)</b>	<b>100,0 (9)</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

A **dispensa de medicamentos** é efetuada em todas as instituições ERPI (n=14) e em instituições CD (77,8%) (**Tabela 4.17**). Quanto ao tipo de sistema de dispensa, a caixa unidose/diária tem uma maior utilização nas ERPI (31,8%, n=7), enquanto nos Centros de Dia, apenas duas instituições indicarem que utilizam este sistema de dispensa (**Tabela 4.17**).

Tabela 4.17 - Caracterização do sistema de dispensa da medicação em ERPI e CD.

Tipo de sistema de dispensa	ERPI % (n)	CD % (n)
Caixa unidose/diária	31,8 (7)	100,0 (2)
Caixa semanal	27,3 (3)	-
Colocado na mesa	9,1 (1)	-

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos

Fazemos notar que em todas as valências de apoio a idosos foi referido que aquando da transferência de utentes há reconciliação da medicação em 92,9% (n=13) das ERPI, 66,7% (n=6) dos CD e 55,6% (n=5) dos SAD. O profissional que desempenha esta tarefa é o enfermeiro em 84,6% (n=11) das ERPI e 50,0% (n=3) dos CD. No caso do Serviço de Apoio Domiciliário, tanto o diretor técnico como o auxiliar têm papel na **reconciliação da medicação** em caso de transferência de utentes (**Tabela 4.18**).

Tabela 4.18 - Profissional responsável pela reconciliação da medicação em caso de transferência de utentes nas diferentes tipologias de instituição.

Profissional	ERPI % (n)	CD % (n)	SAD % (n)
Farmacêutico	7,7 (1)	-	-
Enfermeiro	84,6 (11)	50,0 (3)	-
Médico	5,2 (2)	-	-
Psicólogo	2,5 (1)	-	-
Diretor Técnico	-	33,3 (1)	40,0 (2)
Auxiliar	-	16,7 (2)	40,0 (2)
Outro	-	-	20,0 (1)
<b>TOTAL</b>	<b>100,0 (13)</b>	<b>100,0 (6)</b>	<b>100,0 (5)</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

Em relação à **revisão da medicação**, esta não é efetuada em 7,7% (n=1) das ERPI, em 12,5% (n=1) dos CD e em 55,6% (n=5) dos SAD. Quando se realiza a revisão da medicação, é o enfermeiro o principal responsável em 69,2% (n=9) dos ERPI e 42,9% (n=3) dos CD, mas o diretor técnico ou o auxiliar têm um papel significativo nos SAD (25%, respetivamente) (**Tabela 4.19**).

Tabela 4.19 - Responsável pela revisão da medicação.

<b>Profissional</b>	<b>ERPI % (n)</b>	<b>CD % (n)</b>	<b>SAD % (n)</b>
Farmacêutico	7,7 (1)	-	-
Enfermeiro	69,2 (9)	42,9 (3)	-
Médico	15,4 (3)	-	-
Psicólogo	-	-	-
Diretor Técnico	7,7 (1)	28,6 (2)	25,00 (1)
Auxiliar	-	28,6 (2)	25,00 (1)
Outro	-	-	50,00 (2)
<b>TOTAL</b>	<b>100,0 (13)</b>	<b>100,0 (7)</b>	<b>100,0 (4)</b>

**Legenda:** CD – Centro de Dia; ERPI – Estrutura Residencial Para Idosos; SAD – Serviço Apoio Domiciliário.

Na etapa final do circuito do medicamento, tentou caracterizar-se o sistema de farmacovigilância nas instituições de apoio a idosos. Verificou-se que quando ocorre uma reação adversa a um medicamento, na maioria das instituições não é efetuada **notificação** no Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF). Sendo efetuada em apenas 35,7% (n=5) das ERPI, maioritariamente pelo enfermeiro (80%, n=4); em 33,3% (n=2) dos CD, também pelo enfermeiro (50%, n=1) ou auxiliar (50%, n=1); e em 11,1% (n=1) dos SAD efetuada pelo auxiliar.



## 5 Discussão

Neste estudo efetuado em 22 instituições de cuidados geriátricos (27,3% das instituições eram do setor privado e 72,7% IPSS) foi realizada a análise das diversas etapas do circuito da medicação. As instituições incluídas neste estudo acolhiam um total de 1099 utentes, maioritariamente com idade superior a 75 anos (84%), e 448 utentes (54,83%) completamente dependentes de terceiros. O número total de utentes (1099) corresponde a quase um sexto da população de idosos institucionalizados da região do Algarve, que é de 6624. [44]

Uma característica comum nos diferentes tipos de instituição é o facto de os utentes do sexo feminino se encontrarem em maior número em relação ao sexo masculino. Este facto pode dever-se à superioridade numérica das mulheres, que é devida à maior esperança de vida. Por esta razão, segundo dados do INE as diferenças entre a relação de masculinidade da população total e a da população idosa são bem evidentes: 93,4 e 72,4, respetivamente. [5]

Pretendeu-se com este estudo: Caracterizar as instituições de cuidados geriátricos (ERPI, CD e SAD) quanto à sua tipologia, capacidade, idade, sexo e autonomia dos utentes, e formação do Diretor Técnico; conhecer com detalhe a gesto da medicação das instituições desde a prescrição à monitorização. Dessa forma, a discussão irá atender aos seguintes tópicos: Autonomia; Vacinação; Prescrição; Aquisição; Armazenamento e Conservação; Utilização de Folha Farmacoterapêutica; Preparação e Dispensa; Reconciliação da medicação; Revisão da medicação; Notificação de reações adversas.

Em relação à autonomia dos utentes das diferentes tipologias de instituições, verificou-se que existe um elevado grau de dependência de terceiros (54,83%, n=448).

De acordo com o Decreto-Lei nº 265/99 de 14 de julho, considera-se em situação de dependência quando não é possível praticar com autonomia os atos essenciais das necessidades básicas de vida quotidiana, como os relativos à realização dos serviços domésticos, à locomoção e cuidados de higiene, necessitando da assistência de terceiros. [45]

Além disso, no presente decreto, considera-se dois graus de dependência, sendo o 1º grau para *“indivíduos que não possam praticar, com autonomia, os atos indispensáveis à satisfação de necessidades básicas da vida quotidiana, designadamente atos relativos à alimentação ou locomoção ou cuidados de higiene pessoal”*. O 2º grau de dependência, menciona que são indivíduos que contenham as situações de dependência do 1º grau e se encontrem acamados ou revelem quadros de demência grave. [45]

Tal como mencionado anteriormente, um estudo realizado por Almeida, em 2008, refere que para além de motivos de saúde, a perda de independência do idoso como uma das principais razões para se proceder à sua institucionalização. [24]

Em relação à vacinação, verificou-se que apenas cerca de 63% das instituições registavam a vacinação dos utentes, não havendo dessa forma controlo sistemático das vacinas administradas na população idosa por parte das instituições.

O facto de no presente estudo haver uma baixa taxa de registo de vacinação, não significa que os idosos não foram vacinados, pois poderão ter sido vacinados no Centro de Saúde ou na Farmácia, no caso dos utentes que habitam na sua residência e se deslocam por seus meios à Farmácia, mas sem haver registo por parte da instituição.

Em Portugal, a promoção da saúde e prevenção da doença têm um papel bastante importante nas instituições de cuidados geriátricos. O Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas, do Instituto da Segurança Social, refere que este tipo de instituições deve ter planos elaborados de forma a prevenir e controlar qualquer tipo de situação que possa afetar os residentes, especificando o caso do programa de vacinação dos utentes e colaboradores. [46] Aliás, no presente ano de 2019, a diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, referiu durante a conferência “Vacinas: Inovar, Financiar e Prevenir” que *“atingimos as mais altas taxas de cobertura de sempre, sendo 97% provavelmente um dos melhores valores do mundo”*, o que comprova que as campanhas de sensibilização tiveram um efeito positivo ao longo destes anos. [47] Dessa forma, seria importante que existisse um registo sistemático da vacinação dos utentes das instituições de cuidados geriátricos, de modo a garantir a proteção da saúde pública.

No *Global Report* da Federação Internacional Farmacêutica (FIP) publicado em 2016, Portugal é referido como caso de sucesso na intervenção farmacêutica do país na administração de medicamentos, em particular a vacinação. É salientado que os farmacêuticos estão envolvidos ativamente em iniciativas de promoção da imunização; estima-se que, desde 2007, mais de 1,3 milhões de portugueses foram vacinados nas farmácias. [48] Esta tarefa de registo da vacinação poderia ser realizada pelo farmacêutico ou enfermeiro.

A administração de vacinas pelo farmacêutico apenas pode ser prestado em farmácias comunitárias e centros de saúde, não sendo legalmente permitido fora dos mesmos. [49]

Em Portugal, a administração de vacinas e medicamentos injetáveis por farmacêuticos, nas farmácias comunitárias, está legalmente consagrada desde 2008, tendo permitido aumentar fortemente a taxa de cobertura vacinal da população, tal como, aliás, tem sido reportado por outros países que adotaram a mesma política, como o Reino Unido, a Irlanda, a Suíça, o Canadá

e os EUA. [50] No entanto, a administração de vacinas por farmacêuticos apenas será possível para os indivíduos pertencentes às instituições geriátricas que se possam deslocar a estes locais.

Em Inglaterra, este tipo de serviço de vacinação sazonal contra a gripe está também implementado em que o farmacêutico se desloca às instituições de cuidados geriátricos e é assinado um consentimento informado pelo médico ou outro profissional responsável pela administração. [51]

Este serviço poderia ser futuramente implementado neste tipo de instituições, havendo mais um profissional a participar ativamente na saúde e prevenção de doenças e além disso, outra sugestão para o futuro seria este serviço ser prestado por farmacêuticos independentes, ou seja, sem estarem ao serviço de nenhuma farmácia, mas que tivessem formação complementar específica que o habilite a administrar vacinas.

Em relação ao processo de prescrição foi questionada a frequência das consultas médicas. Estas acontecem todas as semanas em 50,0% das instituições (n=7). O ideal seria o mesmo médico a fazer o seguimento dos doentes na instituição, no entanto, isto não invalida que os residentes sejam seguidos por outro médico se assim o quiserem ou houver essa necessidade específica. Tal como é referido no Manual de Boas Práticas – Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas, do Instituto da Segurança Social, mesmo que exista um médico na instituição de cuidados geriátricos, o utente tem o direito de o escolher ou manter o médico de família.[46] Apesar disto, apenas 50,0% das instituições tem sempre consulta antes da renovação da prescrição da medicação crónica, em 42,9% só às vezes há este tipo de consulta e em 1 instituição (7,1%) nunca existe consulta antes da renovação da prescrição.

Uma revisão sistemática publicada em 2017 analisou a prevalência e o risco associado a erros de medicação (EM) que levaram a hospitalização e morte em utentes de instituições de cuidados geriátricos em 11 estudos. Foram avaliados três tipos de EM nos vários estudos, sendo que 5 estudos avaliaram todos os tipos de EM, outros 5 estudos avaliaram EM relacionados com a transferência do utente e 1 estudo avaliou os medicamentos potencialmente inapropriados.

Além disso, foi possível avaliar a percentagem de utentes em que foi considerada a presença de erros comuns. Nos estudos que avaliaram todos os tipos de EM, 16-27% dos utentes apresentavam erros comuns. Relativamente aos estudos que avaliaram erros relacionados com a transferência dos utentes, 13-31% dos utentes apresentavam erros comuns e em 75% dos utentes foram prescritos pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado. Posto isto, os efeitos aos EM não foram considerados graves (0-1% dos EM), sendo a morte rara. Dessa forma, segundo os resultados desta revisão sistemática, não ficou claro se os EM que são

considerados graves são realmente pouco frequentes ou se são subnotificados, pelo que em casos semelhantes a estes, é possível perceber se há problemas relacionados com a medicação e com o utente, e por vezes nas instituições a administração de medicamentos não efetivos ou não seguros poderá ocorrer. [52]

Este seria um ponto importante a considerar, especialmente para se implementar programas de revisão e gestão da medicação dos utentes, tentando prevenir ou resolver possíveis resultados clínicos negativos ou erros de medicação.[53]

Todavia, o enfermeiro encontra-se sempre presente nas consultas médicas em 31,8% das instituições. É importante realçar que em todas as instituições, os dados da medicação dos utentes são levados sempre em casos de urgência ou hospitalização dos mesmos. Estes procedimentos são importantes na minimização dos erros de medicação que possam ocorrer.

Em relação à aquisição dos medicamentos, a maioria das instituições recorre sempre às farmácias para comprar os medicamentos (85,7%, n=12), ainda que duas das instituições (16,7%, n=2) também compre “às vezes” a distribuidores. No entanto, a compra de medicação crónica antes da renovação da receita acontece “sempre” em 23,1% e “às vezes” em 38,5% das instituições. Um projeto implementado na região da Beira Interior no ano de 2012 teve como objetivo realizar o acompanhamento de 513 utentes que apresentavam sequencialmente renovação da prescrição sem consulta médica, o que ocorreu em cerca de 40% (n=199) dos utentes. Apesar de este procedimento ter aumentado o acesso dos doentes à terapêutica farmacológica, este procedimento não permite a monitorização dos resultados em saúde de modo a otimizar os resultados terapêuticos obtidos. [54]

O farmacêutico poderá utilizar esta oportunidade de monitorização dos resultados terapêuticos associados à prescrição e dessa forma incorporar a sua mais-valia decorrente das suas competências técnico-científicas. Apesar de em alguns casos não existir farmacêutico na instituição, as farmácias têm relevância no processo.

De acordo com um estudo realizado em instituições ERPI na Bélgica, a prática de aquisição de medicação sujeita a receita médica sem a prescrição médica era de 69,9%, um valor bastante superior ao presente estudo. [55] Estes dados, não deixam de ser preocupantes, pois o médico não consegue avaliar o estado de saúde do utente antes da aquisição da medicação, incorrendo em possíveis erros de medicação como já referido. A entrega da medicação pela farmácia é feita sempre por utente em apenas uma instituição (7,1%), pelo que a entrega é maioritariamente feita por grosso em 42,9% (n=6) das instituições e só às vezes em 21,4% (n=3). É necessário mencionar que a fase de aquisição da medicação deve ser sempre acompanhada por

profissionais de saúde que promovem a dispensa da mesma de forma a promover um uso seguro do medicamento e evitar problemas relacionados com os medicamentos (PRM), pelo que isso não acontece quando a medicação é dispensada na farmácia “por grosso”. [56]

Em relação ao armazenamento e conservação da medicação é de real importância destacar que existem 2 aspetos em que são cumpridas as boas práticas em 100% nas ERPI e CD: existe uma zona reservada para o armazenamento de medicamentos e existe registo e verificação periódica dos prazos de validade. O Manual de Boas Práticas-Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas do Instituto da Segurança Social, refere que *“a medicação deve estar em local seguro, acessível apenas aos técnicos de saúde e aos colaboradores que a ministram”*. [46] No entanto, não podemos afirmar que isto acontece totalmente porque numa instituição CD não existe acesso reservado a profissionais autorizados. Do mesmo modo, o Modelo de Avaliação da Qualidade num Lar Residencial do Instituto da Segurança Social menciona que *“os medicamentos trazidos pelos clientes são identificados, manuseados de forma segura, armazenados numa área específica, segura e salvaguardas as condições de preservação”*. [57] Ainda assim, esta regra não é cumprida numa das instituições ERPI estudadas.

O registo de temperatura e humidade relativa do ambiente na zona de armazenamento dos medicamentos não era realizado em 57,2% (n=8) das instituições ERPI e 33,3% (n=3) das instituições CD. De igual forma, nem todas as instituições têm os medicamentos que necessitam de conservação a temperatura 2-8°C armazenados num frigorífico destinado apenas à medicação, o que acontece apenas em 14,3% das instituições.

Os frigoríficos que contenham medicamentos devem estar equipados com um sistema de controlo e registo da temperatura com alarme permanentemente ativado, podendo assim, avisar caso ocorra uma alteração da temperatura. [58]

A conservação correta dos medicamentos é um requisito importante para garantir a sua qualidade, pelo que é imprescindível a implementação de procedimentos de trabalho que asseguram essa conservação. [58]

Em 64,3% (n=9) das ERPI e 22,2% (n=2) dos CD existe medicação sem indicação de um utente em específico, podendo ser adquiridos os medicamentos por grosso e depois ser procedida à preparação da medicação em dose unitária. Com o objetivo de haver registo dos prazos de validade e local de armazenamento, existe uma folha modelo nacional, no Manual de Processos Chave – Estrutura Residencial para Idosos da do Instituto da Segurança Social (anexo II). [59] No entanto, pode não ser o modelo mais viável, uma vez que refere outros campos, juntando informação clínica com informação relacionada com a gestão, podendo-se tornar

pouco eficiente para cada um dos propósitos. Posto isto, seria preferível ter um registo apenas para os prazos de validade de toda a medicação.

O recurso ao suporte de apoio ao circuito do medicamento, ocorre quase sempre em mais de 50% de todas as fases (prescrição, preparação, administração e registo de erros de medicação) das ERPI e CD. De acordo com a Portaria nº 137-A/2012, de 11 de maio, artigo 8º, é obrigatória a utilização de prescrição eletrónica de medicamentos com exceção de: falência do sistema informático; inadaptação fundamentada do prescriptor, previamente confirmada e validada anualmente pela respetiva Ordem profissional; prescrição ao domicílio; e outras situações até um máximo de 40 receitas médicas por mês. [60] No entanto, a prescrição ao domicílio não é aplicável a locais de prescrição em lares de idosos. Apesar desta norma, verificou-se que algumas instituições não usufruem de qualquer tipo de tecnologia de informação de apoio. Para além disso, ainda não existe uma padronização dos programas, sendo utilizados vários diferentes.

Em relação à folha farmacoterapêutica, é um documento centralizado de toda a informação dos medicamentos dos utentes, pelo que 84,6% das ERPI e 44,4% dos CD a utilizam. Esta utilização da folha farmacoterapêutica deveria ter um maior contributo para poder servir como bom auxiliar no circuito da medicação. Existe uma folha farmacoterapêutica como modelo nacional, no Manual de Processos Chave- Estrutura Residencial para Idosos da do Instituto da Segurança Social. [59] No entanto, não foi questionado se este modelo é utilizado pelas instituições. Este tipo de lista de medicação é necessário quando um doente necessita de algum tratamento no hospital ou se apresenta num consultório médico para se conseguir fazer um bom atendimento. Assim, caso seja necessário fazer alterações ou descontinuar a terapêutica, pode fazer-se modificações a essa lista de forma a passar esta informação para o doente e os outros cuidadores. [61] Se for promovido o uso formulário e o seu preenchimento for feito de forma correta de forma adequada às necessidades específicas dos utentes e o seu transporte pelo utente em qualquer situação, cumpre o seu objetivo.

No caso das instituições estudadas, 57,2% das ERPI faz registo da alteração das prescrições em suporte informático e 55,6% dos CD faz registo da alteração das prescrições em suporte manual. No caso das instituições SAD, apenas 4 (40,0%) é que fazem o registo dos medicamentos prescritos. Assim, esta poderia ser uma oportunidade para o farmacêutico intervir na fase de registo da alteração das prescrições dos medicamentos, uma vez que os utentes deste tipo de instituição podem não saber gerir a medicação da forma mais correta.

Um estudo realizado na Suíça, em 2018, teve como objetivo avaliar os problemas relacionados com a medicação em 100 utentes transferidos do hospital para as instituições de cuidados geriátricos. As prescrições dos medicamentos só foram claras para os enfermeiros em 62% dos casos, pelo que em 20 utentes, os medicamentos necessários não estavam disponíveis, o que resultou em 19 erros de medicação. A avaliação por um farmacêutico clínico revelou que apenas 33 utentes tinham uma prescrição clara, o que demonstrou que existiram problemas na comunicação entre profissionais de saúde, baixa disponibilidade de medicamentos e baixa qualidade de prescrição.[62]

Com isto, será necessária uma maior utilização da folha na prescrição da medicação ou de outra ferramenta que tenha a mesma finalidade para melhorar a segurança dos medicamentos.

Em relação à preparação da medicação, é feita de acordo com os registos da folha farmacoterapêutica para onde é transcrita, em 13 instituições ERPI (92,9%) e em 11 instituições CD (77,8%). A preparação da medicação é feita para uma semanalmente em 12 instituições ERPI (85,7%) e 6 instituições CD (66,7%), sendo preparada diariamente em 1 instituição ERPI (7,1%) e em 2 instituições CD (22,2%). No caso dos Serviços de Apoio Domiciliário, a preparação da medicação diariamente ocorre em 2 instituições (66,7%). A verificação da preparação da medicação é bastante importante porque a preparação é um momento onde se promove o uso seguro do medicamento, uma vez que haja alguma falha neste passo, provavelmente já não vai ser detetada e devidamente corrigida.[63]

Em relação à dispensa da medicação, foi questionada a utilização de um sistema de dispensa, pelo que todas as instituições ERPI utilizam e apenas 2 instituições CD não utilizam. Quanto ao tipo de sistema de dispensa, 7 instituições ERPI utilizam caixa unidose/diária, tal como 2 instituições CD. O Modelo de Avaliação da Qualidade num Lar Residencial do Instituto da Segurança Social refere que é necessário um sistema de qualidade na assistência medicamentosa, pelo que na administração devem ser definidas as regras para ser feito de forma segura e se detetar eventuais efeitos secundários.[57] No entanto, não refere os procedimentos e que competências devem ter os profissionais que intervêm neste processo.

Em relação à reconciliação da medicação, apenas foi questionado se esta era realizada quando há transferência de utentes e quem é (são) o(s) responsável(is). Cerca de 92,9% das instituições ERPI (n=13), 66,7% das instituições CD (n=6) e 55,6% das instituições SAD (n=5) referem que efetuam a reconciliação da medicação quando há transferência do utente entre unidades de

cuidados de saúde, por exemplo serviços ou hospitais. Sendo que há 1 instituição ERPI (7,1%), 3 instituições CD (33,3%) e 4 instituições SAD (44,4%) que não efetuam esta prática. No questionário foi referido que a reconciliação era entendida como a recolha de informação quando há transferência de utentes entre cuidados de saúde, de modo a construir uma lista atualizada da medicação.

A reconciliação de medicamentos é o processo de obtenção e verificação de uma lista completa com os medicamentos atuais de cada utente. Dessa forma, quaisquer alterações estão documentadas nos registos de cuidados do utente, como a tabela de medicamentos, podendo ser verificadas quando transferidas para outro prestador de cuidados ao utente. [64]

Este poderia ser um ponto em que poderia ocorrer intervenção por parte dos profissionais das instituições para que este processo seja de recolha sistemática, comparação e comunicação para haver uma lista organizada e atual de toda a informação da medicação do utente.

A transferência dos dados da medicação de cada utente de forma completa e uma equipa multidisciplinar são dois fatores que contribuem para a redução de PRM (Problemas Relacionados com o Medicamento) ao integrar um farmacêutico que faz uma revisão regular da medicação. [65] É importante realçar que tanto o utente como os cuidadores informais devem fazer parte dessa equipa multidisciplinar. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes de 2015-2020 tem como âmbito a reconciliação da medicação em Portugal, de forma a aplicar métodos e promover a melhoria da gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde. [66]

O Despacho nº1400-A/2015, de 10 de fevereiro) refere que “*a reconciliação da terapêutica é um processo de verificação da lista completa da medicação de cada doente*”, devendo todas as alterações serem registadas no respetivo processo. Além disso, refere que “*a reconciliação terapêutica permite reduzir a omissão, a duplicação ou a prescrição incorreta de medicação nas transições e transferências de cuidados e, reduzir, assim, os incidentes com medicação*”.

[66] No caso de outros países, esta prática já se encontra implementada de forma sistemática. Na Austrália, pelo Australian Government – Department of Health and Aging e na Nova Zelândia, pelo New Zealand Ministry of Health. [64] [67]

Relativamente aos profissionais que intervêm neste processo, verificou-se que o enfermeiro tem o papel maioritário, apresentando uma taxa de 84,6% em instituições ERPI (n=11) e 50,0% em instituições CD (n=3). No entanto, a realização da reconciliação da medicação pelo diretor técnico ou auxiliar nas instituições CD e SAD, parece ser uma intervenção que está para além das respetivas competências técnicas destes profissionais. Contudo, a responsabilidade deste

processo pode ser partilhada por outros profissionais de saúde: enfermeiros, farmacêuticos hospitalares ou comunitários, médicos ou outros, devendo ser feita em colaboração com os utentes e os seus familiares. [68] Portanto, os hospitais têm vindo a adotar diferentes abordagens nesta etapa. Em alguns hospitais a responsabilidade é do médico para indicar quais os medicamentos que foram descontinuados, e noutros cenários, é o enfermeiro ou o farmacêutico que deverá entrar em contacto com o médico do utente caso haja alguma dúvida ou o medicamento não tenha sido solicitado na pré-admissão.[61] As organizações devem garantir que a reconciliação da medicação é implementada por profissionais de saúde com as habilitações e conhecimento necessário para uma comunicação eficaz, conhecimento técnico dos processos de gestão de medicamentos e conhecimento terapêutico do uso de medicamentos. [69] A FIP e a Organização Mundial de Saúde (OMS) delinearão normas conjuntas para as Boas Práticas de Farmácia, onde referiram que *“Os farmacêuticos devem garantir uma continuidade de cuidados através da transferência da informação relativa à terapêutica medicamentosa do doente entre os diversos sectores de prestação de cuidados de saúde pelos quais este passa”*. [70]

Em relação à revisão da medicação, tal como na reconciliação foi questionado se esta era realizada quando há transferência de utentes e quem é (são) o(s) responsável(eis). Sendo efetuada em 92,3% das instituições ERPI (n=12), 87,5% das instituições CD (n=7) e 44,4% das instituições SAD (n=4). O enfermeiro é o principal interveniente na revisão da medicação em 9 instituições ERPI (69,2%) e 3 instituições CD (42,9%), mas o médico sozinho (15,4%, n=3 das instituições ERPI) também tem um papel significativo. No entanto, nas instituições SAD, o diretor técnico e o auxiliar intervêm em 50% das instituições neste tipo de processo. A revisão da medicação compreende a avaliação sistemática do uso de medicamentos pelo utente e a sua respetiva gestão, de forma a identificar, resolver e prevenir problemas relacionados com o medicamento, sendo os principais focos a saúde do utente, independência, cuidado e conforto. [64]

A revisão periódica da medicação nas instituições de cuidados geriátricos ainda encontra várias barreiras em Portugal, pois o que se pretende é que os farmacêuticos nas instituições de cuidados geriátricos trabalhem em equipas multidisciplinares para encontrar uma solução para cada utente juntamente com os médicos e os restantes profissionais de saúde, de modo a otimizar os resultados da terapêutica farmacológica e a reduzir os possíveis efeitos adversos. Em instituições de países como a Suíça e a Holanda esta atividade já está devidamente implementada.[71] Na Noruega, existe um farmacêutico com experiência em farmacoterapia

geriátrica que faz a revisão da medicação dos utentes nas instituições de cuidados geriátricos, e na Irlanda, esta revisão é feita regularmente sendo também revistos os documentos relacionados com os cuidados dos utentes. [72][73] Um estudo em Manchester realizado em 2000, em 14 instituições ERPI com 330 utentes, revelou que metade dos medicamentos prescritos necessitavam de modificações, tendo sido recomendado frequentemente a descontinuação da medicação. Dessa forma, este estudo revelou que o farmacêutico consegue reduzir o número de medicamentos inapropriados nos utentes idosos, tornando-se um benefício para o serviço nacional de saúde inglês. [74]

Em relação à notificação de reações adversas a medicamentos (RAM), apenas 5 instituições ERPI (35,7%), 2 instituições CD (33,3%) e 1 instituição SAD (11,1%), referem que sempre que ocorrem reações adversas a medicamentos é efetuada a notificação ao Sistema Nacional de Farmacovigilância. Também foi questionado qual o responsável pela notificação, pelo que o enfermeiro tem um papel mais ativo em 4 instituições ERPI (80,0%) e 1 instituição CD (50,0%), pelo que na instituição SAD que realiza a notificação, é o auxiliar que a faz.

Tal como refere no Despacho nº 1400-A/2015, de 10 de fevereiro, em Portugal, tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis *online*, as reações adversas a medicamentos (Portal RAM, disponível em [www.infarmed.pt](http://www.infarmed.pt) e os incidentes (Notific@, disponível em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)) que ocorram numa instituição de saúde e que envolvam a medicação. [66]

De acordo com o relatório do 1º ano do Portal RAM, em 2013, foram rececionadas no SNF 1472 notificações de suspeitas de reações adversas, das quais 384 (26%) foram recebidas *online* e 1088 (74%) em papel. Das notificações recebidas em papel, 643 (59%) foram consideradas graves pelo notificador e nas notificações recebidas *online* 195 (51%) foram classificadas como graves.

A classe dos médicos apresenta mais de metade das notificações em papel (51%, n=561), seguindo-se os farmacêuticos com 33% (354). Quanto às notificações recebidas *online*, os farmacêuticos apresentam-se com maior percentagem (43%, n=163) e os médicos com 37% (141).

Tendo em conta a Unidade Regional de Farmacovigilância (URF) do Sul rececionou apenas 1 notificação de utente e 317 notificações por profissionais de saúde. [75]

Relativamente ao 4º Trimestre de 2017, foram recebidas 1869 notificações, tendo sido 688 notificações diretamente de Profissionais de Saúde e utentes (37%). Das notificações realizadas, 321(47%) foram realizadas por médicos e 216 (31%) por farmacêuticos.

Tendo em conta a Unidade de Farmacovigilância do Algarve e Alentejo, das 17 notificações recebidas, 8 foram consideradas notificações graves. [76]

Posto isto, o INFARMED publicou em 2017 que nos primeiros nove meses desse ano foram registadas 4200 notificações a RAM das quais 1.924 oriundas de profissionais de saúde e utentes e 2.274 da indústria. Além disso, entre 2012 e 2017 foram recebidas 12326 participações, tendo apenas 8% (982) sido realizadas pelo cidadão, destacando o INFARMED que *“estes dados indiciam subnotificação de reações adversas em Portugal pela população”*.

Dessa forma, o INFARMED tem vindo ao longo dos anos a realizar campanhas para *“sensibilizar a população e os profissionais de saúde para a importância da notificação de suspeitas de reações adversas a medicamentos”*. [77]

Atualmente, de forma a ocorrer melhor gestão do medicamento e a reduzir PRM nas instituições de cuidados geriátricos deve-se considerar: a competência da equipa, a população alvo, a segurança da equipa, o uso de tecnologia para os registos, colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, os processos a se ter em conta quando ocorre uma visita domiciliar e a autonomia do farmacêutico. [78]



## 6 Conclusão

Os principais desafios para o circuito do medicamento em instituições de idosos são maximizar a eficácia, especificar o tratamento e minimizar erros de medicação. A implementação de normas rigorosas na gestão da medicação em instituições de cuidados geriátricos é um meio para o melhor cumprimento desses desafios. No entanto, a implementação desta traz consigo novos desafios um tanto difíceis de superar.

Apesar do enfermeiro ser o principal responsável pela gestão da medicação e ser interveniente em quase todas as fases do circuito do medicamento nas instituições de cuidados geriátricos, existem outros intervenientes, como psicólogos e auxiliares, que não têm habilitações específicas nessa área.

Relativamente ao procedimentos a considerar no circuito do medicamento, a maioria encontrava-se conforme o descrito na literatura, embora algumas instituições tivessem descrito práticas onde se verificaram algumas não conformidades, como por exemplo, o baixo registo de vacinação dos utentes, o armazenamento dos medicamentos de frio não ser corretamente efetuado em frigorífico destinado apenas para a medicação, ausência de registos e controlo da humidade relativa e temperatura no local de armazenamento, e não ser efetuada a notificação de reações adversas a medicamentos no Sistema Nacional de Farmacovigilância.

O farmacêutico, como profissional de saúde e interveniente na saúde da população, deveria ter um papel bastante relevante no que respeita ao aconselhamento e medidas adequadas ao circuito do medicamento nas instituições de cuidados geriátricos. Contudo, no presente estudo, o farmacêutico tem um papel muito pouco interventivo, pelo que mesmo intervindo na aquisição, registo, armazenamento, reconciliação e revisão da medicação, desenvolve o seu trabalho num pequeno número de instituições. Futuramente, dever-se-iam desenvolver programas de gestão do circuito do medicamento nas várias instituições, incluindo no CD e SAD com a colaboração ativa do farmacêutico, onde a sua atuação é muito menos frequente de modo a colmatar esse problema e melhorar os resultados em saúde.

No geral, este trabalho permite concluir que há necessidade de estabelecimento de linhas orientadoras que definam o papel de cada interveniente no circuito do medicamento em instituições de apoio a idosos, assim como a necessidade de programas de formação nesta área para todos os envolvidos no processo.



## 7 Referências Bibliográficas

- [1] A. Rocha, "O Autoconceito Dos Idosos," Universidade de Medicina de Lisboa, 2007.
- [2] Direção Geral de Saúde, "Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas," p. 28, 2006.
- [3] Organização Mundial da Saúde and Comissão da União Europeia, "Dia Internacional das Pessoas Idosas-Envelhecimento Saudável," *Direção Geral da Saúde*, 2008.
- [4] R. Besdine, "Considerações gerais sobre o envelhecimento - Questões sobre a saúde de pessoas idosas," *Merck Sharp & Dohme Corp.*, 2017. [Online]. Available: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/questões-sobre-a-saúde-de-pessoas-idosas/o-envelhecimento-do-corpo/considerações-gerais-sobre-o-envelhecimento>. [Accessed: 13-Sep-2019].
- [5] Instituto Nacional de Estatística, "O Envelhecimento em Portugal: Situação Demográfica e Socio-Económica Recente das Pessoas Idosas," pp. 185–208, 2002.
- [6] Organização Mundial da Saúde, "Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde," 2015.
- [7] A. Fernandes, "Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social," 2001.
- [8] Instituto Nacional de Estatística, "Portal do INE - Indicadores Resumo sobre População," 2013. [Online]. Available: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&userLoadSave=Load&userTableOrder=9327&tipoSeleccao=1&contexto=pq&selTab=tab1&submitLoad=true). [Accessed: 30-Jul-2019].
- [9] Eurostat, "Índices de envelhecimento e de dependência de idosos na UE - DetalheNoticia - om," 2016. [Online]. Available: <https://www.om.acm.gov.pt/-/2--6>. [Accessed: 30-Jul-2019].
- [10] Instituto Nacional de Estatística, "Projeções de População Residente em Portugal," 2017.
- [11] HN and ZO, "Efeitos das alterações climáticas na população exigem medidas imediatas - Francisco George," *LUSA-Agência de Notícias de Portugal*. [Online]. Available: <https://www.lusa.pt/article/27034859/sns-40-anos-efeitos-das-alterações-climáticas-na-população-exigem-medidas-imediatas-francisco-george>. [Accessed: 14-Sep-2019].
- [12] Ministério da Saúde, "Retrato da Saúde," 2018.
- [13] V. Nicolau, C. Nunes, and A. Escoval, "Prevalência da Multimorbilidade em Portugal," *Direção Geral da Saúde*, 2014.
- [14] Cristina Galvão, "O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição," *Doss. Saúde dos Idosos*, 2006.
- [15] Direção Geral da Saúde, "Circular Normativa N°13/DGCG - Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas," 2004.
- [16] J. T. DiPiro, R. L. Talbert, G. C. Yee, G. R. Matzke, B. G. Wells, and L. M. Posey, "Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach," 9 edition. [Online]. Available: <https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=689&sectionid=48811433#57521190>. [Accessed: 30-Jul-2019].
- [17] A. Vila-Forte, "Efeitos do envelhecimento no sistema musculoesquelético - Distúrbios ósseos, articulares e musculares - Manual MSD Versão Saúde para a Família," *Merck Sharp & Dohme Corp.* [Online]. Available: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-ósseos,-articulares-e-musculares/biologia-do-sistema-musculoesquelético/efeitos-do-envelhecimento-no-sistema-musculoesquelético>. [Accessed: 15-Sep-2019].

- [18] K. Teo, “Doença arterial periférica oclusiva - Distúrbios do coração e dos vasos sanguíneos - Manual MSD Versão Saúde para a Família,” *Merck Sharp & Dohme Corp.*, 2018. [Online]. Available: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/casa/distúrbios-do-coração-e-dos-vasos-sanguíneos/doença-arterial-periférica/doença-arterial-periférica-occlusiva>. [Accessed: 15-Sep-2019].
- [19] L.-Z. Kaestli, A.-F. Wasilewski-Rasca, P. Bonnabry, and N. Vogt-Ferrier, “Use of Transdermal Drug Formulations in the Elderly,” *Drugs Aging*, vol. 25, no. 4, pp. 269–280, 2008.
- [20] J. Ruscini and S. Linnebur, “Farmacocinética no envelhecimento - Geriatria - Manuais MSD edição para profissionais,” 2014. [Online]. Available: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/geriatria/terapia-medicamentosa-em-idosos/farmacocinética-no-envelhecimento>. [Accessed: 15-Sep-2019].
- [21] S. C. Costa and Ê. R. P. Pedroso, “A prescrição de medicamentos para idosos internados em serviço de clínica médica: atualização,” *Rev Med Minas Gerais*, vol. 21, no. 2, pp. 201–214.
- [22] C. Diogo, “Avaliação da Qualidade Sentida e Satisfação Dos Clientes de uma Estrutura Residencial Para Idosos,” 2016.
- [23] J. M. M. B. L. Fernandes, “Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados,” 2000.
- [24] A. Almeida, “A Pessoa Idosa institucionalizada em Lares Aspectos e contextos da Qualidade de Vida,” 2008.
- [25] L. Andrade, “A flecha do tempo - As Práticas de Serviço Social na IPSS no Concelho de Coimbra,” 2009.
- [26] M. GEP, “Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos,” 2017.
- [27] Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa, “Definição ou significado de instituição.” [Online]. Available: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/instituição>. [Accessed: 30-Jul-2019].
- [28] Centro Nacional de Pensões, “Guia Prático - Complemento Solidário Para Idosos,” *Inst. da Segurança Soc.*, 2019.
- [29] INE-Instituto Nacional de Estatística, “População residente total e por sexo na região do Algarve e em Portugal,” 2019. .
- [30] Instituto Nacional de Estatística, “Censos 2011 - Resultados Definitivos Região Algarve,” 2011.
- [31] GEP - Gabinete de Estratégia e Planeamento, “Carta Social,” 2019. [Online]. Available: <http://www.cartasocial.pt/>. [Accessed: 15-Sep-2019].
- [32] Segurança Social, “Instituições Particulares de Solidariedade Social.” [Online]. Available: <http://www.seg-social.pt/ipss#>. [Accessed: 13-Jul-2019].
- [33] World Health Organization, “A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons,” 2004.
- [34] Instituto Português da Qualidade, “Comissão Setorial para a Saúde - Gestão da Medicação nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI),” 2014.
- [35] N. D. Barber *et al.*, “Care homes’ use of medicines study: prevalence, causes and potential harm of medication errors in care homes for older people.,” *Qual. Saf. Health Care*, vol. 18, no. 5, pp. 341–6, Oct. 2009.
- [36] P. J. McLeod, A. R. Huang, R. M. Tamblyn, and D. C. Gayton, “Defining inappropriate practices in prescribing for elderly people: a national consensus panel,” *CMAJ*, vol. 156, no. 3, 1997.

- [37] M. O'Connor, P. Gallagher, and D. O'Mahony, "Inappropriate Prescribing: Criteria, Detection and Prevention," *Springer Int. Publ. AG.*, 2012.
- [38] R. L. Page, S. A. Linnebur, L. L. Bryant, and J. M. Ruscini, "Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: defining the problem, evaluation tools, and possible solutions.," *Clin. Interv. Aging*, vol. 5, pp. 75–87, Apr. 2010.
- [39] National Institute for Health and Clinical Excellence, "Technical patient safety solutions for medicines reconciliation on admission of adults to hospital," 2007.
- [40] C. Verrue, E. Mehuys, K. Boussery, J.-P. Remon, and M. Petrovic, "Tablet-splitting: a common yet not so innocent practice," *J. Adv. Nurs.*, vol. 67, no. 1, pp. 26–32, Jan. 2011.
- [41] C. L. Verrue, E. Mehuys, A. Somers, G. Van Maele, J. P. Remon, and M. Petrovic, "Medication Administration in Nursing Homes: Pharmacists' Contribution to Error Prevention," *J. Am. Med. Dir. Assoc.*, vol. 11, no. 4, pp. 275–283, May 2010.
- [42] J. H. Gurwitz *et al.*, "Incidence and preventability of adverse drug events in nursing homes.," *Am. J. Med.*, vol. 109, no. 2, pp. 87–94, Aug. 2000.
- [43] A. G. Zermansky, D. R. Petty, D. K. Raynor, N. Freemantle, A. Vail, and C. J. Lowe, "Randomised controlled trial of clinical medication review by a pharmacist of elderly patients receiving repeat prescriptions in general practice," *BMJ*, vol. 323, no. 7325, pp. 1340–1340, Dec. 2001.
- [44] Gabinete de Estratégia e Planeamento, "Carta Social-Rede de Serviços e Equipamentos," 2019. [Online]. Available: [http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb\\_area&cod\\_distrito=08&cod\\_concelho=0&cod\\_freguesia=0&cod\\_area=21&cod\\_valencia=0&dcf=08](http://www.cartasocial.pt/index2.php?filtrar=hidden&foco=cb_area&cod_distrito=08&cod_concelho=0&cod_freguesia=0&cod_area=21&cod_valencia=0&dcf=08). [Accessed: 25-Sep-2019].
- [45] Ministério do Trabalho e da Solidariedade, "Decreto-Lei nº265/99 de 14 de julho," *Diário da República*, 1999.
- [46] Instituto de Segurança Social, "Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas," 2005.
- [47] C. Silva, "Portugal com cobertura de vacinação mais alta de sempre," *Expresso*, 2019. [Online]. Available: <https://expresso.pt/sociedade/2019-05-03-Taxa-de-97.-Portugal-com-cobertura-de-vacinacao-mais-alta-de-sempre>. [Accessed: 23-Sep-2019].
- [48] Federação Internacional Farmacêutica, "An overview of current pharmacy impact on immunisation," 2016.
- [49] NHS England, "Seasonal Flu vaccination for residents," 2019.
- [50] G. Plácido and M. Guerreiro, "Administração de vacinas e medicamentos injetáveis por farmacêuticos," *Ordem dos Farm.*, 2015.
- [51] Serviço Nacional de Saúde, "Vacinas - Guias da Saúde," 2019. [Online]. Available: <https://www.sns24.gov.pt/guia/vacinas/>. [Accessed: 01-Sep-2019].
- [52] N. Ferrah, J. J. Lovell, and J. E. Ibrahim, "Systematic Review of the Prevalence of Medication Errors Resulting in Hospitalization and Death of Nursing Home Residents," *J. Am. Geriatr. Soc.*, vol. 65, no. 2, pp. 433–442, Feb. 2017.
- [53] A. Santos and S. Domingos, "Boletim do Cim -Reconciliação da Medicação: Um conceito aplicado ao hospital," *Rev. Ordem dos Farm.*, 2013.
- [54] M. Proença, M. Caramona, A. Ferreira, and A. Macedo, "Perfil Clínico e Farmacoterapêutico dos Doentes com Renovação de Prescrição sem Consulta Médica: Estudo Descritivo," *Rev. Port. Farmacoter.*, 2012.
- [55] C. Verrue *et al.*, "Organization of the Medication Management Process in Belgian Nursing Homes," 2011.

- [56] Ministério da Saúde, “Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto,” *Diário da República*, 2006.
- [57] Instituto da Segurança Social, “Modelo de Avaliação da Qualidade num Lar Residencial,” 2007.
- [58] Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, “Orientações para o armazenamento de medicamentos, produtos farmacêuticos e dispositivos médicos,” *Rede Nac. Cuid. Contin. Integr.*, 2009.
- [59] Instituto da Segurança Social, “Manual de Processos Chave-Estrutura Residencial para Idosos,” 2011.
- [60] Ministério da Saúde, “Portaria nº 137-A, Artigo 8º,” 2012.
- [61] Institute for Healthcare Improvement, “How to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation,” 2011.
- [62] C. Meyer-Masseti, V. Hofstetter, B. Hedinger-Grogg, C. R. Meier, and B. J. Guglielmo, “Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland,” *Int. J. Clin. Pharm.*, vol. 40, no. 6, pp. 1614–1620, Dec. 2018.
- [63] Ordem Dos Farmacêuticos, “Norma Geral Para a Preparação Individualizada de Medicação,” 2018.
- [64] Australian Government-Department of Health and Ageing, “Guiding principles for medication management in residential aged care facilities,” 2012.
- [65] C. Meyer-Masseti, C. R. Meier, and B. J. Guglielmo, “The scope of drug-related problems in the home care setting,” *Int. J. Clin. Pharm.*, vol. 40, no. 2, pp. 325–334, Apr. 2018.
- [66] Diário da República, “Plano Nacional Para a Segurança dos Doente,” vol. 2ª série-Nº28, 2015.
- [67] New Zealand Ministry of Health, “Medicines Care Guides for Residential Aged Care,” 2011.
- [68] Ordem dos Farmacêuticos, “Reconciliação da medicação: um Conceito aplicado ao Hospital,” *Rev. da Ordem dos Farm.*, 2013.
- [69] National Institute for Health and Care Excellence, “Medicines optimisation: the safe and effective use of medicines to enable the best possible outcomes,” 2015.
- [70] Federação Internacional Farmacêutica and World Health Organization, “Normas Conjuntas FIP/OMS para as Boas Práticas de Farmácia,” 2010.
- [71] A. Campos, “Idosos em lares tomam mais de dez medicamentos por dia,” *Público*, 2014. [Online]. Available: <https://www.publico.pt/2014/11/06/sociedade/noticia/idosos-em-lares-tomam-mais-de-dez-medicamentos-por-dia-1675227>. [Accessed: 28-Aug-2019].
- [72] S. Ruths, J. Straand, and H. A. Nygaard, “Multidisciplinary medication review in nursing home residents: what are the most significant drug-related problems? The Bergen District Nursing Home (BEDNURS) study,” 2003.
- [73] Health Information and Quality Authority, “National Standards for Residential Care Settings for Older People in Ireland,” 2016.
- [74] L. Furniss, A. Burns, S. Craig, S. Scobie, J. Cooke, and B. Faragher, “Effects of a pharmacist’s medication review in nursing homes,” *British J. Psychiatry*, 2000.
- [75] INFARMED-Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, “Notificações de RAM recebidas no Sistema Nacional de Farmacovigilância diretamente de Profissionais de saúde e Utentes,” *DGRM (Direção Gestão do Risco Medicam.)*, 2013.
- [76] INFARMED-Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, “Notificações

- e Casos de RAM- 4ºTrimestre de 2017,” 2017.
- [77] INFARMED-Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, “Reações adversas a medicamentos – SNS,” 2017. [Online]. Available: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/29/reacoes-adversas-a-medicamentos/>. [Accessed: 23-Sep-2019].
- [78] P. S. Flanagan and A. Barns, “Current perspectives on pharmacist home visits: do we keep reinventing the wheel?,” *Integr. Pharm. Res. Pract.*, vol. 7, pp. 141–159, 2018.



## 8 Anexos

### Anexo I: Instrumento de recolha de dados

# Gestão do Medicamento e Nutrição nas Instituições de Cuidados Geriátricos

Os campos assinalados com um asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

### Gestão do Medicamento e Nutrição nas Instituições de Cuidados Geriátricos

Este questionário está enquadrado no projeto *MeNuCHAI (Medication Management and Nutrition Care in Care Homes: reality and structuring services in the Algarve region)*, que tem como objetivo a caracterização e análise dos serviços de nutrição e de gestão da medicação em instituições de cuidados geriátricos na região do Algarve.

A resposta a este questionário é voluntária e confidencial. Se futuramente pretender revogar o seu consentimento para a participação neste estudo, deverá enviar essa indicação para o email [menuchal.cenie@gmail.com](mailto:menuchal.cenie@gmail.com).

A informação recolhida será utilizada unicamente para fins estatísticos no âmbito deste projeto.

Este questionário ocupará um tempo médio de 15-30 minutos para o seu preenchimento.

Desde já agradecemos a vossa colaboração!

#### Caraterização da Instituição

\* Assinale a opção ou opções aplicáveis para a sua instituição

- Estrutura Residencial para Idosos
- Centro de Dia
- Serviço de Apoio Domiciliário

---

#### **Localização da Instituição:**

\* Concelho:

- Albufeira
- Alcoutim
- Aljezur
- Castro Marim
- Faro
- Lagoa
- Lagos
- Loulé
- Monchique
- Olhão
- Portimão

- São Brás de Alportel
- Silves
- Tavira
- Vila do Bispo
- Vila Real de Santo António

\* **Freguesia:**

\* **Tipo de Entidade:**

- Pública
- Privada
- IPSS
- Outra

**Número de Utentes:**

\* **Estrutura Residencial Para Idosos**

\* **Centro de Dia**

\* **Serviço de Apoio Domiciliário**

**Género (ERPI):**

(referir o número de utentes de cada um dos géneros à data do preenchimento)

	Número
* Feminino	
* Masculino	

**Género (Centro de Dia):**

(referir o número de utentes de cada um dos géneros à data do preenchimento)

	Número
* Feminino	
* Masculino	

**Género (Serviço Apoio Domiciliário):**

(referir o número de utentes de cada um dos géneros à data do preenchimento)

	Número
* Feminino	

* Masculino	
-------------	--

**Idades dos Residentes/Utentes (ERPI):**

(referir o número de utentes para cada um dos itens à data do preenchimento)

	< 65 anos	Entre 65 e 74 anos	>= 75 anos
* Número			

**Idades dos Residentes/Utentes (Centro de Dia):**

(referir o número de utentes para cada um dos itens à data do preenchimento)

	< 65 anos	Entre 65 e 74 anos	>= 75 anos
* Número			

**Idades dos Residentes/Utentes (Serviço de Apoio Domiciliário):**

(referir o número de utentes para cada um dos itens à data do preenchimento)

	< 65 anos	Entre 65 e 74 anos	>= 75 anos
* Número			

**Grau de Autonomia dos Residentes:**

(referir o número de utentes para cada um dos itens à data do preenchimento)

	Total autonomia	Necessidade de supervisão	Dependente de terceiros
* Número			

**Comparticipação do serviço prestado ao utente:****\* Serviço prestado com participação do Estado:**

- Sim  
 Não

**\* Não usufrui de participação pelo Estado:**

- Sim  
 Não

**\* Indique a formação (habilitações literárias) do Diretor Técnico da Instituição:****\* A instituição mantém registo atualizado da vacinação dos utentes?**

- Sim  
 Não

**ESTRUTURA RESIDENCIAL PARA IDOSOS**

---

**Circuito do medicamento****A instituição mantém registo atualizado da medicação dos utentes?**

- Sim  
 Não

**Indique qual(is) os profissionais responsável(eis) pelas várias etapas do circuito do medicamento**  
(aquisição, registos, armazenamento e conservação, preparação e administração):

	Farmacêutico	Enfermeiro	Auxiliar	Diretor Técnico	Outro
Aquisição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armazenamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Se outro, qual?

**Prescrição da medicação:**

(assinale a frequência de prescrição aplicável à sua Instituição)

	Sempre	Às vezes	Nunca	Não aplicável
Consultas médicas semanais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consulta antes da renovação da prescrição da medicação crónica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presença de Enfermeiro nas consultas médicas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Em caso de urgência/hospitalização do utente, este leva os dados da medicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Aquisição da medicação:**

(assinale a frequência de aquisição de medicamentos aplicável à sua Instituição)

	Sempre	Às vezes	Nunca	Não aplicável
Compra de medicamentos realizada na farmácia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compra de medicamentos a distribuidores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compra de medicamentos não sujeitos a receita médica é feita com prescrição médica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compra da medicação crónica é realizada antes da renovação da receita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A entrega dos medicamentos pela Farmácia é feita pelo utente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A entrega dos medicamentos pela Farmácia é feita por grosso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Armazenamento e conservação da medicação:**

(assinale a frequência de aquisição aplicável à sua Instituição)

	Sim	Não	Não aplicável
Existe uma zona reservada para armazenamento de medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe acesso reservado a profissionais autorizados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe registo e verificação periódica dos prazos de validade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O acesso aos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos é controlado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os medicamentos com prazo de validade expirado são entregues na Farmácia para a Valormed?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os medicamentos que necessitam de conservação a temperatura 2-8°C são armazenados num frigorífico destinado apenas à medicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
São efetuados registos de temperatura e humidade relativa do ambiente na zona de armazenamento dos medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9

---

A medicação é armazenada com a identificação de cada utente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe medicação sem indicação de um utente em específico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Registos:****Existe um suporte (papel/informático) de apoio à gestão da medicação:**

Para a prescrição de medicamentos

- Sim  
 Não

Se sim, qual?

Para a preparação de medicamentos

- Sim  
 Não

Se sim, qual?

Para a administração de medicamentos

- Sim
- Não

Se sim, qual?

Para o registo de erros da medicação

- Sim
- Não

Se sim, qual?

**Relativamente aos registos efetuados sobre a medicação:**

É utilizado algum modelo de folha farmacoterapêutica?

- Sim
- Não

Realizam a transcrição da prescrição?

- Sim
- Não

Se sim, a transcrição é feita de que modo?

- Manual
- Suporte Informático
- Outro

Se outro, qual?

As alterações à prescrição são registadas?

- Sim
- Não

Se sim, são feitas de que modo?

- Manual
- Suporte Informático
- Outro

Se outro, qual?

**Preparação e administração da medicação:**

**A medicação é preparada com que periodicidade?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Outra

Se outra, qual?

**É utilizado algum sistema para a dispensa da medicação?** (ex: caixa unidose por utente, colocação na mesa, etc)

- Sim
- Não

Se sim, qual?

**Sempre que há transferência do utente entre unidades de cuidados de saúde (ex: hospital e ERPI) é efetuada a reconciliação da medicação** (Recolha de informação de modo a ser elaborada uma lista atualizada da medicação) ?

- Sim
- Não

Se sim, quem é responsável por esta tarefa?

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Outro

Se outro, qual?

**É efetuada uma revisão da medicação periodicamente** (análise do uso de todos os medicamentos do utente com o objetivo de assegurar que os mesmos são utilizados de forma adequada) ?

- Sim
- Não

Se sim, quem é responsável por esta tarefa?

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Outro

Se outro, qual?

**Sempre que ocorrem reações adversas a medicamentos é efetuada a notificação ao Sistema Nacional de Farmacovigilância?**

- Sim
- Não

Se sim, quem é responsável por esta tarefa?

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Outro

Se outro, qual?

12

---

## **CENTRO DE DIA**

---

13

---

## **Circuito do Medicamento**

**Quem são o(s) responsável(eis) pela gestão do medicamento** (aquisição, registos, armazenamento e conservação, preparação e administração)?

	Farmacêutico	Enfermeiro	Auxiliar	Diretor Técnico	Utente ou familiares	Outro	Não aplicável
Aquisição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Armazenamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se outro, qual?

**Armazenamento e conservação da medicação:**

	Sim	Não	Não aplicável
Existe uma zona reservada para armazenamento de medicamentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe acesso reservado a profissionais autorizados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe registo e verificação periódica dos prazos de validade?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O acesso aos medicamentos estupefacientes e psicotrópicos é controlado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A entrega dos medicamentos com prazo de validade expirado é feita na farmácia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os medicamentos que necessitam de conservação a temperatura 2-8°C são armazenados num frigorífico destinado apenas à medicação?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
São efetuados registos de temperatura e humidade relativa do ambiente na zona de armazenamento dos medicamentos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A medicação é armazenada com a identificação de cada utente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Existe medicação sem indicação de um utente em específico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Registos:**

**Existe um suporte (papel / informático) de apoio à gestão da medicação:**

Para a prescrição de medicamentos

- Sim
- Não

Se sim, qual?

Para a preparação de medicamentos

- Sim
- Não

Se sim, qual?

Para a administração de medicamentos

- Sim
- Não

Se sim, qual?

Para o registo de erros da medicação

- Sim
- Não

Se sim, qual?

**Relativamente aos registos efetuados sobre a medicação:**

É utilizado algum modelo de folha farmacoterapêutica?

- Sim
- Não

Realizam a transcrição da prescrição?

- Sim
- Não

Se sim, a transcrição da prescrição é feita de que modo?

- Manual
- Suporte Informático
- Outro

Se outro, qual?

As alterações à prescrição são registadas?

- Sim
- Não

Se sim, são feitas de que modo?

- Manual
- Suporte Informático
- Outro

Se outro, qual?

#### **Preparação e administração da medicação:**

**A medicação é preparada com que periodicidade?**

- Diariamente
- Semanalmente
- Outra
- Não aplicável

Se outra, qual?

**No caso da preparação da medicação ser efetuada pela Instituição, é utilizado algum sistema para a dispensa da medicação?** (ex: caixa unidose por utente, colocação na mesa, etc)

- Sim
- Não

Se sim, qual?

**Sempre que há transferência do utente entre unidades de cuidados de saúde (ex: hospital e ERPI) é efetuada a reconciliação da medicação** (Recolha de informação de modo a elaborar uma lista atualizada da medicação)?

- Sim
- Não

**Se sim, quem é responsável por esta tarefa?**

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Outro

Se outro, qual?

**É efetuada uma revisão da medicação periodicamente** (análise do uso de todos os medicamentos do utente com o objetivo de assegurar que os mesmos são utilizados de forma adequada)?

- Sim
- Não

**Se sim, quem é responsável por esta tarefa?**

- Farmacêutico
- Enfermeiro
  
- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Outro

Se outro, qual?

**Sempre que ocorrem reações adversas a medicamentos é efetuada a notificação ao Sistema Nacional de Farmacovigilância?**

- Sim
- Não

**Se sim, quem é responsável por esta tarefa?**

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Outro

Se outro, qual?

## SERVIÇO DE APOIO DOMICILIÁRIO

---

### Circuito do medicamento

**Quem são o(s) responsável(eis) pela gestão do medicamento** (aquisição, registos, armazenamento e conservação, preparação e administração)?

	Farmacêutico	Enfermeiro	Auxiliar	Diretor Técnico	Utente ou familiares	Outro	Não aplicável
Aquisição	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Registos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Armazenamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Se outro, qual?

### **Armazenamento e conservação, preparação e administração da medicação:**

Aquando da deslocação dos profissionais da Instituição ao local de residência dos utentes é /são efetuada (s):

Verificação do local e das condições de conservação dos medicamentos?

- Sim
- Não

Registos dos medicamentos prescritos aos utentes?

- Sim
- Não

Administração de medicamentos?

- Sim
- Não

Se sim, qual?

- Todos os medicamentos
- Apenas os injetáveis
- Outro

Se outro, qual?

Preparação da medicação?

- Sim
- Não

Se sim, com que frequência?

- Diariamente
- Semanalmente
- Outra

Se outra, qual?

Se sim, como é efetuada?

- Em sistema unidose (caixas semanais)
- Em sistemas unidose (caixas diárias)

22

---

- Outro

Se outro, qual?

**Sempre que há transferência do utente entre unidades de cuidados de saúde (ex: hospital e residência) é efetuada a reconciliação da medicação** (Recolha de informação de modo a elaborar uma lista atualizada da medicação)?

- Sim
- Não

Se sim, quem é responsável por esta tarefa?

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Outro

Se outro, qual?

**É efetuada uma revisão da medicação periodicamente** (análise do uso de todos os medicamentos do utente com o objetivo de assegurar que os mesmos são utilizados de forma adequada)?

- Sim
- Não

Se sim, quem é responsável por esta tarefa?

- Farmacêutico
- Enfermeiro
- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Outro

Se outro, qual?

**Sempre que ocorrem reações adversas a medicamentos é efetuada a notificação ao Sistema Nacional de Farmacovigilância?**

- Sim
- Não

Se sim, quem é responsável por esta tarefa?

23

---

- Auxiliar
- Diretor Técnico
- Enfermeiro
- Farmacêutico
- Outro

Se outro, qual?

