



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

BRAGA

Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica
Medicamentosa em Estruturas Residenciais para Pessoas
Idosas

Projeto de Intervenção apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em
Gerontologia Social Aplicada

Nídia Alexandra Novais Castro

Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais

FEVEREIRO 2026



CATÓLICA
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

BRAGA

Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica
Medicamentosa em Estruturas Residenciais para Pessoas
Idosas

Projeto de Intervenção apresentado à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em
Gerontologia Social Aplicada

Nídia Alexandra Novais Castro

Sob a Orientação do Prof. **Doutor António
Fonseca**

Resumo

Este projeto de intervenção visa desenvolver um Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI (Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas), com o objetivo de otimizar a segurança e eficácia da medicação. O estudo aborda o envelhecimento demográfico em Portugal, a evolução das ERPIs e a importância de garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

A metodologia utilizada combina análise documental, entrevistas semiestruturadas e um focus group com diversos profissionais (farmacêuticos, médicos, enfermeiros e auxiliares de ação direta) para diagnosticar desafios e identificar boas práticas.

Os resultados apontam para a complexidade da administração de medicamentos em ERPI, destacando a falta de procedimentos uniformes, lacunas na formação dos profissionais, problemas de comunicação, práticas de risco como a trituração inadequada e a ocultação de medicamentos e fragilidades normativas. A polimedicação e a prescrição potencialmente desapropriada são também identificadas como preocupações significativas.

O estudo conclui que é essencial implementar um Guião de Boas Práticas, acompanhado de formação contínua, registos eletrónicos uniformes e uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes. A revisão terapêutica regular e a valorização do papel do farmacêutico são também cruciais. Ao investir na segurança da administração de medicação, as ERPI demonstram o seu compromisso com o bem-estar e a dignidade dos idosos.

Palavras-Chave: Guião de Boas Práticas; Administração Terapêutica Medicamentosa; Polimedicação; Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Abstract

This intervention project aims to develop a Guide to Best Practices for Medication Management in Residential Care Facilities for the Elderly (ERPI), with the goal of optimizing medication safety and efficacy. The study addresses demographic aging in Portugal, the evolution of residential care facilities for the elderly, and the importance of ensuring the well-being and quality of life of institutionalized older adults.

The methodology used combines document analysis, semi-structured interviews, and a focus group with various professionals (pharmacists, physicians, nurses, and nursing assistants) to diagnose challenges and identify best practices.

The results point to the complexity of medication administration in long-term care facilities, highlighting the lack of uniform procedures, gaps in professional training, communication problems, risky practices such as improper crushing and concealment of medications, and regulatory weaknesses. Polypharmacy and potentially inappropriate prescribing are also identified as significant concerns.

The study concludes that it is essential to implement a Good Practice Guide, accompanied by ongoing training, standardized electronic records, and effective communication among all stakeholders. Regular medication reviews and valuing the role of the pharmacist are also crucial. By investing in medication administration safety, long-term care facilities demonstrate their commitment to the well-being and dignity of older adults.

Keywords: Good Practice Guide; Therapeutic Drug Administration; Polypharmacy; Residential Care Facilities for the Elderly.

Agradecimentos

Aos meus pais, que sempre foram o meu porto seguro, o meu alicerce inabalável. Sei que ninguém partilha, com tanto orgulho, cada passo do meu caminho. A vossa crença em mim é a minha maior força.

Ao meu companheiro, pela compreensão das minhas ausências e por me apoiar desde o primeiro momento.

À Dr.^a Narcisa Dias, a minha profunda gratidão – não só pela bolsa concedida, mas também pela sua orientação em momentos chave, o envolvimento genuíno neste trabalho e a partilha de conhecimentos que enriqueceram a minha perspetiva sobre este tema. As nossas conversas e a referenciação de profissionais para o *focus-group* revelaram-se bastante proveitosas

Ao Professor António Fonseca, agradeço a disponibilidade constante e a objetividade na orientação deste trabalho. A sua clareza e rigor foram fundamentais para o sucesso desta etapa.

À Professora Catarina Vieira da Silva, pela coordenação dedicada deste mestrado e pela sensibilidade demonstrada em momentos mais difíceis.

À Dr.^a Sónia Silva, pela compreensão e flexibilidade. Agradeço a paciência e o apoio durante as minhas ausências. Prometo regressar renovada e pronta para retribuir com mais ferramentas para ser ainda melhor profissional.

ÍNDICE

Introdução	9
Capítulo 1- Enquadramento Teórico	9
1.1. ECOS DEMOGRÁFICOS EM TONS DE CINZA	9
1.2. ERPI- DEAMBULAÇÕES ENTRE O PASSADO, O FUTURO E O PRESENTE.....	10
1.2.1. O passado	10
1.2.2. O presente	11
1.2.3 O Futuro	12
Capítulo 2- Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI	15
2.1. NORMAS E ORIENTAÇÕES PARA A ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM PORTUGAL.....	15
2.2. CONTEXTO INTERNACIONAL	19
2.2.1. Austrália	20
2.1.2. Reino Unido	22
Capítulo 3 - A Medicação	24
3.1. POLIMEDICAÇÃO EM IDOSOS	24
3.2. POLIMEDICAÇÃO E PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA EM LARES: EVIDÊNCIA RECENTE EM PORTUGAL.....	24
3.3. DESAFIOS, RISCOS E A IMPORTÂNCIA DE BOAS PRÁTICAS	26
Capítulo 4 - Motivação e Objetivos	28
4.1. MOTIVAÇÃO.....	28
4.2. OBJETIVOS.....	29
4.2.1. Objetivo Geral	29
4.2.2. Objetivos Específicos	29
Capítulo 5- Metodologia	30
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DO “PROJETO DE INTERVENÇÃO”	30
5.2. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	31
5.2.1. Análise Documental	31
5.2.2. Entrevista Semiestruturada	31
5.2.3. <i>Focus Group</i>	32
5.2.4. Participantes.....	32
5.3 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	33
5.4. TRATAMENTO DE DADOS RECOLHIDOS.....	33

5.5. RESULTADOS	34
5.5.1 <i>Focus group</i> com profissionais de farmácia.....	34
5.5.2. Entrevista de médico	38
5.5.3 Entrevista a Enfermeiros	42
5.5.4 Entrevista a Auxiliares de Ação Direta (AAD).....	47
Capítulo 6 – Conclusão	51
Capítulo 7 - Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI.....	52
Referências bibliográficas	60
Anexos	66
Anexo A- Declaração de consentimento informado	66
Anexo B- Guião de entrevista (Enfermagem) e <i>focus group</i> (Farmácia).....	67
Anexo C- Guião de entrevista (AAD).....	68

SIGLAS

ERPI: ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS

INE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA

DGS: DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

IGAS: INSPEÇÃO-GERAL DAS ATIVIDADES EM SAÚDE

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

ONU: ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

INFARMED: AUTORIDADE NACIONAL DO MEDICAMENTO E PRODUTOS DE SAÚDE

PIM: PREPARAÇÃO INDIVIDUALIZADA DA MEDICAÇÃO

MAC: MEDICATION ADVISORY COMMITTEE

NICE: NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE

PRM- PROBLEMAS RELACIONADOS COM MEDICAMENTOS

MPI-MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADEQ

Introdução

O envelhecimento demográfico é um dos fenómenos mais marcantes nas sociedades contemporâneas, com particular relevância em Portugal. O aumento da esperança média de vida, aliado à diminuição da taxa de natalidade e às transformações nas estruturas familiares, tem conduzido a uma crescente necessidade de respostas formais de cuidado dirigidas à população idosa, nomeadamente através das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Neste contexto, a prestação de cuidados em ERPI tem vindo a adquirir uma importância crescente, exigindo a implementação de práticas cada vez mais seguras, eficazes e centradas na pessoa idosa. Entre as várias dimensões do cuidado, a administração terapêutica medicamentosa assume um papel central, sobretudo tendo em conta a elevada prevalência de polimedicação nesta população, bem como os riscos associados a erros no processo da administração da terapêutica medicamentosa, interações medicamentosas e utilização inadequada de fármacos.

Apesar da existência de orientações e referenciais normativos, persistem fragilidades no circuito do medicamento em contexto institucional, nomeadamente ao nível da preparação, administração, monitorização e articulação entre os diferentes profissionais de saúde. Estas lacunas podem comprometer a segurança dos utentes e a eficácia dos tratamentos, tornando evidente a necessidade de desenvolver instrumentos orientadores que promovam boas práticas neste domínio.

É neste enquadramento que surge este Projeto de Intervenção, desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social Aplicada da Universidade Católica Portuguesa, com o objetivo de elaborar um Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI. Pretende-se, assim, contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, promovendo uma abordagem mais segura, ética e centrada na pessoa idosa.

Para a concretização deste objetivo, foi adotada uma metodologia de investigação-ação, que integrou a análise de documentos normativos nacionais e internacionais, bem como a recolha de dados qualitativos junto de profissionais diretamente envolvidos no circuito do medicamento. Esta abordagem permitiu identificar fragilidades, compreender práticas existentes e fundamentar a construção de um instrumento ajustado à realidade institucional.

O presente trabalho encontra-se estruturado em vários capítulos, organizados de forma sequencial e articulada.

Inicialmente, é apresentado o enquadramento teórico, com foco no envelhecimento demográfico e nas transformações sociais associadas, bem como na evolução das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI).

Segue-se uma análise da administração terapêutica medicamentosa em ERPI, com base nas normas e orientações nacionais e internacionais.

Aborda-se, depois, a problemática da medicação na população idosa, destacando a polimedicação, os riscos associados e a importância das boas práticas.

Posteriormente, apresenta-se a motivação e os objetivos do projeto de intervenção, definindo o objetivo geral e os objetivos específicos.

Descreve-se, então, a metodologia adotada, incluindo o enquadramento do projeto, as técnicas de recolha e análise de dados, e os principais resultados obtidos.

Por fim, é apresentado o Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI, como produto final do proj

Capítulo 1- Enquadramento Teórico

1.1. ECOS DEMOGRÁFICOS EM TONS DE CINZA

*“(...) Cabelos brancos, vá, sejamos francos,
Minha inocência quando os encontrou
Era um mistério vê-los: Tive espantos
Quando os achei, menino, em meu avô. (...)”*

AFONSO DUARTE (1947). OSSADAS. SEARA NOVA. DISPONÍVEL EM
<HTTPS://WWW.CITADOR.PT/POEMAS/CABELOS-BRANCOS-AFONSO-DUARTE>

Nos últimos anos, tem-se observado um aumento significativo na procura por cuidados a idosos em ERPI, reflexo do envelhecimento demográfico.

O gradual e contínuo incremento do envelhecimento demográfico articula-se com outros fatores, nomeadamente a reduzida taxa de natalidade, a emigração de jovens e o aumento da esperança média de vida. As projeções demográficas indicam que, na ausência de medidas concretas, a população total de Portugal poderá reduzir-se para aproximadamente 8,6 milhões de habitantes até 2060, sendo que cerca de 30% desse total será constituído por indivíduos com mais de 60 anos (Via Sénior, 2024).

Com base nas projeções demográficas, torna-se imperativo prestar especial atenção a diversos fatores que frequentemente afetam a população idosa e influenciam negativamente a sua saúde, autonomia, independência e qualidade de vida. Entre esses fatores destacam-se a ocorrência de patologias crónicas múltiplas, o uso prolongado e excessivo de medicamentos, os acidentes domésticos e rodoviários, os processos de luto, os internamentos em instituições, o isolamento social, os fenómenos de desertificação, as dificuldades económicas, as mudanças na estrutura familiar e a inadequação das condições habitacionais (Direção Geral Saúde [DGS], 2006).

Segundo dados do INE (2025), constantes do relatório *Estatísticas da Saúde: 2023*, a principal causa de morte em Portugal, em 2022, foram as doenças do aparelho circulatório, representando um aumento de 2.3% face ao ano anterior. A mortalidade associada a este grupo de doenças verificou-se predominantemente entre pessoas com 65 ou mais anos (92%) e entre o sexo feminino (55,6%).

1.2. ERPI- DEAMBULAÇÕES ENTRE O PASSADO, O FUTURO E O PRESENTE

1.2.1. O passado

As transformações sociais tendem a originar uma crescente necessidade de respostas que assegurem o bem-estar, bem como o acompanhamento social e clínico da população mais idosa. Segundo Azeredo (2011), à medida que o fenómeno do envelhecimento se intensifica, emergem também questões cada vez mais desafiadoras para uma sociedade em constante transformação.

Sugere-se, através de alguma revisão de literatura, apontar duas transformações que consideramos pilares na mudança de paradigma no cuidado às pessoas idosas.

A primeira é a transição para a pós-modernidade com a sua alteração dos modelos familiares. A modernidade carregou consigo duas grandes obsessões - a razão e o progresso, desafiando a ordem social tradicional e instaurando uma nova mentalidade na sociedade. Uma das consequências desse fenómeno é o crescente processo de globalização, que gera desenvolvimento desigual tanto ao nível económico como social (Escobar, 2017). Vázquez e Duque (2019) referem que este advento acentuou o declínio dos modelos de família tradicionais baseados na economia agrícola. A família passa a trabalhar fora de casa (indústria e serviços), o que conduz a uma diminuição dos agregados familiares e as mulheres, que eram as principais cuidadoras, entram no mundo do trabalho. Assim, as respostas ao cuidado a pessoas idosas que, naturalmente, surgiam na sua maioria no seio familiar, deixam de ser viáveis, e foram transferidas para o estado ou para instituições privadas (Castro & Amorim, 2016).

A segunda, o crescente envelhecimento populacional, intensificou o predomínio de doenças crónicas e demências, aumentando a necessidade de cuidados contínuos. Assim, a existência de instituições especializadas torna-se essencial para garantir um acompanhamento diário e clínico adequado à população idosa (Lopes, 2020).

Segundo Crispim (2022), o envelhecimento da população, aliado às transformações na organização familiar, desencadeia uma crescente necessidade de cuidados formais ao longo do tempo. Perante estas evidências, as ERPI são hoje uma resposta central às necessidades de famílias e para as próprias pessoas idosas.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU, 2003), ao longo das últimas décadas, a forma como se pensa e vive o envelhecimento foram mudando com os planos

mundiais. Sabemos hoje que muitas das transformações nas políticas públicas e nas instituições foram fortemente influenciadas por estas orientações internacionais.

Em 1982 é realizada, em Viena, a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (Harper & Klien, 2022). Tinha como objetivo discutir as condições económicas e sociais dos mais velhos e encontrar estratégias de desenvolvimento nacional. Desta assembleia nasce o primeiro instrumento internacional – o “Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento” – que procura apoiar a formulação de políticas, aumentar a consciência da sociedade para o envelhecimento e responder às necessidades dos mais velhos.

Uma década depois, a Assembleia Geral das Nações Unidas adotou os *Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas*, reconhecendo formalmente 18 direitos básicos organizados em cinco eixos: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade (ONU, 2019). Estes princípios passaram a constituir um referencial ético para a ação governamental e institucional.

Em 2002, acontece em Madrid a segunda “Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento”. É considerado como um ponto de viragem na forma como o mundo aborda o principal desafio de "construir uma sociedade para todas as idades" (Harper & Klien, 2022, p.1). Desta Assembleia nasceu O Plano de Ação de Madrid, tinha como base três áreas centrais: idosos e desenvolvimento; promoção da saúde e do bem-estar na velhice; e garantia de ambientes favoráveis.

1.2.2. O presente

Perante as limitações e/ou problemas de saúde, a adaptação à velhice pode tornar-se mais difícil, exigindo a melhoria do ambiente físico e social para aumentar a qualidade de vida da pessoa idosa.

Na perspetiva de Pimentel (2009), embora as instituições destinadas às pessoas idosas tenham vindo a evoluir qualitativamente, a institucionalização representa “um processo complexo e ambivalente, que resulta de escolhas difíceis e que, com alguma frequência, compromete as relações sociais e os sentimentos de pertença” (p.246). Mas, por outro prisma, as ERPI acabam por proporcionar “conforto que nunca tiveram, usufruem de cuidados que não teriam ao permanecer em casa, sentem a segurança; a de um acompanhamento especializado e contínuo” (Pimentel, 2009, p.246). A

institucionalização deve assegurar um equilíbrio mais favorável entre ganhos e perdas, promovendo o bem-estar (Fonseca, 2006).

Aludindo a esta noção de bem-estar e aumento dos cuidados, sabemos hoje que a saúde, tanto a objetiva como a percebida, constitui um elemento central na avaliação do bem-estar psicológico das pessoas idosas. Problemas de saúde são frequentemente mencionados como um fator predominante nas suas autoavaliações de qualidade de vida, ocupando um lugar de destaque entre as suas principais preocupações (Paúl, 2014).

Sendo um contributo com alguns anos, é ainda hoje motivo de discussão das equipas técnicas das ERPI. Machado Pais (2016), confronta uma realidade muitas vezes invisível, mas profundamente significativa nos lares de idosos. Utiliza o substantivo "fundos" para se referir ao espaço físico, onde os mais dependentes permanecem, frequentemente afastados das outras pessoas. Ali, a fragilidade humana torna-se palpável, e a linha entre vida e morte parece desvanecer-se. Refletir sobre a existência de um espaço como este é de quase ausência – vivos, mas privados de parte da vitalidade que outrora os definiu. É um espaço que desafia a nossa visão da dignidade, do cuidado e do envelhecimento, questionando até que ponto conseguimos, enquanto sociedade, garantir que mesmo os mais vulneráveis mantenham a sua humanidade intacta.

Para Graeff (2007), a visão negativa dada às instituições muito se deve à dinâmica histórica em volta das iniciativas públicas, religiosas e asilos, muito direcionados à ideia de rigidez. Sabemos que, em princípio, as pessoas preferem ser cuidadas nos seus domicílios; no entanto, quando esta situação não for possível, a sociedade e o estado devem proporcionar uma institucionalização humanizada, garantindo a manutenção da sua rede social e o exercício dos direitos fundamentais. É urgente que o poder político desenvolva “estratégias que garantam integração e continuidade de cuidados, assegurando às instituições os meios necessários aos cuidados exigidos e a necessária articulação com os serviços públicos” (Lopes *et al.*, 2021, p.87).

1.2.3 O Futuro

Sabemos que existe uma crescente tendência futura de proporcionar às pessoas idosas um envelhecimento nas suas casas e na comunidade, com segurança, independência e conforto, em linha com o conceito de *ageing in place*, um conceito central no paradigma de envelhecimento ativo e saudável preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, é fundamental garantir diversas condições para

que essa abordagem não traga prejuízos às pessoas idosas, às suas famílias ou à comunidade (Fonseca, 2022).

Constatando a evolução histórica, as mudanças sociais e até mesmo a pandemia da COVID-19, provocada pelo vírus SARS-CoV-2, torna-se imperativo recorrer à estratégia europeia para os cuidados a pessoas idosas, em que o objetivo é procurar trabalhar para um envelhecimento ativo e saudável. É urgente romper com os modelos obsoletos do passado. É igualmente necessária uma maior valorização da vida e do envelhecimento, evitando, como refere Crispim (2022, p. 61), “erroneamente, se começa a ver a pessoa idosa como um não-adulto”.

É em 2020 que os estados-membros da OMS e ONU anunciam a Década das Nações Unidas para o Envelhecimento Saudável (2021-2030), uma década que vem reforçar o caminho já percorrido desde 1982. Segundo Thiyagarajan *et al.* (2022), os países estão comprometidos com os pressupostos de década, que tem como objetivo melhorar a vida das pessoas idosas, das suas famílias e da comunidade onde residem. Foram identificadas quatro recomendações que se interligam entre si:

- mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade
- garantir a promoção das capacidades das pessoas idosas;
- fornecer cuidados integrados e centrados na pessoa e serviços de saúde primários que respondam verdadeiramente às pessoas idosas;
- fornecer acesso a cuidados de longa duração para pessoas idosas que precisam.

A Década do Envelhecimento Saudável sugere que se intervenha no que realmente é importante para as pessoas idosas: “(...) a saúde, real e percebida, é para a generalidade das pessoas idosas um aspeto fundamental quando se avalia o respetivo bem-estar psicológico e a referência a problemas de saúde é uma constante na avaliação que os idosos fazem do seu bem-estar, surgindo sempre no topo das suas preocupações” (Bowling *et al.*, 2003, citado por Fonseca, 2014, p.153). A saúde, sendo uma das principais preocupações no envelhecimento, deve ser compreendida para além da simples presença ou ausência de doença.

Thiyagarajan *et al.* (2022) referem que, após o Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, lançado em 2015, surge um novo conceito – o Envelhecimento Saudável. Através dele abandona-se a perspetiva da doença ou ausência de doença, sugerindo, antes, o conceito de funcionalidade. Realçam que esta funcionalidade é

limitada pela natureza do indivíduo (física e mental), pelos ambientes e pela interação entre o indivíduo e esses ambientes.

Atualmente, considerando os parágrafos anteriores, uma das missões das ERPI passa pela valorização dos cuidados de saúde, não sendo admissíveis práticas que coloquem em risco a segurança terapêutica medicamentosa, como a higienização inadequada dos trituradores de medicação, a própria trituração, ou a mistura de medicamentos em alimentos e bebidas sem uma análise crítica e técnica. Estas práticas, para além de poderem comprometer a eficácia do tratamento e aumentar o risco de reações adversas, levantam também sérias implicações éticas, sobretudo quando configuram situações de administração oculta (Mc Gillicuddy *et al.*, 2017).

Assim, é imprescindível que estas situações sejam claramente identificadas e abordadas num Guião de Boas Práticas, promovendo uma cultura de segurança, ética e competência na administração terapêutica medicamentosa.

Capítulo 2- Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI

2.1. NORMAS E ORIENTAÇÕES PARA A ADMINISTRAÇÃO TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA EM PORTUGAL

A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida, e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está provada, com efeito, a eficácia da prevenção dos fatores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma atuação concertada de todos os atores da sociedade, para melhorar os cuidados com a nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de atividade física e o controlo dos fatores de stresse (DGS, 2006).

A adoção de uma dieta equilibrada, rica em frutas, vegetais e cereais integrais, aliada à redução do consumo de sódio e gorduras saturadas, é essencial para a saúde. A prática regular de exercício físico, como caminhada ou natação, pode reduzir a pressão arterial sistólica em até 10 mmHg. Técnicas de gestão do stress, como meditação e yoga, também contribuem para o controlo da hipertensão. Além disso, deixar de fumar é crucial, uma vez que o tabaco agrava as doenças cardiovasculares (Mendes, 2024).

É cada vez mais necessária uma avaliação 360° da situação clínica da pessoa idosa, pois cada vez mais é notório o aumento de doenças crónicas nos mais velhos, segundo informação do *Relatório Anual Portugal, Balanço Social 2024*: “Em 2023, em cada dez pessoas com 65 ou mais anos, sete sofriam de uma doença crónica ou problema de saúde prolongado” (Carvalho *et al.*, 2025, p.64).

Smanioto (2013) destaca que o progresso da medicina e o recurso a medicamentos constituem fatores relevantes para o aumento da longevidade. Contudo, sublinha-se a importância de uma utilização criteriosa e responsável destes fármacos, pois, na ausência de cuidados adequados, as condições que justificaram o seu uso podem ser agravadas pelas reações adversas associadas à sua administração.

Neste contexto, foi realizada uma análise de documentos oficiais em Portugal que regulamentam ou orientam a administração terapêutica medicamentosa nas ERPI. A pesquisa revelou dois diplomas relevantes:

- A Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, que estabelece as condições de organização destas estruturas,

- A Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, que embora não direcionada exclusivamente às ERPI, institui o regime jurídico relativo às regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde, definindo as obrigações dos profissionais de saúde envolvidos.

Além disso, foram identificados normas e referenciais de relevo no âmbito da administração medicamentosa. A Norma Geral para a Preparação Individualizada da Medicação (PIM), elaborada pela Ordem dos Farmacêuticos, estabelece procedimentos específicos para a preparação individualizada da medicação, aplicáveis tanto em farmácias comunitárias como em ERPI. Complementarmente, o Referencial de Boas Práticas na Prestação de Cuidados de Saúde em ERPI, desenvolvido pela Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS), apresenta orientações sobre o aprovisionamento, distribuição e dispensa de produtos farmacêuticos, com o objetivo de otimizar a terapêutica medicamentosa em lares de idosos.

Foram analisados os principais objetivos de cada documento, com enfoque na responsabilidade pela administração medicamentosa. Na Portaria n.º 67/2012, de 21 de março, destaca-se no artigo 8.º a obrigatoriedade de garantir cuidados de enfermagem, acesso a cuidados de saúde e administração de fármacos, quando prescritos. Contudo, este diploma não apresenta orientações específicas sobre a administração terapêutica medicamentosa. Já a Portaria n.º 224/2015, de 27 de julho, define o regime jurídico aplicável às regras de prescrição e dispensa de medicamentos e produtos de saúde, além de estabelecer as obrigações de informação aos utentes, sem, no entanto, incluir diretrizes sobre a administração terapêutica medicamentosa.

A Norma Geral para a PIM tem como finalidade regular a preparação de medicação individualizada destinada a doentes, cuidadores informais ou ERPI. Contudo, verifica-se uma lacuna significativa: a implementação das boas práticas recomendadas depende fortemente da adesão e da articulação entre a instituição e a farmácia responsável.

A realização da PIM é conduzida por farmacêuticos conforme a prescrição médica. O farmacêutico, após realizar uma análise do perfil terapêutico do utente, reorganiza as formas farmacêuticas sólidas orais. Este processo envolve a transferência dos medicamentos da embalagem original para um outro dividido por tomas (saquetas de

plástico ou blisters), geralmente com a informação: nome medicamento, formato do medicamento, dosagem e hora de toma (Ordem dos Farmacêuticos, 2018).

Relativamente ao Referencial de Boas Práticas na Prestação de Cuidados de Saúde em ERPI, o principal desafio reside no compromisso e na implementação das recomendações pelas ERPI, sendo que algumas orientações podem apresentar-se como genéricas e desajustadas a realidades institucionais específicas.

O Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 143/2019 destaca que, caso a preparação da medicação seja realizada por uma entidade externa, é essencial que a instituição assegure condições adequadas de armazenamento, dispensa de medicação e controlo interno. Este parecer apresenta orientações particularmente relevantes para as ERPI e estabelece procedimentos a adotar pelas farmácias comunitárias, nomeadamente:

- A dispensa de medicação deve basear-se em prescrição médica referente à terapêutica medicamentosa a ser administrada ao idoso.
- A farmácia deve ser informada, de forma atempada, acerca de alterações na prescrição e assegurar mecanismos que permitam a recolha rápida da medicação suspensa e a entrega imediata da medicação atualizada, garantindo o cumprimento do plano terapêutico.
- O transporte da medicação deve ser efetuado em conformidade com as características dos medicamentos, respeitando as condições de segurança estipuladas pelos fabricantes e pelo Infarmed¹.
- A medicação dispensada deve obedecer a critérios de dose unitária, organizada para cada idoso, por dia e por refeição.
- Cada medicamento deve ser identificado com o nome genérico e/ou comercial, a dose e a data de validade, de modo a permitir que os enfermeiros cumpram os Cinco Certos da Administração Medicamentosa (doente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa e via certa).

Por fim e com base neste documento, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de garantir a segurança durante a administração dos medicamentos, cumprindo os procedimentos estabelecidos e salvaguardando a integridade do utente.

Embora o referido documento destaque a responsabilidade do enfermeiro na administração da medicação, importa sublinhar que a ausência de enfermagem em regime

¹ É o organismo público responsável por regular e supervisionar os medicamentos e produtos de saúde em Portugal.

de 24 horas constitui uma realidade em muitos lares. De referir que, em dois documentos oficiais (Guião Técnico Lar de Idosos de 1996 e a Portaria n.º 67/2012), nenhum estabelece a obrigatoriedade de um regime contínuo de enfermagem. No entanto, para mitigar esta limitação, as instituições procuram assegurar mais formação para os funcionários e que a administração de medicação seja supervisionada por um enfermeiro, sempre que tal seja possível.

Existe de facto uma urgente “necessidade de estabelecimento de normas rigorosas na gestão da medicação nas ERPI definidas por profissionais com competências no medicamento, com definição do papel de cada interveniente no circuito da medicação das ERPI” (Constantino, 2016, p.81).

A Direção Geral da Saúde publicou, em 2015, uma orientação voltada para o processo de gestão da medicação. Esta orientação evoca uma série de recomendações no sentido do desenvolvimento de práticas seguras neste processo:

1) Informação acerca do Doente e do Medicamento

- Simplificar ou padronizar a comunicação de dados do utente e medicamentos, garantir a eficaz comunicação de sistemas informáticos, identificar e rotular claramente os medicamentos. Reforçar o cumprimento da Norma da Direção-Geral da Saúde n.º20/2014, de 30 de dezembro, sobre nomes semelhantes de medicamentos e a Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 014/2015, de 6 de agosto, sobre medicamentos de alerta máximo.

2) Seleção, Aquisição e Armazenamento de medicamentos

- Reduzir apresentações e dosagens, implementar práticas seguras para novos medicamentos, otimizar stocks e verificar periodicamente a integridade e condições de armazenamento dos medicamentos. As atividades de verificação devem ser preferencialmente realizadas por farmacêuticos.

3) Prescrição de medicamentos

- Privilegiar a informatização deste procedimento e implementar procedimentos de revisão da medicação².

4) Preparação, dispensa e administração de medicamentos

² processo em que um profissional de saúde (médico, farmacêutico ou enfermeiro) analisa todos os medicamentos que uma pessoa usa para garantir que estão corretos, seguros e necessários.

- Confirmar sempre o nome do utente e o guia terapêutico (medicamento, hora de toma, dosagens e via de administração). É também necessária a orientação para leitura dos rótulos e recomendada a dupla verificação.
- Normalizar a aquisição, manutenção e utilização de dispositivos, e da formação e treino para os profissionais de saúde que os utilizam

5) Ambiente Socio-organizacional

- Assegurar a gestão da medicação por profissionais de saúde qualificados, organização deve assegurar formação específica e contínua. Estabelecer responsabilidades individuais, garantir número adequado de profissionais para minimizar fadiga. Promover um ambiente de trabalho adequado, reduzir interrupções e promover a notificação de incidentes relacionados com a medicação no sistema NOTIFICA³.

2.2. CONTEXTO INTERNACIONAL

A qualidade do uso de medicamentos, bem como acidentes relacionados, tem sido uma problemática abordada em diversos países. Segundo Alemanni *et al.* (2011), é necessário efetuar uma comparação mais desenvolvida de padrões de utilização entre países, pois só assim será possível avaliar com clareza a importância da regulação da gestão de medicamentos.

Neste contexto, a Austrália e o Reino Unido destacam-se como exemplos de boas práticas na administração terapêutica em lares de idosos. A escolha destes países justifica-se pela existência de sistemas de saúde rigorosamente regulamentados, com normas estritas que garantem a segurança na gestão da medicação. Estes países distinguem-se pela implementação de protocolos padronizados, pela formação contínua dos profissionais de saúde e pela utilização de tecnologias digitais que contribuem para a redução de erros e para uma monitorização terapêutica mais eficaz. Adicionalmente, adotam uma abordagem centrada na pessoa idosa, com revisões regulares da medicação e adaptação às necessidades individuais, em conjunto com uma cultura de auditoria e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

³ Sistema destinado à notificação e gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, no qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar incidentes relacionados com a segurança do doente na prestação de cuidados de saúde.

2.2.1. Austrália

A Austrália espera que o número de idosos continue a crescer, prevendo que, em 2066, sejam entre 21% e 23% da população (*Australian Institute of Health and Welfare*, 2024).

A pesquisa realizada sobre instrumentos de regulamentação da administração terapêutica medicamentosa em lares de idosos, na Austrália, revela inúmeros documentos direcionados para esta prática. Podemos concluir, com base na informação recolhida, que a Austrália procura promover o uso seguro, eficaz e apropriado de medicamentos em contextos de envelhecimento, reduzindo riscos associados à polifarmácia, à automedicação e a erros de administração.

Segundo Hughes (2008), para melhorar o uso de medicamentos em toda a comunidade, a Austrália propõe uma linha de ação ambiciosa e abrangente. Com base no site oficial – Comissão de Qualidade e Segurança dos Cuidados a Idosos – podemos observar o quanto este país procura uma abordagem integrada e centrada na pessoa idosa. Encontramos vários documentos e com diferentes vertentes de ação, no entanto, sempre com o mesmo foco: o cuidado à pessoa idosa. Para melhor fundamentação teórica deste trabalho, escolhemos o guia *Guiding Principles for Medication Management in Residential Aged Care Facilities*, lançado em 2022. Faremos também a análise do guia suplementar direcionado para a necessidade da criação de uma equipa responsável pela gestão da medicação.

a) Medication Advisory Committee – MAC

Uma prática internacional consolidada, amplamente reconhecida na Austrália, é a criação de um Comité Consultivo de Medicação (*Medication Advisory Committee – MAC*), que atua como órgão de apoio estratégico à gestão da medicação em ERPI. Este comité é responsável pela definição de políticas, gestão de riscos, formação contínua das equipas e avaliação sistemática da eficácia dos processos relacionados com a utilização segura de medicamentos.

O guia publicado em 2022 pelo *Department of Health and Aged Care* recomenda que todas as instituições de cuidados continuados disponham de um MAC formalizado e integrado na estrutura da instituição, com representatividade de médicos, enfermeiros, farmacêuticos e utentes. Esta abordagem permite assegurar uma supervisão clínica eficaz e sistemática da terapêutica medicamentosa, sendo um modelo com potencial de adaptação ao contexto português.

b) Guiding Principles for Medication Management in Residential Aged Care Facilities

A gestão segura e eficaz da medicação em lares de idosos requer uma abordagem multifacetada, que vá além da simples administração. A literatura internacional e as boas práticas em cuidados continuados sublinham a importância de uma estrutura abrangente que envolva não apenas os profissionais de saúde, mas também os próprios utentes e cuidadores. Este guia ajuda a desenvolver e implementar práticas formais, bem como a sua avaliação e fornece apoio a todos os envolvidos na administração terapêutica medicamentosa.

A tabela seguinte sintetiza os principais domínios considerados essenciais para garantir uma gestão de medicamentos segura, centrada na pessoa e baseada em evidência. Estes princípios incluem desde a comunicação clara até à reconciliação e revisão da medicação, refletindo uma abordagem sistémica e contínua de melhoria da qualidade nos cuidados prestados.

Tabela 1

Domínios da gestão segura da medicação

Princípio	Descrição
Cuidado centrado na pessoa	Prestação de cuidados que respeitam preferências, dignidade, autonomia e promovem o envolvimento nas decisões sobre a medicação.
Comunicar sobre medicamentos	Comunicação clara, adaptada à literacia em saúde e à cultura, promovendo decisões partilhadas.
Gestão de medicamentos e responsáveis pela gestão	Sistemas formais (<i>Medication Advisory Committee</i>) que asseguram práticas seguras e eficazes.
Avaliação e melhoria da qualidade	Monitorização de indicadores e revisão sistemática de processos de gestão da medicação.
Recursos de informação	Acesso à informação atualizada, baseada na evidência, para profissionais, utentes e cuidadores.
Seleção de medicamentos	Escolha informada e fundamentada na evidência dos medicamentos utilizados.
Medicamentos sem receita médica	Avaliação e uso seguro de medicamentos não sujeitos a receita médica e complementares.
Início autorizado por enfermeiros	Autorização para que enfermeiros iniciem medicamentos não sujeitos a receita, com base em protocolos.
Documentação da gestão de medicamentos	Registo preciso e atualizado de toda a cadeia medicamentosa: prescrição, dispensação, administração e alterações.

Reconciliação de medicamentos⁴	Processo estruturado para assegurar a continuidade correta da medicação em transições de cuidados.
Revisão de medicamentos	Revisão periódica por profissionais qualificados para otimizar o tratamento e reduzir riscos de 6 a 12 meses.
Continuidade do fornecimento (incluindo emergência)	Garantia de fornecimento constante de medicamentos, mesmo em emergências.
Armazenamento e descarte de medicamentos	Armazenamento seguro e eliminação adequada, incluindo medicamentos autoadministrados.
Autoadministração de medicamentos	Avaliação e apoio à autoadministração, quando seguro e adequado para o utente.
Administração por enfermeiros	Administração segura por enfermeiros, com base em protocolos e formação.

2.1.2. Reino Unido

No Reino Unido o envelhecimento populacional apresenta tendências de crescimento semelhantes a outros países ocidentais: em 2021, mais de 11 milhões de pessoas, 18,6% da população total, pertenciam à faixa etária de 65 anos ou mais (Office for National Statistics, 2022).

No Reino Unido, o *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) tem amplo trabalho na procura e consolidação de orientações de referência, das quais se destaca a orientação publicada em 2014 – *Managing Medicines in Care Homes (SC1)* – que cobre todo o ciclo da medicação, desde a prescrição, reconciliação e revisão, até ao armazenamento, administração e eliminação de resíduos de medicação. Salienta ainda a necessidade de políticas internas claras, registos atualizados, avaliação da competência dos profissionais e envolvimento ativo dos utentes nas decisões sobre as terapêuticas medicamentosas. Esta abordagem normativa representa um modelo internacional de boas práticas que pode ser adaptado ao contexto português das ERPI, especialmente no que diz respeito à estruturação de processos e definição de responsabilidades na gestão da terapêutica medicamentosa.

A integração dos princípios recomendados pelo NICE poderia, assim, contribuir para uma melhoria substancial na qualidade da gestão terapêutica medicamentosa em ERPI, reforçando a cultura de segurança e promovendo práticas baseadas na evidência.

⁴ É um processo de segurança essencial para garantir que a medicação do utente está correta e atualizada em todas as fases do tratamento. É especialmente importante nas transições de cuidados (por exemplo, quando um paciente entra ou sai de um hospital, lar, etc.) e que envolve a colaboração entre diferentes profissionais de saúde e o utente/cuidador.

Como podemos constatar em todas estas recomendações, é imperativo criar mecanismos de controle em relação á medicação, desde a prescrição à eliminação. É necessário desenvolver padrões de qualidade normativos para uma medicação mais segura e centrada nos utentes (Brühwiler *et al.*, 2021).

A norma *Medicine Management in Care Homes*, publicada em 2015, apontava seis declarações de qualidade, ao passo que norma de qualidade QS85, publicada pelo National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2024), define seis declarações prioritárias para a melhoria da gestão da terapêutica medicamentosa em lares de idosos:

- Necessidade de registar todos os medicamentos do utente no dia da sua admissão, evitando erros e garantindo assim a terapêutica medicamentosa habitual;
- Aquando das transferências, o utente deva ser sempre acompanhado de uma informação clínica bem como do seu guia terapêutico;
- Alerta para o direito à auto-administração, desde que formalmente avaliada e fundamentada a sua viabilidade clínica;
- Todas as prescrições devem ser claras quanto à posologia, indicações e necessidade de monitorização;
- É destacada a importância de revisões multidisciplinares e periódicas da terapêutica medicamentosa, no mínimo uma vez por ano;
- A administração da medicação escondida só pode acontecer perante uma reunião de critérios, legais e éticos, que justifique a prática.

Capítulo 3 - A Medicação

3.1. POLIMEDICAÇÃO EM IDOSOS

Sabemos, segundo a OMS (2025), que não existe uma condição absoluta que ligue a ideia de envelhecimento ao declínio inevitável da saúde. Constatamos que a prevalência de idosos saudáveis e funcionais é possível, sendo o ambiente físico e social onde as pessoas vivem um grande condicionador ou impulsionador de saúde.

O envelhecimento da população e o aumento de doenças crónicas têm impulsionado a criação de orientações para lidar com a polimedicação, definida por Varghese et al. (2024) como o uso simultâneo de cinco ou mais medicamentos, incluindo, por vezes, fármacos potencialmente inadequados, mesmo que clinicamente justificados pelas patologias existentes. A polimedicação é mais recorrente em pessoas frágeis e pré-frágeis, embora seja necessária mais investigação no estudo desta relação (Palmer *et al.*, 2018). Morley *et al.* (2013) definem a fragilidade com um estado clínico em que está implícito um aumento da vulnerabilidade. Por outro lado, Fried *et al.* (2001) sugerem-nos um fenótipo da fragilidade física composto por cinco componentes biológicos passíveis de mensuração: perda de peso não intencional, autorrelato de fadiga/exaustão, aumento da força de prensão manual, aumento das atividades físicas, e redução da velocidade da marcha.

3.2. POLIMEDICAÇÃO E PRESCRIÇÃO INAPROPRIADA EM LARES: EVIDÊNCIA RECENTE EM PORTUGAL

A polimedicação em idosos institucionalizados constitui um fenómeno amplamente documentado na literatura, associando-se a um maior risco de eventos adversos, interações medicamentosas e diminuição da qualidade de vida. Desta forma, um estudo recente, conduzido em Portugal por Fest *et al.* (2025), analisou de forma aprofundada esta realidade no contexto das ERPI da região do Algarve, tendo oferecido dados relevantes para o enquadramento teórico da problemática. Os autores avaliaram 151 residentes com idade média de 86 anos, maioritariamente mulheres (71,5%), através de um estudo transversal baseado em registos clínicos e farmacoterapêuticos.

Os resultados revelaram uma prevalência muito elevada de polimedicação, tendo os participantes utilizado, em média, 9,66 medicamentos, e cerca de metade apresentou polimedicação excessiva, definida como a utilização simultânea de dez ou mais fármacos (Varghese *et al.*, 2024). A predominância da prescrição de medicamentos do sistema nervoso, cardiovascular e do trato alimentar, reflete, por sua vez, a elevada carga de morbidade típica da população idosa institucionalizada (Fest *et al.*, 2025).

Outra descoberta de grande relevância foi a prevalência elevada de medicamentos potencialmente inadequados (MPI). Segundo Fest *et al.* (2025), 82,8% dos idosos utilizavam pelo menos um medicamento potencialmente inadequado, e cada residente administrava, em média, quase dois. Entre os MPI mais frequentes encontravam-se os inibidores da bomba de prótons (vulgarmente conhecidos por protetores gástricos) e os ansiolíticos, ambos amplamente apontados pela literatura internacional como contribuindo para um maior risco de quedas, défice cognitivo, dependência e outros desfechos negativos em idosos. Este padrão sugere uma utilização prolongada ou desnecessária de determinados fármacos, frequentemente mantidos por inércia terapêutica medicamentosa e ausência de revisão sistemática da medicação.

Em síntese, o estudo de Fest *et al.* (2025) revela um cenário particularmente preocupante nas ERPI analisadas, com elevada carga de terapêutica medicamentosa, múltiplos riscos associados e ausência de mecanismos obrigatórios de revisão farmacoterapêutica⁵. Consequentemente, estes resultados sustentam a necessidade urgente de implementar políticas estruturadas de revisão da medicação, com equipas multidisciplinares capazes de identificar MPI, reduzir interações e promover práticas de prescrição mais seguras e alinhadas com as necessidades funcionais e clínicas da população idosa institucionalizada.

Neste contexto, Spinewine *et al.* (2021) consideram estes problemas comuns no ambiente de ERPI, contribuindo para eventos adversos. Os autores destacam que a revisão de medicamentos e as abordagens multidisciplinares são eficazes para reduzir prescrições inadequadas. Existe necessidade de mais pesquisas para avaliar intervenções em larga escala, especialmente aquelas envolvendo tecnologia e cuidados centrados na pessoa. A implementação destas estratégias poderá melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados farmacêuticos em ERPI.

⁵ Área da saúde que se dedica ao estudo do uso de medicamentos para prevenir, tratar ou controlar doenças, com o objetivo de encontrar a opção terapêutica mais adequada e otimizada para cada utente, considerando a sua condição clínica, necessidades individuais e contexto

Corroborando a importância da gestão criteriosa da terapêutica medicamentosa, Secoli (2010) apresenta alguns efeitos indesejáveis resultantes de interações medicamentosas:

- Os anti-inflamatórios não esteroides podem causar irritação gástrica e nefrotoxicidade⁶, resultando em hemorragia e insuficiência renal;
- Os anticolinérgicos reduzem a motilidade gastrointestinal e provocam sedação, aumentando o risco de obstipação, retenção urinária, confusão e quedas;
- Os benzodiazepínicos e neurolépticos, frequentemente prescritos para distúrbios do sono e ansiedade, podem causar hipotensão, fadiga e sedação intensa, elevando o risco de fraturas e défices cognitivos;
- Os beta-bloqueadores e a digoxina, usados para doenças cardíacas, afetam a condução elétrica e a contratilidade miocárdica⁷, podendo originar bradicardia⁸, insuficiência cardíaca e arritmias.

Davies (2020) sugere que a investigação sobre os efeitos negativos da polimedicação em pessoas idosas é vasta, complexa e, por vezes, contraditória. É, portanto, essencial que estudos futuros avancem nesta área, para que, na prática clínica, os impactos adversos possam ser continuamente compreendidos e evitados.

3.3. DESAFIOS, RISCOS E A IMPORTÂNCIA DE BOAS PRÁTICAS

A globalização, os avanços tecnológicos, a urbanização, a migração e as mudanças nas normas de género estão a influenciar a vida dos idosos. Uma resposta de saúde pública deve levar em conta essas tendências atuais e projetadas e formular políticas adequadas. Os idosos, devido a alterações fisiológicas associadas à idade, apresentam maior suscetibilidade aos efeitos adversos dos medicamentos. O risco de interações medicamentosas cresce de forma exponencial com o número de substâncias prescritas, colocando os utentes institucionalizados em ERPI numa situação particularmente vulnerável. Estima-se que, anualmente, ocorram cerca de 140.000 mortes relacionadas com a utilização de medicamentos, sendo que as interações medicamentosas são

⁶ Toxicidade ou dano nos rins causado por medicamentos, substâncias químicas ou toxinas.

⁷ Capacidade do músculo cardíaco (miocárdio) de se contrair e bombear o sangue para o resto do corpo

⁸ Batimentos cardíacos mais lentos do que o normal

responsáveis por aproximadamente 50% das admissões em serviços de urgência (Santos & Almeida, 2010).

Nicholson e Damons (2022) defendem a necessidade da obrigatoriedade da formação prática e teórica sobre medicamentos, incluindo monitorizar os procedimentos corretos de administração de medicamentos e implementar estratégias de gestão de riscos.

Uma revisão sistemática de 128 artigos realizada por Garratt *et al.* (2024) convergiram na formulação de cinco condições que podem ser estudadas para uma melhor gestão da medicação e dos erros associados em ERPI:

- Compreender os desafios enfrentados pelos trabalhadores, como é exemplo a falta de formação adequada e as multifunções;
- Falta de envolvimento do utente e seus representantes;
- O poder de decisão em relação à medicação em situações especiais ou até na alteração da sua forma farmacológica;
- A importância da informatização da administração terapêutica medicamentosa;
- Os preocupantes erros de medicação.

Capítulo 4 - Motivação e Objetivos

4.1. MOTIVAÇÃO

A avaliação de práticas é particularmente crucial na área da saúde, sobretudo em ERPI. A implementação de sistemas integrados e eficientes é essencial para monitorizar o circuito e a gestão da terapêutica medicamentosa em instituições e, assim, mitigar problemas relacionados com medicamentos (PRM), reduzindo o risco de erros associados ao uso de fármacos.

De acordo com Sánchez-Valle *et al.* (2024), o risco de interações medicamentosas aumenta significativamente com o avanço da idade, afetando mais de 20% dos pacientes com idade superior a 75 anos. Essas interações originam um possível problema crítico de saúde pública, estando associadas a um aumento de hospitalizações e a custos elevados para o sistema de saúde.

Por sua vez, Roque (2020) realça que as pessoas idosas tomam, em média, sete medicamentos diariamente, com 11,6% da população idosa a relatar o uso de dez ou mais medicamentos por dia. O estudo aponta ainda uma tendência preocupante de menor adesão à terapêutica medicamentosa, frequentemente relacionada com opiniões e comportamentos dos idosos. Este fenómeno compromete a eficácia dos tratamentos e a segurança dos pacientes.

Com esta preocupação de fundo, a motivação para a realização deste Projeto de Intervenção centra-se nos desafios observados na administração terapêutica medicamentosa em ERPI, articulando saberes científicos e práticos, numa lógica de aproximação entre teoria e prática institucional. Consideramos o tema pertinente, para além de refletir uma necessidade sentida no meio institucional.

No fim, esperamos obter aprendizagens com potencial para serem transmitidas ao por meio da elaboração de um Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI.

4.2. OBJETIVOS

4.2.1. Objetivo Geral

O principal objetivo deste Projeto de Intervenção é desenvolver um **Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI**. Pretende-se otimizar a segurança e a eficácia da medicação, através da identificação e mitigação de dificuldades existentes, da análise crítica das normas e legislações vigentes e da pesquisa de boas práticas já implementadas.

4.2.2. Objetivos Específicos

- a) Diagnosticar os desafios e identificar as boas práticas na administração terapêutica medicamentosa em ERPI, através da identificação dos principais desafios inerentes à administração de medicamentos a pessoas idosas residentes em ERPI, e da análise dos fatores que contribuem para a ocorrência de falhas na administração terapêutica medicamentosa em ERPI.
- b) Analisar criticamente o enquadramento normativo e legal da administração de medicamentos em ERPI, através da avaliação de que forma as normas e a legislação em vigor garantem a segurança na administração terapêutica medicamentosa a pessoas idosas, e identificando lacunas ou ambiguidades nas normas e legislações que dificultam a aplicação prática na administração de medicamentos.

Capítulo 5- Metodologia

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DO “PROJETO DE INTERVENÇÃO”

Segundo Mateus (2011), o Projeto de Intervenção é uma metodologia de investigação aplicada, centrada na resolução de problemas concretos identificados em contextos reais. No nosso caso específico, procuramos responder aos desafios observados na administração terapêutica medicamentosa em ERPI, conduzindo à elaboração de Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI.

O presente Projeto de Intervenção enquadra-se nas diretrizes de um plano de investigação-ação, o qual, segundo Coutinho (2019), se fundamenta na capacidade de promover uma ação informada pela reflexão crítica e, simultaneamente, na procura de novas teorias que emergem das práticas existentes. Este tipo de plano pode ser descrito como um conjunto de metodologias que visam a ação, ou, nas palavras do autor, uma "mudança" impulsionada pela investigação ("compreensão"), constituindo-se como "um processo cíclico ou em espiral que alterna entre ação e reflexão crítica" (Coutinho, 2019, p. 364). Amado (2017) sublinha a relevância deste plano na investigação social, evidenciando a sua capacidade de gerar transformações positivas nas formas de vida do indivíduo ou da sociedade.

Consideramos, pois, que esta abordagem é de elevado valor para o presente Projeto de Intervenção.

A investigação-ação, ao promover uma fusão intrínseca entre teoria e prática, oferece um enquadramento robusto para projetos que visam não só a compreensão aprofundada de fenómenos, mas também a intervenção e a melhoria contínua. A sua natureza iterativa, que se manifesta na alternância entre a ação e a reflexão, é particularmente valiosa em contextos de saúde, onde a implementação de novas abordagens terapêuticas medicamentosas ou administrativas requer uma avaliação constante e adaptativa. Esta metodologia permite que os investigadores se envolvam ativamente no processo, ajustando estratégias e hipóteses à medida que a investigação progride, e garantindo que as soluções desenvolvidas sejam relevantes e eficazes no mundo real. A combinação de diferentes métodos de recolha de dados, como a análise documental, os *focus groups* e as entrevistas, reforça a validade e a profundidade dos

resultados, ao permitir a triangulação de perspectivas e a construção de uma imagem mais completa do objeto de estudo.

5.2. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

5.2.1. Análise Documental

A análise documental permitiu examinar documentos oficiais relevantes no campo da administração terapêutica medicamentosa em ERPI, tornando possível identificar lacunas e a ausência de regulamentação concreta e objetiva. Assim, procedeu-se à análise de documentos nacionais e internacionais neste domínio, cujo resultado se encontra expresso no Capítulo 2 do presente Projeto de Intervenção.

5.2.2. Entrevista Semiestruturada

De acordo com a literatura, a entrevista semiestruturada constitui uma técnica privilegiada na investigação qualitativa, pois permite explorar em profundidade as perceções, experiências e significados atribuídos pelos participantes, mantendo, ao mesmo tempo, alguma flexibilidade na condução da entrevista (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006).

De acordo com Jowsey, Deng e Weller (2021), a entrevista semiestruturada constitui uma técnica amplamente utilizada na investigação qualitativa, caracterizando-se pela existência de um guião prévio de questões que orienta a recolha de dados, possibilitando simultaneamente ao investigador flexibilidade para explorar e aprofundar as respostas dos participantes. Este tipo de entrevista assume a forma de uma conversa orientada com propósito, na qual o investigador pode adaptar a ordem das questões e introduzir novas perguntas emergentes, favorecendo uma compreensão mais aprofundada das experiências, perceções e significados atribuídos pelos participantes ao fenómeno em estudo.

A entrevista semiestruturada foi utilizada em diferentes fases do projeto, com objetivos distintos, nomeadamente numa fase inicial, numa entrevista semiestruturada com um médico de clínica geral e familiar que também tem licenciatura em ciências farmacêuticas, que atualmente exerce funções como médico assistente em duas ERPI. Esta abordagem permitiu recolher uma perspectiva inicial e abrangente sobre as práticas e

desafios inerentes ao circuito do medicamento com o médico, no sentido mais amplo e numa fase posterior de aprofundamento das práticas profissionais.

Finalmente, (saltando a segunda fase que envolveu um *focus group* e será detalhada no ponto seguinte) a terceira fase compreendeu a realização de quatro entrevistas individuais com enfermeiros e outras quatro com auxiliares, todos a desempenhar funções em quatro ERPI, respetivamente, e com responsabilidades diretas na administração terapêutica medicamentosa. Cada ERPI (num total de quatro) foi representada por um enfermeiro e um auxiliar. A escolha por entrevistas individuais com estes profissionais permitiu aprofundar a compreensão das suas experiências quotidianas e dos desafios específicos no processo de administração de medicamentos, dadas as suas responsabilidades diretas e a natureza, muitas vezes individual, da sua prática.

5.2.3. *Focus Group*

Na segunda fase, foi realizada a realização de um *focus group* com profissionais da área da farmácia: quatro licenciados em ciências farmacêuticas e um técnico de farmácia. Esta técnica revelou-se adequada para explorar as perspetivas coletivas e os consensos sobre o circuito do medicamento, nomeadamente os processos de aquisição, armazenamento, conservação e sistema de distribuição. A constituição do *focus group* seguiu os princípios de Krueger e Casey (2014), que recomenda um grupo de 4 a 12 indivíduos com características comuns para uma discussão direcionada e estruturada, garantindo a obtenção de dados qualitativos relevantes.

5.2.4. Participantes

Dado que a elaboração deste projeto de intervenção tem subjacente uma pesquisa qualitativa, em que a intenção não é generalizar estatisticamente os resultados, os participantes foram selecionados atendendo ao conhecimento que possuem sobre fenómeno em análise. Tratou-se, por isso, de uma seleção intencional, em que se procuraram pessoas com um perfil ajustado a questões relacionadas com o circuito do medicamento (Saunders & Townsend, 2019).

5.3 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para este projeto investigação, foram utilizados dois guiões de entrevista semiestruturada, elaborados especificamente com base na revisão bibliográfica efetuada. A adaptação dos guiões em termos de profundidade e enfoque dos temas, considerando cada grupo profissional e técnica de recolha, garantiu a comparabilidade dos dados. Os guiões e o modelo de consentimento informado encontram-se disponíveis nos anexos.

5.4. TRATAMENTO DE DADOS RECOLHIDOS

Na análise dos dados, utilizou-se uma abordagem qualitativa que combina a análise de conteúdo com a análise temática. Articularam-se os contributos de Laurence Bardin com os princípios da análise temática propostos por Braun e Clarke (2006). A análise de conteúdo, definida por Bardin (2011), permitiu organizar e sistematizar a informação das entrevistas semiestruturadas, identificando unidades de significado que foram agrupadas em categorias e subcategorias emergentes. Esta estruturação possibilitou uma leitura organizada, coerente e interpretativa dos discursos dos participantes.

A análise temática permitiu identificar temas centrais e padrões de significado recorrentes, conforme sugerido por Braun e Clarke (2006). Esta perspetiva complementou a sistematização de Bardin (2011), aprofundando a interpretação do material recolhido, especialmente no grupo focal, onde a interação gerou significados partilhados.

O processo analítico começou com uma leitura exploratória para familiarização com o conteúdo das entrevistas, seguida da codificação inicial das unidades de significado relevantes, que serviram de base para a construção das categorias analíticas. Estas categorias e subcategorias emergiram de forma indutiva, próximas do discurso dos participantes e da recorrência de tópicos e sentidos identificados.

Numa fase posterior, realizou-se a análise interpretativa das categorias, procurando compreender os significados no contexto mais amplo da experiência dos participantes, e não apenas a sua frequência ou convergência. Esta etapa permitiu identificar temas centrais que sintetizaram padrões de sentido abrangentes, suportados por excertos ilustrativos das entrevistas. A combinação da análise de conteúdo com a análise temática possibilitou uma leitura aprofundada, sistemática e teoricamente sustentada das narrativas.

5.5. RESULTADOS

5.5.1 *Focus group* com profissionais de farmácia

O *focus group* deste projeto incluiu cinco profissionais da área farmacêutica: quatro farmacêuticos e um técnico de farmácia.

Código	Formação	Anos de Experiência
FG1	Licenciatura em Ciências Farmacêuticas	30
FG2	Licenciatura em Ciências Farmacêuticas	38
FG3	Licenciatura em Ciências Farmacêuticas	48
FG4	Licenciatura em Ciências Farmacêuticas	15
FG5	Técnico de farmácia	11

A realização deste grupo focal permitiu recolher perspectivas técnicas importantes sobre o circuito do medicamento em contexto de ERPI, nomeadamente no que diz respeito à revisão terapêutica, à PIM, à administração e à articulação entre os vários profissionais envolvidos. O contributo deste *focus group* revelou-se particularmente relevante para os objetivos do projeto, uma vez que permitiu identificar dificuldades, boas práticas e condições consideradas essenciais para melhorar a segurança e a eficácia da administração terapêutica medicamentosa.

De forma geral, os participantes demonstraram que os problemas associados à administração de terapêutica medicamentosa em ERPI não devem ser analisados apenas quando o medicamento é administrado ao utente, alertando para que “grande parte dos problemas associados aos medicamentos não tem só a ver com o medicamento ou com a administração do medicamento, mas sim com a relação 'deste medicamento com aquele

doente em específico” (FG1). O grupo defendeu uma visão mais abrangente, segundo a qual a segurança da administração depende de etapas anteriores, como a revisão da terapêutica, a reconciliação medicamentosa, a preparação da medicação e a definição clara das responsabilidades dos diferentes profissionais. Neste sentido, a administração surge como a etapa final de um processo mais amplo, no qual pequenas falhas anteriores podem comprometer todo o circuito do medicamento.

Um dos aspectos mais valorizados pelos participantes foi a revisão terapêutica. Ao longo da discussão, ficou claro que os farmacêuticos consideram esta prática essencial para avaliar se os medicamentos continuam a ser adequados, “revisão da medicação e isso, é periodicamente ver se os medicamentos estão a ser necessários, estão a ser efetivos e seguros” (FG2) para cada utente. O grupo mostrou que não basta garantir que a medicação seja administrada de forma organizada e segura; é igualmente necessário verificar se essa medicação continua a fazer sentido à condição clínica do utente.

Associada a esta ideia, surge a importância da reconciliação da medicação, sobretudo nos momentos de transição, como a entrada do utente na instituição, o regresso do hospital ou alterações recentes na prescrição. O grupo mostrou que estes momentos são particularmente sensíveis, pois podem introduzir duplicações, omissões ou alterações pouco claras. Assim, a reconciliação surge como uma prática importante para assegurar que o plano terapêutico do utente esteja devidamente ajustado e corretamente refletido na medicação administrada a “reconciliação significa juntar um com outro e ver se há discrepâncias” (FG2).

Outro aspeto muito relevante do *focus group* foi a valorização da relação entre o medicamento e o doente. Os participantes demonstraram que não basta olhar para o medicamento como um produto; é necessário analisá-lo em função da pessoa concreta que o vai tomar, tendo em conta a sua idade, o estado clínico, a capacidade funcional, as limitações e os riscos associados. Esta visão torna o discurso dos farmacêuticos particularmente importante para o projeto, pois introduz uma abordagem mais clínica e individualizada da terapêutica. O medicamento deixa, assim, de ser visto apenas como algo que se prepara e se administra, passando a ser entendido como parte de uma intervenção ajustada às reais características e necessidades.

A formação das equipas das ERPI também surgiu como uma preocupação central. Os participantes consideraram importante reforçar os conhecimentos de auxiliares, cuidadores e dos restantes profissionais sobre aspetos básicos relacionados com medicamentos e a administração segura. Contudo, o grupo não defendeu uma formação

demasiado teórica ou técnica. Pelo contrário, salientou a necessidade de uma formação prática, simples e orientada para os problemas mais frequentes no dia a dia das ERPI. Esta posição ficou expressa quando um dos participantes afirmou que “o cuidador tem que ter alguns conhecimentos básicos” (FG3), dando, depois, exemplos concretos relacionados com formas farmacêuticas e a manipulação da medicação. Esta visão mostra que o grupo entende a formação como uma ferramenta de segurança.

Dentro desta linha, foi particularmente valorizada a necessidade de formação em manipulação, “falar um bocadinho sobre os cuidados que há a ter na manipulação do medicamento, cuidados a ter” (FG3); e adaptação de formas farmacêuticas “Um utente que faz medicação triturada, não deveria, por exemplo tem uma fórmula de libertação prolongada” (FG5). O *focus group* mostrou preocupação com práticas como triturar comprimidos, abrir cápsulas, administrar suspensões, utilizar xaropes ou adaptar, a forma do medicamento à capacidade do utente. Os participantes demonstraram que estas práticas, apesar de parecerem simples, podem ter impacto direto na eficácia e na segurança do tratamento quando não são devidamente compreendidas. Assim, a discussão reforçou a necessidade de orientar melhor os profissionais quanto ao que pode ou não ser alterado na medicação, o que é especialmente importante, tendo em conta o foco deste projeto na administração terapêutica medicamentosa.

Outro ponto forte da análise reside na clarificação das responsabilidades dos diferentes profissionais no circuito do medicamento. Os participantes mostraram preocupação com a necessidade de distinguir melhor o que compete ao médico, ao farmacêutico e ao enfermeiro. Em vários momentos, foi defendida a importância de separar claramente a prescrição, a revisão, a dispensa da medicação e a administração propriamente dita. Esta ideia ficou evidente quando um dos participantes referiu que “a prescrição é do médico” (FG3) e que a “dispensa é do farmacêutico” (FG3). É consenso do grupo que a segurança terapêutica depende, também de uma definição mais clara de papéis e de uma linguagem comum entre os vários intervenientes.

A PIM ocupou um lugar central na discussão. Os participantes defenderam claramente que esta prática deve ser realizada em farmácia, “eu realmente acho que a preparação Pim é importante ser na farmácia” (FG5), num ambiente tecnicamente controlado e com competência adequada. No entanto, a PIM não foi apresentada apenas como uma forma prática de organizar medicamentos. Pelo contrário, foi entendida como uma ferramenta de segurança, que deve estar associada à revisão da terapêutica e ao controlo farmacêutico. Esta perspetiva ficou bem evidente quando um dos participantes

afirmou que “a melhor forma de garantir o plano terapêutico é a PIM” (FG3). Mais do que preparar saquetas ou blisters, o grupo entende que a verdadeira utilidade da PIM reside no facto de esta poder contribuir para a organização, a rastreabilidade e a segurança de todo o processo medicamentoso.

Existe ainda, relativamente à preparação da PIM, recomendações claras em delimitar geograficamente a área de atuação das farmácias

Contudo, os participantes mostraram que a PIM ainda não está totalmente implementada ou valorizada nas instituições. Surgiu a noção de que ainda há resistência em alguns contextos, “há muitos lares que não ainda não aderiram a PIM” (FG4), quer por hábitos antigos, quer por desconhecimento (das equipas e direções) das vantagens desta prática, “Porque a mesmo a direções que ainda não acham que ainda não é vantajoso ser a farmacêuticas a fazer a PIM” (FG4). Deste modo, o *focus group* mostrou que a melhoria do circuito do medicamento não depende apenas da existência de boas práticas, mas também da aceitação por parte das instituições e da disponibilidade para alterar rotinas instaladas.

A discussão evidenciou igualmente a importância da multidisciplinaridade. Os participantes defenderam uma articulação mais próxima entre médico, farmacêutico e enfermeiro, considerando que a gestão da medicação em ERPI não deve ser feita de forma isolada. Esta ideia surgiu de forma clara quando foi referido que o ideal seria existirem “reuniões de acompanhamento, o médico, o farmacêutico, o enfermeiro” (FG3), porque “esse ciclo era o ideal” (FG3). Esta posição mostra que, para os farmacêuticos, os problemas da medicação em contexto institucional não se resolvem apenas com boas intenções ou intervenções separadas, mas exigem comunicação estruturada, discussão partilhada e definição clara de responsabilidades.

Neste contexto, o farmacêutico foi apresentado como um parceiro clínico importante para as ERPI. O grupo defendeu que o papel deste profissional pode ir muito além da simples preparação da medicação, podendo incluir revisão terapêutica, seguimento farmacoterapêutico, identificação de problemas relacionados com a medicação e apoio técnico às equipas.

Apesar desta valorização, os participantes reconheceram também, de forma muito clara, os constrangimentos económicos e organizacionais associados à implementação deste modelo. Esta foi, aliás, uma das dimensões mais pragmáticas do *focus group*, mostrando que um trabalho farmacoterapêutico sério exige tempo, disponibilidade e financiamento adequado. Esta preocupação ficou particularmente evidente quando um

dos participantes afirmou que “há um problema grave de sustentabilidade em serviços. Têm de ser pagos” (FG3) e que “para um trabalho sério, para continuar um trabalho profissional, tem que ser valorizado, tem que ser pago” (FG3). Deste modo, os farmacêuticos chamam a atenção para a distância entre o que seria desejável do ponto de vista técnico e o que é possível concretizar na realidade institucional.

Por fim, o *focus group* identificou que ainda existem fragilidades normativas e estruturais na organização do circuito do medicamento nas ERPI. Os participantes deixaram subentendido que, apesar de existirem algumas orientações e identificação de boas práticas, continuam a faltar mecanismos mais claros e consistentes para definir responsabilidades, garantir a revisão periódica da medicação, enquadrar a PIM e promover a articulação entre profissionais. Esta leitura reforça a pertinência do projeto, uma vez que evidencia a necessidade de orientações práticas, claras e adaptadas à realidade dos lares.

Em síntese, a análise de conteúdo do *focus group* com os profissionais da área da farmácia mostra que este grupo entende a administração terapêutica medicamentosa em ERPI como parte de um processo mais amplo e complexo, que envolve revisão e reconciliação terapêutica, avaliação individualizada da medicação, formação das equipas, preparação individualizada da medicação e articulação entre médico, farmacêutico e enfermeiro. Os participantes valorizam o papel do farmacêutico como elemento ativo na gestão segura da terapêutica e defendem a necessidade de uma intervenção mais estruturada e colaborativa. Ao mesmo tempo, reconhecem que a concretização destas boas práticas depende de condições económicas, organizacionais e normativas que ainda não estão plenamente asseguradas.

5.5.2. Entrevista de médico

	Especialidade	Anos de formação	Anos de experiência profissional em contexto de ERPI
Médico (M)	Licenciatura em Ciências Farmacêuticas	6	0

	Mestrado Integrado em Medicina (Especialidade em Medicina Geral e Familiar)	5	4
--	---	---	---

A análise da entrevista demonstra a existência de fragilidades e riscos no circuito da medicação em ERPI, com a fase da administração a assumir-se como ponto crítico para a segurança terapêutica. Foram abordados 10 aspetos de interesse crítico para a compreensão global do tema realçando a sua complexidade e abrangência.

1. Alteração da forma farmacêutica como risco para a segurança da medicação

Um dos aspetos mais relevantes identificados pelo médico entrevistado é o risco associado à alteração das formas farmacêuticas, nomeadamente à trituração de comprimidos sem a devida avaliação técnica, assumindo que esta prática pode modificar completamente o comportamento farmacocinético do medicamento, afirmando que “Se eu o triturar, ele vai atuar, mas eu vou ter um Boost inicial muito alto”. Ou seja, ao triturar, eu destruo a formulação prolongada, ele vai ser absorvido no imediato (...) Durante as restantes 16 horas do dia não vou ter libertação de medicamento nenhum”. Assim, o entrevistado entende que alterar a forma farmacêutica pode comprometer diretamente a eficácia e a segurança da terapêutica.

2. Iatrogenia associada a erros na administração

Esta preocupação relaciona-se com outro ponto central referido: a iatrogenia decorrente de erros na administração. Para o médico, um erro técnico, como a alteração indevida da forma farmacêutica, pode originar interpretações clínicas equivocadas, mencionando “o resultado pode ser diferente daquilo que eu queria, mais ainda, eu posso ter efeitos secundários que eu não queria.” Se um medicamento não produz o efeito esperado — não por ineficácia, mas por administração inadequada — o clínico pode sentir necessidade de ajustar doses, o que tende a aumentar ainda mais o risco de efeitos adversos. Assim, um erro aparentemente simples pode desencadear uma cadeia de decisões incorretas, com consequências acumuladas na saúde do utente, “se eu depois subo doses, estou a criar ainda mais iatrogenia”. O seu ponto de vista mostra que um erro técnico na administração pode desencadear uma cadeia de erros clínicos.

3. Falta de comunicação entre profissionais

A entrevista mostra também que, para o médico, muitos problemas nos lares não resultam apenas da medicação em si, mas da falha na comunicação, “Os problemas que eu já tive em lares, eu já trabalho há muito tempo, a grande maioria dos problemas é a falta de comunicação entre os vários profissionais envolvidos”. Na sua ótica, a comunicação é uma condição básica para a segurança da medicação. Promover partilha de informação entre quem prepara, quem administra e quem prescreve, muitos erros podem ser evitados. O médico valoriza uma comunicação simples, direta e atempada, pois entende que pequenos esclarecimentos podem evitar decisões equivocadas e consequências graves para o utente. Pequenas comunicações, como alertar, por exemplo que um comprimido está a ser triturado, poderiam evitar situações de risco significativo

4. Falta de formação sobre medicamentos e formulações

O médico destaca igualmente lacunas de formação entre profissionais de saúde, particularmente no conhecimento das diferentes formulações farmacêuticas. Afirma que muitos enfermeiros desconhecem a diversidade de tipos de formulação, não por desleixo, mas porque esta formação não é suficientemente abordada no percurso académico “falta formação em médicos e enfermeiros. A grande maioria dos enfermeiros não sabe que existe mais que um tipo de formulação. E nem têm de saber porque esta formação não é dada nas faculdades”, revelando assim a necessidade de reforçar a literacia em farmacoterapia.

5. A administração como etapa central do circuito do medicamento

Assim, de um modo geral reforça que, em contexto das ERPI, a administração da medicação constitui a etapa mais crítica de todo o circuito. Destaca a necessidade de garantir a correta técnica de administração, “no lar, o mais importante é a administração, a forma como ela é feita” o cumprimento dos horários e o respeito por normas de segurança. Nesta linha, defende a existência de procedimentos claros que previnam trocas de medicação e orientem a atuação dos profissionais quando ocorrem erros, considerando que a segurança não pode depender apenas da atenção individual, mas sim de mecanismos institucionais bem definidos.

6. Normas de segurança para prevenir trocas e erros

O entrevistado mostra igualmente uma clara valorização do papel do farmacêutico no apoio à gestão da medicação, clarificando “um técnico de farmácia, um médico ou enfermeiro podem ter dúvidas sobre o medicamento, um farmacêutico não, é difícil. É a

especialidade dele”, reconhece que estas competências que podem melhorar significativamente a segurança da medicação, nomeadamente no esclarecimento de dúvidas, revisão terapêutica e apoio na preparação dos fármacos.

7. Importância do farmacêutico na gestão terapêutica e as barreiras financeiras

Ainda assim, apesar de reconhecer a importância do farmacêutico, o médico também mostra que o modelo ideal nem sempre é fácil de concretizar. Referindo as condições financeiras como possíveis obstáculos “o problema é monetário. É mais um profissional que ia trazer encargos ao lar.” Esta ligação entre necessidade e problema, mostra que o médico não olha apenas para o que seria teoricamente melhor, mas também para o que é viável na realidade dos lares, revelando conhecimento do contexto.

8. Revisão da medicação ajustada à situação real do utente

Outro tema abordado é a necessidade de ajustar a medicação ao estado clínico e funcional do utente. O médico questiona a pertinência de manter determinados tratamentos em pessoas muito idosas, acamadas ou em fases avançadas de fragilidade, defendendo que a revisão terapêutica deve ser feita caso a caso, “um utente acamado com 96 anos, será que se justifica fazer medicação para o colesterol, à espera de que o mesmo não tenha um AVC daqui a 5 anos?”. Na sua perspetiva, é essencial garantir que a terapêutica mantida é realmente útil e proporcional, evitando tratamentos que já não oferecem benefício significativo.

9. Ocultação da medicação em casos de recusa

A entrevista explora também a problemática da recusa de medicação e a eventual necessidade de ocultação da mesma quando o utente não apresenta capacidade de decisão. O médico defende que esta medida deve ser tomada apenas em situações específicas e sempre com envolvimento da família ou responsáveis, “Se o utente não apresenta capacidade de decisão(...) incluir a família nesta decisão” assim é garantindo uma base ética e relacional que legitime a intervenção. Paralelamente, reafirma a importância de privilegiar apenas a medicação estritamente necessária e de considerar alternativas terapêuticas menos invasivas, como o uso de pensos analgésicos para controlo da dor.

10. Registo escrito como proteção e boa prática

Por fim, o entrevistado sublinha a importância do registo escrito como parte integrante das boas práticas. Documentar contactos com a família, decisões clínicas e justificações para determinadas condutas é, na sua visão, essencial para assegurar transparência, continuidade de cuidados e proteção profissional.

5.5.3 Entrevista a Enfermeiros

A análise das entrevistas permitiu identificar um conjunto de categorias temáticas centrais relacionadas com a gestão da medicação em contexto de ERPI, nomeadamente: revisão terapêutica, polimedicação, preparação da medicação, comunicação com a farmácia, responsabilidade na administração, realidade dos contextos e ocultação/manipulação da medicação.

	Anos de formação	Anos de experiência profissional em contexto de ERPI
Enf 1	15	13
Enf 2	6	4
Enf 3	5	5
Enf 4	1	1

1. Revisão terapêutica

A análise das entrevistas evidencia que a revisão terapêutica é reconhecida como um elemento central na gestão da medicação em contexto de ERPI, embora não seja realizada de forma sistemática. Os participantes referem que esta ocorre maioritariamente de forma pontual, associada a situações agudas ou necessidade de renovação de prescrição. Como refere a Enf_01, “a revisão terapêutica não é realizada da forma ideal, pelo menos na prática”, acrescentando que “não é difícil, é difícil acontecer”. A limitação da presença médica e a dificuldade de articulação entre profissionais são apontadas como fatores condicionantes, sendo referido que “às vezes nem estamos juntos” (Enf_01), o que compromete a discussão interdisciplinar. A entrevistada aponta no sentido de que muitas decisões acabam por surgir mais por necessidade imediata do que por uma análise preventiva e estruturada da terapêutica.

2. Importância da presença médica regular e integrada na instituição

É notório que a presença regular de um médico na instituição contribui significativamente para a melhoria da qualidade do acompanhamento clínico e terapêutico. Como referido por um enfermeiro (Enf_02), “Há uma sensibilidade diferente também na medicação ou que tem que medicar se se realmente étnico a polimedicação”. Contudo, esta situação verifica-se apenas numa única ERPI. A entrevistada valoriza particularmente o facto de existir uma visão mais atenta à polimedicação, à disfagia e à

necessidade de encontrar alternativas mais adequadas para pessoas idosas e muito fragilizadas.

3. Polimedicação e adequação da terapêutica

Relativamente à polimedicação, os enfermeiros demonstram preocupação com a adequação da terapêutica à população idosa institucionalizada. É frequente a identificação de terapêuticas potencialmente desajustadas, sendo valorizada uma abordagem crítica, como exemplifica a Enf_02 ao afirmar que “um utente de 90 anos não está a fazer nada com uma sinvastatina”.

A presença regular de médico na instituição é identificada como facilitadora deste processo, promovendo uma maior sensibilidade na avaliação terapêutica. O ponto de vista das entrevistadas é que nem toda a medicação prescrita mantém sentido ao longo do tempo. Existe, por isso, a ideia de que é necessário rever a terapêutica à luz da idade, da condição clínica, do prognóstico e do benefício real para o utente. Esta posição evidencia preocupação com a proporcionalidade terapêutica e com a necessidade de evitar a medicação desnecessária.

4. Preparação individualizada da medicação por farmácia como mais-valia

A preparação individualizada por farmácia é transversalmente considerada uma prática vantajosa, permitindo reduzir erros e otimizar o tempo da equipa de enfermagem. A Enf_02 refere que “acho que deve ser preparada pela farmácia, até porque é uma competência deles”. Contudo, é consensual a necessidade de validação pela enfermagem, sendo referido que “os blisters nunca entram a uso [...] sem que um dos enfermeiros verifique e valide uma terceira vez” (Enf_02), e que “quando a medicação chega, eu confirmo sempre” (Enf_03). Esta validação é entendida como mais uma barreira de segurança, precisamente porque podem ocorrer erros de máquina, duplicações ou alterações terapêuticas que precisam de ser confirmadas antes da administração.

5. Avaliação da comunicação com farmácia

As entrevistas revelam realidades distintas quanto à proximidade da farmácia, mas mostram que a comunicação tende a ser considerada aceitável, em todas as realidades a forma de contacto é digital: “Funciona à base de e-mails” (Enf_01); “Trabalhamos com um sistema informático” (Enf_02); “Temos um grupo de WhatsApp” (Enf_03).

Em termos de proximidade geográfica com a farmácia também se percebe que a distância pode dificultar a resolução de situações urgentes ou a adoção de alterações terapêuticas inesperadas como refere Enf_03, “Sim, não é tão prático de resolver problemas pontuais”. A distância geográfica da farmácia pode interferir com a prestação

de cuidados, sobretudo quando é preciso iniciar rapidamente uma medicação nova, como ilustra a Enf_03: “desde que peço a medicação [...] ainda demora uns 2-3 dias”, dificultando a resolução de situações pontuais.

6. Competência para administrar medicação: entre o ideal e o possível

Quanto à administração da medicação, verifica-se que, apesar de ser formalmente uma competência da enfermagem, “Pela definição de funções são os enfermeiros, se isso acontece? Não.” (Enf_04) sendo frequentemente partilhada com auxiliares. Esta prática é justificada pela ausência de enfermagem em permanência, sendo referido que “num lar é impossível ter enfermeiros 24 horas por dia” (Enf_03).

O ponto de vista dos entrevistados, não apresentam esta solução como ideal, mas como uma necessidade decorrente da realidade institucional. Isto mostra que a prática da administração por auxiliares não é vista como excecional, mas como algo incorporado no funcionamento das ERPI, ainda que com reservas e necessidade de controlo. A seleção dos auxiliares baseia-se na experiência e conhecimento dos utentes, sendo privilegiada a continuidade, “é ter experiência nesta casa. Conhecer bem os utentes, tem de saber o nome de todos. Tem de conhecer muito bem os utentes. E tem que ser ajudante de ação direta e com curso auxiliar de saúde” (Enf_04).

7. Formação específica como necessidade importante

A formação é considerada importante pela maioria dos participantes, como refere a Enf_01: “é importante, sim”, embora existam diferentes perspetivas quanto ao nível de aprofundamento necessário, “Uma formação para enfermeiros não pode ser igual para auxiliares” (Enf_04). formação não deve ser igual para todos, porque as funções, o nível de responsabilidade e o conhecimento de base são diferentes. Esta ideia é importante porque mostra que a melhoria das práticas não passa apenas por “dar formação”, mas por construir formação adequada ao papel de cada profissional dentro do circuito do medicamento.

Relativa à formação destinada a auxiliares, consideram que a formação para deve centrar-se mais no modo de administrar, “Devem é saber como administrar em segurança” (Enf_02) e como refere Enf_03 para que façam com sentido critico” até para terem mais noções sobre aquilo que estavam a fazer e não era não iria ser tanto tipo piloto automático”. Revelando alguma resistência a formação mais técnica do medicamento, “Muito sinceramente, não acho que tenham de ter na área do medicamento.” (Enf_02).

8. Manipulação da medicação

A manipulação da medicação, nomeadamente a trituração, surge como uma prática frequente, mas reconhecidamente crítica. Os participantes demonstram consciência de que nem todos os fármacos podem ser triturados, embora admitam inconsistência na prática. Como refere a Enf_04, “num universo de 10 pastilhas, uma pode não ser recomendável à trituração”, acrescentando que “mesmo os próprios enfermeiros, às vezes [...] metem o pilão em todos”. Surgem também estratégias alternativas, como o uso de gel para facilitar a administração, evitando a mistura com alimentos, “Atualmente, compramos um gel que ajuda a disfarçar o sabor da medicação triturada” (Enf_04). A utilização de um gel surge como tentativa de tornar o processo mais controlado e menos dependente da ocultação em alimentos, o que representa uma estratégia intermédia entre a necessidade prática e a preocupação com a qualidade da administração.

A trituração e ocultação de medicação são práticas comuns, aceitáveis em situações de desorientação, incapacidade de decisão ou grande dificuldade em garantir a toma, sendo encaradas como uma solução prática para proteger o utente, como refere Enf_03 “Quando os utentes estão desorientados, eu acho que é um mal necessário”. No entanto, verifica-se que esta prática nem sempre é acompanhada da devida formalização e discussão com a família, o que pode gerar preocupações. É fundamental garantir que a trituração e ocultação de medicação sejam sempre consideradas como último recurso, sendo a única opção deve existir o consentimento informado da família ou do responsável legal.

9. Existência de procedimentos relacionados com a administração da medicação

Apesar de os entrevistados reconhecerem a importância do registo da administração de medicação, verifica-se uma heterogeneidade considerável entre as instituições. Algumas utilizam sistemas informáticos, enquanto outras mantêm registos manuais e uma ERPI ainda não possuem qualquer registo formal. Esta diversidade demonstra que a rastreabilidade da administração de medicação continua excessivamente dependente da organização específica de cada ERPI, comprometendo a uniformidade e a segurança. É imperativo que se implementem sistemas de registo uniformes e eficazes em todas as ERPI, de forma a garantir a rastreabilidade da administração de medicação e a segurança dos utentes.

Em relação a procedimentos relativos a incidentes com medicação, só um entrevistado diz existir na sua instituição “Sim temos uma nota, muito breve, no manual

de gestão de emergência”. Do ponto de vista dos entrevistados indicam que a enfermagem atua como eixo central da resposta ao erro “devem contactar a equipa de enfermagem” (Enf_04). Isto reforça o papel do enfermeiro como elemento de supervisão e de gestão do risco na instituição.

10. Farmacêutico como elemento das equipas

As entrevistas mostram uma valorização global do contributo do farmacêutico, “Seria útil” (Enf_01), sobretudo pela mais-valia técnica ao nível das interações, alternativas terapêuticas, medicação esgotada e revisão da terapêutica. No entanto, também se reconhece que esta integração nem sempre é sentida como urgente quando já existem boas referências externas, ou pode ser vista como desejável, mas difícil de concretizar na realidade das ERPI.

11. ERPI como contexto cada vez mais complexo e próximo da saúde

As entrevistas com enfermeiros revelam uma perceção clara da crescente complexidade dos utentes em ERPI, que se tornaram, como refere um enfermeiro (Enf_04), “um braço dos hospitais”, exigindo respostas mais profissionalizadas. Outro acrescenta que “É sim olhar para nós com outros olhos” (Enf_02). Os enfermeiros destacam que as ERPI deixaram de ser meros espaços de acolhimento, passando a cuidar de utentes com grande dependência, polimedicação, disfagia, terminalidade e necessidade de cuidados quase hospitalares.

Esta realidade reforça a necessidade de um circuito do medicamento mais rigoroso nas ERPIs, com maior formação, melhor articulação clínica e estruturas de apoio mais sólidas. Os enfermeiros reconhecem a importância da revisão terapêutica, da preparação individualizada da medicação, da validação pela enfermagem, da articulação com a farmácia e da formação dos profissionais.

No entanto, identificam limitações concretas, como a escassez de recursos, a ausência de enfermagem permanente, a dificuldade em garantir uma revisão terapêutica estruturada e os riscos associados à trituração, à ocultação e à administração por profissionais não enfermeiros.

Em suma, os enfermeiros consideram a administração da medicação em ERPI um processo complexo, exigente e crucial para a segurança do utente, o que justifica a criação de um Guia de Boas Práticas simples, claro e ajustado à realidade das instituições.

5.5.4 Entrevista a Auxiliares de Ação Direta (AAD)

A análise das quatro entrevistas realizadas com as auxiliares de ação direta permite compreender melhor a realidade da administração terapêutica medicamentosa em contexto de ERPI.

	Formação	Anos de experiência em contexto de ERPI
AAD1	12º Ano	7
AAD2	Tec. Auxiliar de saúde	4
AAD3	Tec. Auxiliar de saúde	20
AAD4	Tec. Auxiliar de saúde	6

1. Competência reconhecida para administrar medicação

Um aspeto consistente nas entrevistas é o reconhecimento, por parte das auxiliares de ação direta, de que a administração de medicação é da competência do enfermeiro. Este dado é importante, pois demonstra que as entrevistadas têm consciência de que, idealmente, esta função não lhes deveria ser atribuída como responsabilidade principal, como ilustra a declaração da AAD1: “Na minha opinião, seria a enfermeira”. A unanimidade deste grupo em não se considerar o profissional mais habilitado para a tarefa revela uma autoconsciência dos seus limites de competência e reforça a ideia de que, em muitas ERPI, a prática diária nem sempre corresponde ao modelo mais seguro ou tecnicamente ajustado.

Apesar desta clara noção de responsabilidades, as entrevistas revelam que a administração da medicação envolve sempre auxiliares, seja pela necessidade do mapa de trabalho, em períodos previamente definidos e com a presença, ou não, de enfermagem. Tal como referem as entrevistadas, “É dar a medicação e consoante o mapa de trabalho que estiver” (AAD1), “Sabemos que é sempre em certos momentos do dia (sex, sáb, dom e seg) de manhã ou à tarde. Quem dá é que estiver destacado no mapa a verde” (AAD3) e “Depende do mapa, se há enfermeiro ou não” (AAD4). O ponto de vista das entrevistadas mostra que esta tarefa está integrada à rotina institucional e distribuída de acordo com a organização do serviço. Ou seja, a administração da medicação acaba

por ser decidida mais pela necessidade prática e pela gestão de recursos humanos do que pela definição estrita de competências técnicas. Isto permite perceber que o problema não é excecional, mas sim estrutural.

2. Preparação da medicação

Todas as entrevistadas confirmam que a medicação chega preparada e identificada por utente, o que parece facilitar o trabalho das auxiliares e conferir alguma organização ao processo. “A nossa medicação já vem toda em saquinhos, toda individual” (AAD1). Este método é percebido como uma ajuda a orientar a administração e pode diminuir alguns erros mais básicos, como trocas entre utentes.

As auxiliares referem que toda a informação presente no PIM (nome do utente, nome do medicamento, dosagem, forma e hora de toma) facilita a tarefa, reduzindo-a a um processo visual. Isto significa que sabem reconhecer o que têm de administrar, a quem e a que horas, mas não implica necessariamente um conhecimento técnico aprofundado sobre o medicamento, a sua formulação ou os riscos da sua manipulação, como podemos verificar no relato da AAD3: “Vem lá tudo. É abrir e dar ao utente. Esta função é feita. Agora não sabemos muito mais que isto.”

No entanto, esta organização não resolve todos os problemas, pois a segurança da administração continua a depender da formação, do registo, da supervisão e dos procedimentos da instituição.

3. Prática de trituração e ocultação da medicação

Um dos dados mais significativos das entrevistas é a naturalidade com que surge a trituração da medicação, o que indica que esta prática está bastante normalizada no quotidiano institucional. AAD1: “Não, normalmente é tudo.”, “Sim, a muitos [utentes].” mostra que triturar medicamentos é encarado como prática habitual e pouco diferenciada.

O mais relevante aqui não é apenas o facto de acontecer, mas o de parecer não haver uma distinção clara entre o que pode e o que não pode ser triturado. Isto revela uma fragilidade importante, pois a adaptação da medicação passa a ser rotina, e não uma decisão ponderada com base em critérios técnicos.

Outro tema muito relevante nas entrevistas é a ocultação da medicação na alimentação ou bebida perante a recusa do utente. As respostas indicam que esta prática tende a ser normalizada: “Às vezes é a única maneira de tomarem a medicação. Talvez um mal necessário.” (AAD2).

Na perspetiva das entrevistadas, esta ação é frequentemente entendida como inevitável. Quando o utente recusa, a prioridade parece centrar-se em garantir a toma da

medicação. Assim, a ocultação surge como uma solução do quotidiano, mais do que como um tema refletido em termos éticos ou legais. Este dado é particularmente relevante, pois evidencia uma prática sensível já bastante naturalizada, reforçando a necessidade de orientações claras sobre esta matéria.

No entanto, apresentam consciência de que esta prática pode ser delicada e expô-las profissionalmente. E avaliam a necessidade de um consentimento, como algo que as possa proteger “Agora é necessário para tudo, talvez seja melhor ter.” (AAD4).

4. Existência de procedimentos relacionados com a administração da medicação

A falta de uniformidade no registo da administração terapêutica é outro aspeto crucial. Enquanto algumas auxiliares referem que “Registo individual, não” (AAD1), outras afirmam “Assinamos a folha de registo da medicação” (AAD3). Este contraste revela uma ausência de padronização: em algumas instituições, existe uma folha de registo com identificação do profissional que administrou a medicação, enquanto noutras essa informação não é formalmente documentada. Esta falta de padronização compromete a rastreabilidade do processo e dificulta a identificação clara do que foi feito, por quem e em que circunstâncias.

Em caso de erro na administração, a reação imediata das auxiliares é contactar o enfermeiro, em vez de seguir um protocolo escrito e estruturado: “É ligar à enfermeira” (AAD1). Embora o enfermeiro seja a principal referência em caso de dúvida ou erro, demonstrando apoio profissional, a resposta ao erro depende excessivamente do contacto imediato com uma pessoa, em detrimento de um procedimento institucional claro e facilmente consultável. Esta dependência revela uma fragilidade nos protocolos formais de atuação

5. Formação específica como necessidade importante

Este é um dos aspetos mais fortes do conjunto de entrevistas. As auxiliares podem ter formação em geriatria ou experiência de trabalho, “Formação não, é prática mesmo.” (AAD1) revelam que a aprendizagem nesta área ocorre principalmente pela prática e pela experiência acumulada. Em vez de existir uma formação estruturada, formal e homogénea, o que muitas vezes ocorre é a transmissão informal de saberes na instituição “Antigamente não havia nada. Agora as novas têm os enfermeiros que ensinam algumas coisas.” (AAD3). Isto é importante porque significa que o desempenho da tarefa depende muito da experiência prévia da pessoa e menos da preparação técnica obrigatória.

Mesmo quando algumas auxiliares dizem sentir confiança na tarefa, também reconhecem que seria importante haver formação específica. “Sim, há coisas que se aprende com os anos, que poderiam ser ensinadas a quem vem de novo.” (AAD3).

De uma forma geral, a formação é vista como algo útil, sobretudo para aumentar a segurança, melhorar os conhecimentos e ajudar quem inicia funções. Assim, mesmo que a prática diária lhes dê alguma experiência, continua a existir a percepção de que a formação específica sobre medicação faria falta e traria mais segurança ao desempenho desta tarefa.

As auxiliares, em geral, dizem sentir confiança para administrar medicação, mas essa confiança não se apresenta como absoluta. Em alguns casos, é acompanhada por um forte sentido de responsabilidade e até por desconforto. “Sim. Mas é um trabalho de muita responsabilidade e de erro fácil, temos de estar muito atentas.” (AAD3), “Sim, mas preferia não ter que o fazer.” (AAD4). Algumas respostas deixam claro que se trata de uma tarefa exigente, suscetível a erro e que nem sempre é assumida com verdadeiro conforto. Isto ajuda a perceber que a confiança referida nas entrevistas não significa ausência de problemas, mas antes adaptação a uma realidade de trabalho já instalada.

Capítulo 6 – Conclusão

A análise das entrevistas com profissionais de farmácia, médicos, enfermeiros e auxiliares de ação direta, juntamente com o *focus group* com farmacêuticos, demonstra que a administração de medicação em ERPI é um processo complexo que exige uma abordagem integrada e multidisciplinar para proteger os utentes. Os desafios identificados, como a falta de procedimentos uniformes, as lacunas na formação, os problemas de comunicação, as práticas de risco e as fragilidades normativas, requerem ações concretas e coordenadas.

Para superar estes desafios, é essencial criar e implementar um Guião de Boas Práticas adaptado à realidade das ERPI, com orientações claras sobre o circuito do medicamento. Este guião deve ser acompanhado por formação contínua para todos os profissionais, com foco em aspetos práticos, como a manipulação de medicamentos e a gestão de riscos. A implementação de registos eletrónicos uniformes é crucial para rastrear o processo e identificar erros, permitindo uma monitorização contínua.

A comunicação entre médicos, farmacêuticos, enfermeiros e auxiliares deve ser fomentada por meio de reuniões regulares e de protocolos claros. É fundamental reduzir práticas de risco, como a trituração inadequada e a ocultação da medicação, por meio de alternativas e da educação de utentes e familiares. A revisão terapêutica, com a participação de todos os profissionais relevantes, é essencial para garantir que a medicação seja adequada a cada utente, evitando a polimedicação desnecessária.

A clarificação das responsabilidades e a valorização do papel do farmacêutico como consultor técnico são medidas importantes para melhorar a segurança e a eficácia da administração de medicação. Para que estas medidas funcionem, as ERPI devem alocar recursos adequados e criar uma cultura de segurança onde todos se sintam capacitados para identificar e resolver problemas.

Em suma, melhorar a administração de medicação em ERPI exige um compromisso contínuo com a formação, a comunicação, a segurança e a qualidade dos cuidados. A partilha de experiências e boas práticas entre diferentes ERPI é fundamental para garantir a melhoria contínua e a adaptação das estratégias às necessidades de cada contexto. Ao investir na segurança da administração de medicação, as ERPI demonstram o seu compromisso com o bem-estar e a dignidade dos idosos.

Capítulo 7 - Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em ERPI

1. Finalidade do guião

O presente guião tem como finalidade orientar a organização e a prática da administração terapêutica medicamentosa em ERPI, promovendo procedimentos mais seguros, mais consistentes e mais centrados na pessoa idosa. Pretende-se reduzir o risco de erros de medicação, melhorar a articulação entre profissionais, reforçar a adequação terapêutica e apoiar a tomada de decisão em situações frequentes do quotidiano institucional, como alterações do estado clínico, recusa da medicação, trituração de comprimidos, ocultação da medicação, incidentes de administração e necessidade de revisão terapêutica. Esta finalidade está em linha com as recomendações finais do projeto, que defendem maior articulação clínica, avaliação farmacoterapêutica individualizada, PIM assegurada por farmacêutico e formação específica dos profissionais envolvidos na administração.

2. Princípios Orientadores

A administração de medicamentos em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) deve ser guiada por seis princípios fundamentais: segurança, individualização, responsabilidade, comunicação, rastreabilidade e ética.

2.1. **Segurança:** Garantir que cada medicamento é administrado à pessoa certa, na dose correta, pela via adequada e no horário preciso, assegurando as condições de conservação, manipulação e monitorização apropriadas.

2.2. **Individualização:** Adaptar a medicação ao estado clínico real do utente, considerando a sua capacidade funcional, a presença de disfagia, a recusa, a fase da doença e o benefício concreto da terapêutica. A revisão da medicação deve ser feita caso a caso, especialmente em utentes frágeis ou em fase terminal, focando a relação entre o medicamento e o doente, e não apenas no fármaco isoladamente.

2.3. **Responsabilidade:** Definir claramente os papéis de cada profissional. A prescrição é da responsabilidade do médico; a revisão farmacoterapêutica e a identificação de Potenciais Interações Medicamentosas (PIM) devem ser asseguradas pelo farmacêutico; a supervisão da administração pertence preferencialmente à

enfermagem; e, quando a administração é realizada por auxiliares, esta deve ser precedida de seleção adequada, formação, supervisão e critérios explícitos.

2.4. Comunicação: Estabelecer uma comunicação clara e eficaz, essencial para a segurança do utente. A maioria dos problemas em ERPI resulta de falhas na comunicação, tornando a articulação entre auxiliares, enfermagem, médico e farmácia crucial para a tomada de decisões.

2.5. Rastreabilidade: Assegurar o registo detalhado de cada administração, incluindo o medicamento, a dose, o profissional responsável, o horário e as circunstâncias relevantes. Dada a diversidade de práticas nas instituições, desde a ausência de registos até à utilização de sistemas manuais ou informáticos, esta rastreabilidade torna-se ainda mais importante.

2.6. Ética: Respeitar a dignidade e os direitos do utente, garantindo a proporcionalidade terapêutica e documentando decisões sensíveis, como a ocultação de medicação ou a administração em casos de recusa. O envolvimento da família e o registo destas situações em diário são fundamentais, evidenciando a necessidade de maior proteção e clarificação nestes casos.

3. Organização Geral do Circuito do Medicamento

O circuito do medicamento em ERPI deve ser encarado como um processo integrado, que vai além do ato final da administração. Para garantir a segurança, este circuito deve incluir:

- 3.1 Responsabilidades dos profissionais
- 3.2 Revisão terapêutica
- 3.3 Reconciliação medicamentosa
- 3.4 Preparação individualizada da medicação
- 3.5 Administração
- 3.6 Registo e resposta a incidentes

3.1. Responsabilidades dos Profissionais

Médico - Prescrição terapêutica, decisão sobre o início, suspensão, substituição ou ajuste de medicamentos e validação clínica das alterações propostas. Participação nas revisões terapêuticas, sobretudo em casos complexos, processos de fim de vida, polimedicação ou descompensação funcional.

Farmacêutico - Revisão farmacoterapêutica, preparação individualizada da medicação, validação técnica do plano terapêutico, apoio à reconciliação medicamentosa, identificação de PRM e apoio formativo às equipas. Recomenda-se que a PIM seja precedida de revisão e que o farmacêutico construa um perfil farmacoterapêutico conhecido pela equipa clínica.

Enfermeiro - Supervisão do circuito da administração, validação da medicação preparada, formação dos profissionais que administram, monitorização clínica dos efeitos terapêuticos e adversos e resposta inicial aos incidentes relacionados com a medicação.

Auxiliar de Ação Direta - Administração de medicação apenas quando necessário, nos termos do modelo organizacional da instituição, e quando devidamente selecionado, treinado e supervisionado. Conhecimento dos utentes, interpretação da identificação da medicação, cumprimento dos horários, respeito pelas instruções específicas e contacto imediato com a equipa de enfermagem perante qualquer dúvida, incidente, recusa ou alteração do utente.

3.2. Revisão Terapêutica

Deve ser promovida regularmente e sempre que houver admissão na instituição, alteração do estado clínico, regresso de internamento, consulta externa, suspeita de reação adversa, dificuldade de administração, recusa persistente da medicação ou suspeita de medicação desajustada. A reavaliação semanal dos casos mais frágeis e a antecipação sempre que a terapêutica não estiver a funcionar são condições essenciais para avaliar se os medicamentos são eficazes e seguros.

3.3. Reconciliação Medicamentosa

Deve ser obrigatória nas transições de cuidados, a fim de garantir uma lista atualizada, coerente e consistente da medicação. Recomenda-se explicitamente a reconciliação em cada transição e revisões contínuas para evitar omissões, duplicações e doses inadequadas.

3.4. Preparação Individualizada da Medicação

Recomenda-se que a Preparação Individualizada da Medicação seja assegurada, preferencialmente, por uma farmácia de referência geograficamente acessível e com competência técnica adequada. A proximidade geográfica pode favorecer a celeridade na resposta a situações urgentes e a alterações terapêuticas inesperadas, mas deve ser

assegurada uma articulação funcional eficaz, com canais de comunicação claros e resposta atempada às necessidades da ERPI. A escolha da farmácia de referência não deve comprometer a qualidade, a segurança e o rigor técnico associados à preparação, validação, acondicionamento e dispensa da medicação. Antes de a medicação entrar em uso, deve haver validação pela equipa de enfermagem. Se a instituição assegurar internamente a preparação, deve garantir condições legais e técnicas adequadas de armazenamento, organização e segurança, bem como supervisão profissional competente.

3.5. Administração

Sempre que a administração não possa ser assegurada exclusivamente por enfermeiros, a instituição deve selecionar os profissionais com base em critérios objetivos, como experiência, conhecimento dos utentes, sentido de responsabilidade, estabilidade emocional, capacidade de comunicação e demonstração prática de competência, nomeadamente a possibilidade de possuir curso de auxiliar de saúde. A formação deve ser obrigatória, inicial e contínua para todos os profissionais que administram medicação, incluindo:

- Conhecimento básico sobre medicamentos e formas farmacêuticas
- Leitura da identificação de blisters ou saquetas
- Diferenças entre comprimidos, cápsulas, xaropes, suspensões, gotas, supositórios e outras formas
- Medicamentos que podem ou não ser triturados ou abertos
- Administração segura por via oral
- Horários e relação com alimentos
- Sinais de alerta
- Procedimentos em caso de acidentes relacionados com a administração de terapêutica medicamentosa
- Ética e cuidados humanizados

3.5.1. Procedimento de Administração Segura

Antes de administrar, o profissional deve confirmar

- Cinco Certos da Administração Medicamentosa (doente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa e via certa);

- Observar o estado do utente;
- Confirmar se há alterações relevantes;
- Avaliar se a administração é possível naquele momento.

Durante a administração

Deve ser avaliada a toma efetiva do medicamento sempre que possível, especialmente em pessoas com:

- Défice cognitivo
- Disfagia
- Tendência para cuspir a medicação
- Recusa parcial

Após a administração

Deve existir registo imediato da toma, incluindo ausências, recusas, incidentes, alterações ou observações relevantes.

3.5.2. Trituração, Abertura e Manipulação de Medicamentos

A trituração de comprimidos, a abertura de cápsulas ou qualquer manipulação da forma farmacêutica só deve ser efetuada quando houver indicação clara de que o medicamento o permite. Triturar formas de libertação prolongada pode provocar um pico inicial elevado e, depois, ausência de libertação ao longo do dia, com risco clínico e iatrogenia subsequente. A instituição deve manter uma lista atualizada, validada por farmacêutico ou enfermagem com apoio farmacêutico, com indicação dos medicamentos que podem ser manipulados ou alterados da sua forma original. Sempre que o utente apresente disfagia, recusa persistente, dificuldade de deglutição ou necessidade frequente de trituração, deve-se promover a reavaliação terapêutica para procurar formas farmacêuticas mais adequadas.

3.5.3. Recusa da Medicação e Ocultação

Perante recusa da medicação, o primeiro passo deve ser compreender a causa: dor, medo, agitação, alteração cognitiva, sabor desagradável, dificuldade em engolir, cansaço, conflito relacional ou falta de compreensão. Antes de ocultar, devem ser tentadas estratégias menos invasivas, o ajuste do momento de toma, a alternativa de forma ou o apoio de um profissional mais próximo do utente. A ocultação da medicação não deve

ser banalizada nem usada de forma rotineira, sendo considerada apenas em situações excepcionais, sobretudo quando o utente não tem capacidade de decisão, a medicação é clinicamente necessária e não há alternativa mais adequada no momento. Defende-se a inclusão da família nesta decisão e o registo próprio por escrito dos contactos e das opções adotadas. Quando possível, deve-se preferir uma forma de administração mais controlada do que misturar a medicação à comida em geral. A utilização de um gel próprio para administração triturada evidencia uma tentativa de melhorar a prática e de evitar a perda de medicação nos alimentos.

3.6. Registo e Resposta a Incidentes

Devem ser assegurados sistemas de registo da administração terapêutica, preferencialmente individual, imediato e identificável. O registo deve permitir identificar quem administrou, o que foi administrado, quando e com quais observações. Além do registo da administração, devem ser registadas recusas, engasgos, dificuldades de toma, episódios de cuspir medicação, alterações na via de administração, ocultação justificada, reações adversas e contactos com médico, enfermeiro, farmacêutico ou família.

3.7. Procedimentos em Caso de Erro ou Incidente

Estabelecer procedimento escrito e acessível para a atuação em caso de incidentes com medicação, visando garantir a segurança e o bem-estar dos utentes. Este procedimento deve ser abrangente e incluir as seguintes etapas:

- **Identificação Imediata do Tipo de Erro:** A rápida identificação do tipo de erro (dose incorreta, medicamento errado, via de administração inadequada, etc.) é crucial para a resposta eficaz.
- **Interrupção de Novas Administrações:** Suspende a administração de novas doses até que a situação seja totalmente esclarecida, evitando potenciais agravamentos.
- **Contacto Imediato com a Equipa de Enfermagem:** A equipa de enfermagem deve ser contactada de imediato para avaliar a situação e coordenar as ações subsequentes.
- **Contacto com o Médico:** Sempre que necessário, o médico responsável pelo utente deve ser contactado para orientação e eventual prescrição de medidas corretivas.

- Monitorização do Utente: O utente deve ser monitorizado continuamente para detetar quaisquer sinais de reações adversas ou complicações decorrentes do incidente.
- Análise Posterior da Causa e Definição de Medidas Preventivas: Após o incidente, deve ser realizada uma análise aprofundada para identificar as causas subjacentes e implementar medidas preventivas para evitar a recorrência.
- Em Situações Graves ou Potencialmente Graves: a assistência médica urgente deve ser acionada de imediato, conforme o quadro clínico do utente.

A implementação rigorosa deste procedimento, aliado a uma cultura de segurança e comunicação aberta, contribui para minimizar os riscos associados à administração de medicamentos em ERPI, garantindo uma assistência de qualidade e centrada no utente.

4. Papel da Família e do Representante Legal

A família ou o representante legal deve ser envolvido nas decisões clínicas. Este envolvimento não substitui a responsabilidade clínica dos profissionais, mas reforça a legitimidade, a transparência e a proteção ética das decisões.

5. Monitorização e Melhoria Contínua

A instituição deve rever regularmente as suas práticas de administração medicamentosa, identificando fragilidades, quase-erros, erros, dificuldades recorrentes e necessidades de formação. Devem ser promovidas auditorias simples, reuniões de reflexão e atualização periódica das instruções internas.

6. Recomendações Finais para Implementação

Para que este guião seja exequível, a instituição deve:

- Nomear responsáveis pelo circuito do medicamento
- Garantir parceria funcional com médico e farmácia de referência
- Assegurar supervisão de enfermagem
- Definir critérios de seleção para escolha de profissionais que realizam administração terapêutica medicamentosa

- Instituir formação obrigatória inicial e contínua
- Uniformizar registos, preferencialmente informáticos
- Aprovar procedimento escrito para incidentes
- Criar lista institucional sobre manipulação de medicamentos
- Formalizar regras para recusa e ocultação
- Promover revisões terapêuticas e reconciliação em transições

Referências bibliográficas

- Alemanni, J., Brisseau, L., Lebel, D., Vaillancourt, R., Rocheleau, L., & Bussi eres, J.-F. (2011). A pilot comparative study of the clarity and assessability of the drug management standards of Accreditation Canada and the US Joint Commission. *Canadian Journal of Hospital Pharmacy*, 64(2), 116–123. <https://doi.org/10.4212/cjhp.v64i2.995>
- Amado, J. (2017). *Manual de investigação qualitativa em educação* (3.^a ed.). Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Thiyagarajan, J. A., Mikton, C., Harwood, R. H., Gichu, M., Gaigbe-Togbe, V., Jhamba, T., Pokorna, D., Stoevska, V., Hada, R., Steffan, G. S., Liena, A., Rocard, E., & Diaz, T. (2022). *The UN Decade of healthy ageing: Strengthening measurement for monitoring health and wellbeing of older people*. *Age and Ageing*, 51(7), afac147. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac147>
- Australian Government Department of Health and Aged Care. (2022). *Guiding principles for medication management in residential aged care facilities*. <https://www.health.gov.au/resources/publications/guiding-principles-for-medication-management-in-residential-aged-care-facilities?language=en>
- Australian Government Department of Health and Aged Care. (2022). *User guide: Role of a medication advisory committee* (Publication No. DT0003019). https://www.health.gov.au/sites/default/files/2022-11/user-guide-role-of-a-medication-advisory-committee_0.pdf
- Australian Institute of Health and Welfare. (2024). *Older Australians*. <https://www.aihw.gov.au/reports/older-people/older-australians/contents/demographic-profile>
- Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Psico & Soma.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (ed. rev. e atual.). Edi  es 70.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Br uhwiler, L. D Niederhauser, A., Fischer, S., & Schwappach, D. L. B. (2021). Quality standards for safe medication in nursing homes: Development through a multistep approach including a Delphi consensus study. *BMJ Open*, 11(10), Article e054364. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054364>

- Carvalho, B. P., Fanha, J., Fonseca, M., & Peralta, S. (2025). *Portugal, Balanço Social 2024: Relatório anual*. Nova School of Business and Economics. https://www.novasbe.unl.pt/Portals/0/Files/Reports/BS_SEI_2024/Portugal_Balanco_Social_2024_Relatorio.pdf
- Castro, M., & Amorim, I. (2016). Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (n.º especial 3), 67–72. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0115>
- Constantino, I. P. (2016). *Gestão da medicação nas estruturas residenciais para idosos (ERPis): Avaliação das condições estruturais das ERPis* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Leiria]. Repositório do Politécnico de Leiria.
- Coutinho, C. P. (2019). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática* (2.ª ed.). Almedina.
- Crispim, R., Albuquerque, C. P., & Guerra, J. V. (2022). Envelhecimento ativo em estruturas residenciais para pessoas idosas: Contributo para uma reflexão crítica. *RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 2, 58–70. <https://www.riagejournal.com/index.php/riage/article/view/31>
- Davies, L. E., Spiers, G., Kingston, A., Todd, A., Adamson, J., & Hanratty, B. (2020). Adverse outcomes of polypharmacy in older people: Systematic review of reviews. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(2), 181–187. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1525861019307741>
- DiCicco-Bloom, B., & Crabtree, B. F. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education*, 40(4), 314–321. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02418.x>
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*.
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Norma n.º 20/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015a). *Norma n.º 014/2015, de 6 de agosto: Medicamentos de alerta máximo*.
- Direção-Geral da Saúde. (2015b). *Processo de gestão da medicação: Orientação n.º 014/2015, de 17 de dezembro de 2015*.
- Duarte, A. (1947). *Ossadas*. Seara Nova.
- Escobar, K. A. do A. (2017). Modernidade e pós-modernidade: Promessas, dilemas e desafios à condição humana. *Cadernos UniFOA*, 5(12), 71–80.

- Fest, G., Costa, L., Pinto, E., Leitão, H., & Nascimento, T. (2025). Polypharmacy and the Use of Potentially Inappropriate Medications in Elderly People in Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. *Journal of Ageing and Longevity*, 5(4), 54. <https://doi.org/10.3390/jal5040054>
- Fletcher, A. J., & Marchildon, G. P. (2014). Using the Delphi method for qualitative, participatory action research in health leadership. *International Journal of Qualitative Methods*, 13(1), 1–18. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/160940691401300101>
- Fonseca, A. M. (2014). Envelhecimento, saúde e bem-estar psicológico. In A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 153–179). *Coisas de Ler*.
- Fonseca, A. M. (2022). Aging in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21–39. <https://doi.org/10.33167/2184-0644.CPP2020.VVIN2/pp.21-39>
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., McBurnie, M. A., & Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>
- Garratt, S., Dowling, A., & Manias, E. (2024). Medication administration in aged care facilities: A mixed-methods systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 81(2), 621–640. <https://doi.org/10.1111/jan.16318>
- Graeff, L. (2007). Instituições totais e a questão asilar: Uma abordagem compreensiva. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 11. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4810>
- Harper, S., & Klien, E. (2022). Forty years of global action on ageing: What has been achieved? *Journal of Population Ageing*, 15(1), 1–5. <https://doi.org/10.1007/s12062-022-09362-w>
- Hughes, C. M. (2008). Compliance with medication in nursing homes for older people: Resident enforcement or resident empowerment? *Drugs & Aging*, 25(6), 445–454. <https://doi.org/10.2165/00002512-200825060-00001>
- Inspeção-Geral das Atividades em Saúde. (2016). *Referencial de boas práticas em ERPI*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2025). *Estatísticas da saúde 2023*. INE.

- Jowsey, T., Deng, C., & Weller, J. (2021). General-purpose thematic analysis: A useful qualitative method for anaesthesia research. *BJA Education*, 21(12), 472–478. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2021.07.006>
- Jowsey, T., Deng, C., & Weller, J. (2021). General-purpose thematic analysis: A useful qualitative method for anaesthesia research. *BMC Medical Research Methodology*, 21, 89. <https://doi.org/10.1186/s12874-021-01254-5>
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2014). *Focus groups: A practical guide for applied research* (5th ed.). Sage.
- Lopes, I. C. M. (2020). *Gestão da medicação em estruturas residenciais para idosos* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Tecnologia e Gestão]. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstreams/9c8ca515-38ca-491e-afab-03a561074757/download>
- Lopes, M., Advinha, A., Afonso, A., Frias, A., Fonseca, C., Cruz, D., Mendes, F., Serra, I., Pinho, L., & Ferrinho, R. (2021). *Relatório: Estudo de intervenção complexa. As respostas sociais no percurso de cuidados às pessoas com dependência*. Confederação Nacional das Instituições de Solidariedade & Universidade de Évora.
- Machado Pais, J. (2016). *Nos rastros da solidão: Deambulações sociológicas*. Edições Machado. <https://books.google.pt/books?id=CTwODAAAQBAJ>
- Mateus, M. N. E. (2011). Metodologia de trabalho de projecto: Nova relação entre os saberes escolares e os saberes sociais. *EduSer: Revista de Educação*, 3(2), 3–16. <https://doi.org/10.34620/eduser.v3i2.32>
- McGillicuddy, A., Crean, A. M., Kelly, M., & Sahm, L. (2017). Oral medicine modification for older adults: A qualitative study of nurses. *BMJ Open*, 7(12), e018151.
- Mendes, C. O., Oliveira, G. R. de, Santos, N. A., & Silva, G. A. (2024). O impacto das medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão em adultos. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, 16(3), 8. <https://doi.org/10.36692/V16N3-91R>
- Morgan, D. L. (2022). *Qualitative research methods*. Sage.
- Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W. C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Katz, P. R., Malmstrom, T. K., McCarter, R. J., Gutierrez Robledo, L. M., Rockwood, K., von Haehling, S., Vandewoude, M. F., & Walston, J. (2013). Frailty

- consensus: A call to action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
- Naisola-Ruiter, V. (2022). The Delphi technique: A tutorial. *Research in Hospitality Management*, 12(1), 91–97. <https://doi.org/10.1080/22243534.2022.2080942>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Managing medicines in care homes (SC1)*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/sc1>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2024). *Medicines management in care homes (QS85)*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs85>
- Nicholson, E. C., & Damons, A. (2022). Linking the processes of medication administration to medication errors in the elderly. *Health SA Gesondheid*, 27, Article 1704.
- Office for National Statistics. (2022, November 2). *Voices of our ageing population: Living longer lives*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/ageing/articles/voicesofourageingpopulation/livinglongerlives>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 143/2019*.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2018). *Norma geral da preparação individualizada da medicação (PIM)*.
- Organização das Nações Unidas. (2003). *World population ageing*. ONU.
- Organização das Nações Unidas. (2019). *Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas*. ONU.
- Palmer, K., Villani, E. R., Vetrano, D. L., Cherubini, A., Cruz-Jentoft, A. J., Curtin, D., Denking, M., Gutiérrez-Valencia, M., Guðmundsson, A., Knol, W., Mak, D. V., O'Mahony, D., Pazan, F., Petrovic, M., Rajkumar, C., Topinkova, E., Trevisan, C., van der Cammen, T. J. M., van Marum, R. J., Wehling, M., ... European Geriatric Medicine Society Pharmacology Special Interest Group. (2019). Association of polypharmacy and hyperpolypharmacy with frailty states: A systematic review and meta-analysis. *European Geriatric Medicine*, 10(1), 9–36. <https://doi.org/10.1007/s41999-018-0124-5>
- Paúl, C. (2014). Envelhecimento e prestação de cuidados: Diferentes necessidades, diferentes desafios. In A. M. Fonseca (Coord.), *Envelhecimento, saúde e doença: Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos* (pp. 353–367). Coisas de Ler.
- Pimentel, L. (2009). Institucionalização na velhice. *Análise Social*, 44(192), 241–260.

- Portaria n.º 224/2015, de 28 de julho. (2015). *Diário da República: 1.ª série, n.º 144*, 4398–4402.
- Portaria n.º 67/2012, de 16 de março. (2012). *Diário da República: 1.ª série, n.º 55*, 1478–1481.
- Roque, F. (2020). Avaliação da gestão e da adesão ao regime terapêutico em idosos polimedicados numa região da Beira Interior, Portugal. *Acta Farmacêutica Portuguesa*, 9(2), 3–15. <https://actafarmacêuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/218>
- Sánchez-Valle, J., Correia, R. B., Camacho-Artacho, M., [confirmar restantes autores]. (2024). Prevalência e diferenças na coadministração de medicamentos que interagem entre si: Uma análise de três populações distintas e extensas. *BMC Medicine*, 22, Article 166. <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03384-1>
- Santos, M., & Almeida, A. (2010). Polimedicação no idoso. *Referência*, 2010(2), 149–162. <http://hdl.handle.net/10400.14/4628>
- Saunders, M., Townsend, K. (2019), Choosing participants. In C. Cassell *et al.* (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research Methods* (p. 480-492). London: SAGE Publications.
- Secoli, S. R. (2010). Polifarmácia: Interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 136–140. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100023>
- Spinewine, A., Evrard, P., & Hughes, C. (2021). Interventions to optimize medication use in nursing homes: A narrative review. *European Geriatric Medicine*, 12(3), 551–567.
- Varghese, D., & Patel, P. (2024). *Polypharmacy*. StatPearls Publishing.
- Vázquez, J. D., & Duque, E. (2019). *As transformações da educação: Da tradição à modernidade à incerteza atual*. Dykinson.
- World Health Organization. (2025). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Anexos

Anexo A- Declaração de consentimento informado

Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

No âmbito do Projeto de Intervenção apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Gerontologia Social Aplicada sob a orientação do Prof. António Fonseca está a ser desenvolvido um trabalho que tem o objetivo de criar uma proposta de um Guião de Boas Práticas para a Administração Terapêutica Medicamentosa em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas. Que procura deixar orientações de boas práticas, recomendações para otimizar a segurança e a eficácia da medicação, através da identificação e mitigação de dificuldades.

Por forma a poder analisar a informação facultada, necessito do seu consentimento, tendo em conta que a aluna assume total responsabilidade pelo processo, assegurando a confidencialidade da informação e a sua identidade, assim como a segura utilização dos dados.

Qualquer esclarecimento adicional, por favor contacte: s-nancao@ucp.pt

Agradeço a sua colaboração.

Concordo com a informação apresentada e aceito participar

Sim Não

Anexo B- Guião de entrevista (Enfermagem) e *focus group* (Farmácia)

Por forma a poder analisar a informação facultada, o áudio da reunião será gravado. Sendo que assumo total responsabilidade pelo processo, assegurando a confidencialidade da informação e a sua identidade, assim como a segura utilização dos dados.

A prescrição

- a) Qual a vossa opinião sobre o grau de conhecimento holístico do utente por parte do médico de família? (como por exemplo a capacidade de deglutição?)
- b) E sobre o conhecimento do medicamento? (interações, apresentação da fórmula terapêutica mais adequada ao utente (líquido, transdérmico, orodispersíveis...))
- c) Dado o vosso conhecimento, com que regularidade deveriam ser revistos e ajustados (se necessário) os planos terapêuticos?

A dispensa

- a) Existe diálogo claro e regular entre as ERPI e as farmácias?
- b) Consideram que a PIM deveria ser preparada pela farmácia de referência da instituição ou pela equipa de enfermagem do lar ou um técnico de farmácia/farmacêutico do lar? E se pela farmácia, consideram que existe algumas regras indispensáveis? (Distância que percorre o medicamento até à instituição, preparação automática vs manual)

A administração

- a) Que profissionais reconhecem ter qualificações para administração de medicação oral?
- b) Reconhecendo a realidade das ERPI sabemos, que os auxiliares administram muitas vezes a medicação. Qual a vossa opinião em relação a este tema?
- c) Assumindo esta realidade, em que medida consideram importante a formação específica (na área da medicação) aos auxiliares? Assim como existe obrigação de formação em primeiros socorros, não seria importante esta formação de carácter obrigatório?
- d) Por motivos de saúde e falta de adesão à terapêutica, o recurso à ocultação da medicação é uma prática frequente das ERPI. Tem conhecimento de autorização dada pelo utente/família para este procedimento? Se não, em que medida consideram importante que exista.

Anexo C- Guião de entrevista (AAD)

Por forma a poder analisar a informação facultada, o áudio da reunião será gravado. Sendo que assumo total responsabilidade pelo processo, assegurando a confidencialidade da informação e a sua identidade, assim como a segura utilização dos dados.

Quem reconhece como sendo responsável pela administração da medicação?

Tem formação específica em cuidados geriátricos?

É prática na sua instituição administração da medicação ser realizada por si?

Fazem registo da administração?

Como é que recebe a medicação para administrar? (PIM)

Onde pode consultar a informação da medicação do utente?

Tem formação específica na área do medicamento?

Recebe alguma indicação da medicação que pode ou não triturar?

Qual a posição perante a ocultação da medicação em alimentos?

Entende que esta prática deveria ter um consentimento prévio?

Tem procedimento em caso de erros?

Dias (períodos) em que a medicação é administrada por auxiliares?

Sente confiança plena na função da administração?