



Joana Dias Almeida

Implementação de um Sistema de Dispensa Semanal da Medicação

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pelo Professor Doutor João Canotilho e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Setembro 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Joana Dias Almeida

Implementação de um Sistema de Dispensa Semanal da Medicação

Monografia realizada no âmbito da unidade Estágio Curricular do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, orientada pelo Professor Doutor João Canotilho e apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

Setembro 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

O Tutor da Faculdade,

(Dr. João Canotilho)

A Aluna,

Jana Dias Almeida

Declaração de integridade

Eu, Joana Dias Almeida, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2011116352, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo da Monografia apresentada à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

Mais declaro que este é um trabalho original e que toda e qualquer afirmação ou expressão, por mim utilizada, está referenciada na Bibliografia desta Monografia, segundo os critérios bibliográficos legalmente estabelecidos, salvaguardando sempre os Direitos de Autor, à exceção das minhas opiniões pessoais.

Coimbra, 11 de Setembro de 2015.

(Joana Dias Almeida)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao meu orientador Professor Doutor João Canotilho pelo apoio e ajuda incansável.

A toda a equipa da Farmácia Central de Ovar, em especial à Dra. Maria José Coelho, um muito obrigada pelos sábios conselhos e críticas que fundamentaram este projeto durante estes três meses.

A todos os doentes que participaram neste projeto pela confiança que depositaram em mim.

Aos meus queridos amigos por todo o apoio prestado.

E o maior agradecimento de todos, à minha família pelo incentivo, compreensão e encorajamento, durante este período.

A todos, um Muito Obrigada.

Resumo

A Dispensa Semanal da Medicação é um método útil de gestão da terapêutica em doentes idosos e polimedicados. Este serviço permite uma maior facilidade na administração do medicamento certo, no dia e hora certos, com o principal intuito de aumentar a adesão à terapêutica.

Este projeto tem como objetivo avaliar o impacto da DSM sobre a adesão à terapêutica do doente idoso; definir quais os benefícios em termos da efetividade e segurança do medicamento, conduzindo conseqüentemente a uma melhor qualidade de vida.

Abstract

The Weekly Drug Dispensers is a useful method for the polymedicated patients, especially the elderly ones. This method allows the therapeutic management, therefore, an easier administering of the right drug, at the right time of the day.

The aim of this project is to assess the impact of the Weekly Drug Dispensers on the therapeutical adherence on aged patients. Also, show the benefits on effectiveness and safety, in order to improve the quality of life.

ÍNDICE

Lista de abreviaturas.....	7
1) Introdução	8
2) Adesão à terapêutica	9
2.1) Estratégias para aumentar a adesão à terapêutica	10
3) Serviços farmacêuticos.....	10
4) Serviço de Dispensa Semanal da Medicação	11
4.1) DSM na farmácia comunitária	13
5) Situação em Portugal da DSM.....	13
6) Uso no mundo.....	14
7) Barreiras à implementação da DSM	14
8) Custos do serviço da DSM	15
9) Projecto SOS Pharma Idoso	16
10) Estudo de implementação do serviço DSM na Farmácia Central de Ovar	16
10.1) Materiais e métodos.....	16
10.2) Recrutamento de doentes.....	16
10.3) Recolha de informação.....	17
10.4) Revisão da medicação.....	17
10.5) Preparação dos <i>blisters</i>	18
10.6) Medição da adesão à terapêutica	19
10.7) Avaliação do estudo.....	20
11) Resultados.....	20
12) Discussão.....	24
Conclusão	26
Bibliografia.....	27

Lista de Abreviaturas

ANF – Associação Nacional de Farmácias

DSM – Dispensa Semanal da Medicação

ISCSEM – Instituto Superior de Ciências de Saúde Egas Moniz

MAT – Método de Adesão aos Tratamentos

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MPI – Medicamento Potencialmente Inadequado

MPO – Medicamento Potencialmente Omisso

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PRM – Problemas Relacionados com o Medicamento

SNS – Sistema Nacional de Saúde

1) Introdução

Por motivos políticos, económicos e sociais o mundo poderá enfrentar nos próximos anos uma situação sem precedentes em que poderemos ter mais adultos que crianças e viver com maior longevidade.

Porém, a idade e o processo de envelhecimento possuem outras dimensões e significados que vão além das dimensões da idade cronológica. O processo de envelhecimento envolve alterações estruturais e funcionais, assim como a coexistência de doenças sistémicas, que predis põem os idosos a ter que gerir as morbilidades crónicas que afetam o respetivo tratamento.

Nos cuidados de saúde deste novo século, alguns dos desafios que são transversais aos países desenvolvidos são: prolongar a vida dos cidadãos, prevenir e resolver a patologia da melhor forma possível e com o tratamento mais adequado para cada indivíduo. Inquestionavelmente o medicamento é uma das armas terapêuticas mais eficazes e com menores custos no mercado. No entanto, o medicamento acarreta riscos que exigem uma monitorização apertada por parte dos profissionais de saúde.

Quando se fala de doentes idosos e com múltiplas morbilidades, é importante pensar que esta conduz frequentemente à instituição da polimedicação. A importância de gerir a polimedicação no idoso prende-se com o facto de que nesta faixa etária a utilização de um único medicamento por si só já deva ser cuidada, requerendo frequentemente ajuste de dose, devido à frequente depuração das funções renal e hepática. A utilização de mais que um medicamento em simultâneo vai agravar a situação, aumentando a probabilidade de interações.

Com base na problemática supracitada, e a convite da Farmácia Central de Ovar, integrei no projeto SOS Pharma Idoso. Tal permitiu realizar um estudo com quatro utentes por um período de três meses, de forma a implementar o serviço de dispensa semanal da medicação. Este projeto tem como objetivo principal auxiliar os idosos a gerirem melhor a sua medicação através da instituição dos dispositivos e compreender se o serviço instituído leva a uma melhoria da sua adesão à terapêutica.

Este estudo esteve subdividido em três partes: revisão da medicação, preparação dos dispositivos (*blisters* descartáveis) e avaliação farmacoterapêutico; de forma a avaliar se o serviço instituído se traduz em melhoria nos *outcomes* clínicos, perceber a aceitabilidade do sistema entre os doentes idosos e aumentar a visibilidade do papel do farmacêutico na sociedade.

2) Adesão à terapêutica

Quando se fala de doentes com múltiplas morbilidades é importante compreender o significado de adesão à terapêutica, pois está bem estabelecido que os doentes com patologias agudas têm uma adesão à terapêutica superior à verificada em patologias crónicas. O termo adesão pode ser definido, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), como: o comportamento adotado face às recomendações de um profissional de saúde relacionadas com a toma de medicamentos, seguimento de uma dieta e/ou implementação de mudanças do estilo de vida (1).

É importante reconhecer que uma pessoa pode ter vários fatores de risco para um comportamento não aderente e geralmente o comportamento dos indivíduos face aos seus medicamentos não é linear, oscila constantemente por motivos pessoais, sociais e económicos e também pela evolução da sua doença e por isso é imprescindível que a monitorização da adesão seja feita em vários períodos do tempo (1).

Os profissionais de saúde ao instituírem a terapêutica do doente, fazem-no assumindo que o doente cumprirá na íntegra o que lhe foi indicado. Na prática atual, não é comum haver seguimentos apertados com vista à monitorização da adesão à terapêutica, seja nos centros clínicos, nas farmácias ou noutros gabinetes de saúde (2).

Quando existe um diagnóstico preciso e um plano de tratamento adequado à patologia, o facto de os doentes não tomarem os medicamentos impossibilita-os de sentir os benefícios da mesma e passam a ideia incorreta ao clínico que a terapêutica não está a ser efetiva, levando-o a alterar a dose diária, alterar o medicamento ou adicionar um novo (3).

Desta forma, além da necessidade do planeamento farmacoterapêutico, é imperioso que ao ser colocado em prática, a responsabilidade da adesão à terapêutica seja partilhada; entre doentes, profissionais de saúde, decisores políticos e indústria farmacêutica (4).

Geralmente as consequências da não adesão à terapêutica envolvem um aumento da utilização de recursos médicos, como consultas, exames laboratoriais, tratamentos adicionais desnecessários, episódios de urgência, e muitas vezes falha dos tratamentos. Todavia o impacto da não adesão vai para além dos resultados clínicos insatisfatórios, atinge toda a equipa de investigação que trabalha para estabelecer os valores de dosagem e dose adequadas para a população alvo e também a equipa de profissionais que seguem o doente pois passam a não confiar nas *guidelines* que lhe são propostas, visto que o doente não atinge os resultados esperados (2).

Existem múltiplos estudos que comprovam que o acompanhamento do doente e o aumento na adesão à terapêutica trazem melhores resultados a nível de ganhos em saúde e redução de custos com doença. É exemplo, o estudo espanhol (2013) sobre a revisão da

terapêutica em doentes idosos que concluiu que após a intervenção do farmacêutico houve uma redução de 58% de problemas de saúde do doente, uma redução de 30% em consultas hospitalares de emergência e uma redução de 50% de hospitalizações (5).

Assume-se assim, que com o uso racional do medicamento os sistemas de saúde mundial podem poupar nas despesas globais de saúde. Ou seja, conceder ao doente o medicamento correto, na dose adequada à sua necessidade individual, no período de tempo indicado, e pelo menor custo possível para si e para o sistema de saúde (6).

2.1) Estratégias para aumentar a adesão à terapêutica

Uma das estratégias mais simples para fomentar a adesão à terapêutica é saber ouvir as preocupações do doente em relação à sua doença e saber responder na mesma medida. O doente deve estar bem consciente dos benefícios e riscos do tratamento, nomeadamente dos efeitos indesejáveis, reações adversas mais comuns e interações, bem como da dose que deve ser administrada e do correto intervalo inter-dose (3,7).

Se a razão principal dos doentes para descontinuar a sua terapêutica se relaciona com o custo dos mesmos, a substituição dos medicamentos de marca por genéricos pode ser uma solução.

No entanto, por vezes, não é só o custo do medicamento que faz com que o doente não seja aderente mas a complexidade da terapêutica e portanto é possível com as várias moléculas já existentes fazer uma alteração na molécula na mesma classe de fármacos e assim tornar os regimes terapêuticos menos complexos, e quando possível, conjugando um mesmo fármaco para várias patologias, aumentando, assim, a adesão à terapêutica (3).

3) Serviços farmacêuticos

Os serviços farmacêuticos são encarados como uma missão da profissão farmacêutica. Estes, centrados no serviço ao doente, integram todo o processo da terapêutica farmacológica como a prevenção, a deteção, e resolução de problemas relacionados com medicamentos (PRM), que pressupõe a colaboração de todos os profissionais envolvidos tendo em vista a melhoria da qualidade de vida do doente (8).

Em Portugal, as farmácias podem prestar serviços farmacêuticos de promoção da saúde e do bem-estar dos utentes; são autorizados como serviços possíveis de serem prestados nas farmácias por pessoal devidamente qualificado: o apoio domiciliário, administração de primeiros socorros, administração de medicamentos, utilização de meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica, administração de vacinas não incluídas no Plano

Nacional de Vacinação, programas de cuidados farmacêuticos, campanhas de informação e colaboração em programas de educação para a saúde (9,10).

Os serviços farmacêuticos foram ganhando maior ênfase nas farmácias comunitárias portuguesas e tornam-se uma realidade do nosso quotidiano. É exemplo o acordo assinado entre a Associação Nacional de Farmácias (ANF) e o Ministério da Saúde (MS) que promove serviços na farmácia no âmbito dos programas de prevenção e promoção da Saúde Pública, onde se enquadra o acompanhamento da adesão à terapêutica, entre outros (11).

Outro exemplo é a campanha lançada pela Ordem dos Farmacêuticos em Setembro de 2014, para todo o país e intitulada “*Uso do medicamento – Somos todos responsáveis*”. Esta campanha vem sensibilizar o público português para a importância da adesão à terapêutica e é da responsabilidade de todas as entidades a sua promoção: farmacêuticos, indústria farmacêutica, enfermeiros, médicos, decisores políticos e cidadãos (12).

4) Serviço de Dispensa Semanal da Medicação

A especialização dos serviços farmacêuticos tem vindo a privilegiar as intervenções na área do uso racional do medicamento e da adesão à terapêutica.

A dispensa semanal da medicação (DSM) é um método útil de gestão da terapêutica em doentes idosos e polimedicados, permitindo maior facilidade na administração do medicamento certo, no dia e hora certos. A utilização deste sistema traduz-se em claros benefícios em termos da efetividade e segurança do medicamento, conduzindo conseqüentemente a maior adesão à terapêutica por parte do doente e melhor qualidade de vida. Sendo que uma melhoria na adesão à terapêutica, trará melhores resultados clínicos para o doente e poupanças diretas nos gastos relacionados com a doença (13).

Existem vários tipos de dispositivos, sendo, a nível global, os *blisters* descartáveis, os mais utilizados (Tabela I).





<p>Caixas plásticas compartimentadas</p> 	<p>Podem ser preenchidas pelo doente ou por um profissional. Há diversas variedades podendo existir de 1,2 ou 4 compartimentos para subdividir o dia e várias cores para cada dia da semana. Algumas têm os dias da semana escrito em braille para pessoas que tem comprometimento visual.</p>
<p>Blisters descartáveis</p> 	<p>Estão disponíveis em diversos idiomas, são descartáveis e fáceis de utilizar. São caixas semanais e têm inscrito geralmente na vertical os dias da semana e na horizontal os principais estados do dia (pequeno almoço, almoço, jantar e deitar).</p>
<p>Sistemas de dose unitária</p> 	<p>É um sistema de dose unitária em que os medicamentos são agrupados em sacos por toma, facilmente descartáveis com os dados do doente: nome, data e hora de consumo dos medicamentos e nome dos medicamentos detalhados. Os sacos são enrolados por ordem cronológica e preparados automaticamente. Normalmente são utilizados em farmácias comunitárias com consumo em larga escala.</p>
<p>Caixas com alarme</p> 	<p>São dispositivos programados previamente pelo doente, cuidador ou profissional de saúde que utiliza um alarme para lembrar os doentes que tem de tomar um medicamento. Alguns destes aparelhos enviam uma mensagem para o telemóvel ou e-mail para o cuidador caso o compartimento não tenha sido aberto.</p>

Tabela I- Dispositivos auxiliares ao serviço DSM (14).

Os dispositivos organizadores da medicação supramencionados podem ser ainda utilizados isoladamente, sem estarem inseridos no âmbito de um serviço farmacêutico, isto é, o doente pode adquirir os dispositivos na farmácia e organizar os seus medicamentos em casa. A utilização dos dispositivos deve ser precedida de uma revisão da medicação uma vez que estes são bons organizadores e bons lembretes mas não resolvem PRM. Este serviço permite ainda o cruzamento com outros serviços farmacêuticos dependendo das necessidades do doente, nomeadamente medição de parâmetros biológicos e bioquímicos, aconselhamento farmacoterapêutico, entre outros (15).

O serviço DSM está vocacionado para auxiliar doentes idosos e polimedicados, cuja terapêutica não sofra alterações durante longos períodos de tempo, que não tenham comprometimento das funções cognitivas a 100% (como no caso de doença de Alzheimer ou

demência) ou que tenham um cuidador (pode ser em suas casas ou em lares ou casas de repouso). (16) É sobejamente conhecido que os doentes idosos são mais vulneráveis a ter um comportamento não aderente, visto que as suas comorbilidades requerem, na grande maioria das vezes, polimedicação durante longos períodos de tempo, regimes terapêuticos complexos, podendo ainda haver dificuldades no manuseamento de embalagens dos medicamentos ou na gestão da sua terapêutica. Contudo definir que o uso destes dispositivos destinam-se exclusivamente à população idosa é equivocado. É reconhecido que o problema da não adesão é transversal a todas as idades (13).

4.1) DSM na farmácia comunitária

O serviço de preparação individualizada da medicação é realizado na farmácia, e geralmente tem um custo monetário para o doente. Na maioria das farmácias tem um carácter semanal, contudo pode-se assumir uma preparação quinzenal, mensal ou noutra modalidade dependendo da conveniência do doente (17).

Numa primeira fase é feita uma entrevista ao doente para recolha de dados referentes ao seu esquema terapêutico, recolha de informação pessoal relevante, subscrição de consentimento informado e recolha de todos os seus medicamentos. Posteriormente procede-se à preparação do *blister*, sendo que a entrega é feita diretamente ao doente, para que o farmacêutico possa explicar como é feita a sua utilização.

Os dispensadores destinam-se a armazenar medicamentos sólidos. No entanto, há muitos medicamentos que estão disponíveis sob outras formas farmacêuticas, sendo nesses casos entregues ao doente de forma separada nas suas embalagens originais devidamente rotulados com a identificação do doente, a hora e o dia da toma (18).

5) Situação em Portugal da DSM

A implementação do serviço DSM em Portugal é relativamente recente. É conhecida a divulgação deste serviço em várias farmácias através dos seus *sites* individuais e coletivos. No entanto, não parece existir um modelo *standard* de atuação em todas elas, sabendo-se que certos grupos de farmácias possuem documentos de orientação aos seus colaboradores para padronizarem a prestação do serviço (19).

Ao abrigo da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro e no âmbito dos serviços farmacêuticos passíveis de serem prestados em farmácias comunitárias este serviço segue um regime de pós-venda. Ou seja, que o doente adquire os seus medicamentos na farmácia e por sugestão do farmacêutico assistente, médico ou pela vontade expressa do doente ou

cuidador ele cede-os ao seu farmacêutico para este possa reembalá-los em *blisters* individuais (10).

6) Uso no mundo

A utilização do DSM ou somente dos dispositivos já atingiu o mercado global. São exemplos da Suécia, Noruega, Dinamarca, Finlândia (20), Holanda (15), Reino Unido (13), França (21), Suíça, Alemanha, Espanha (22), Portugal (23), Japão (24), Singapura, Austrália e EUA (25).

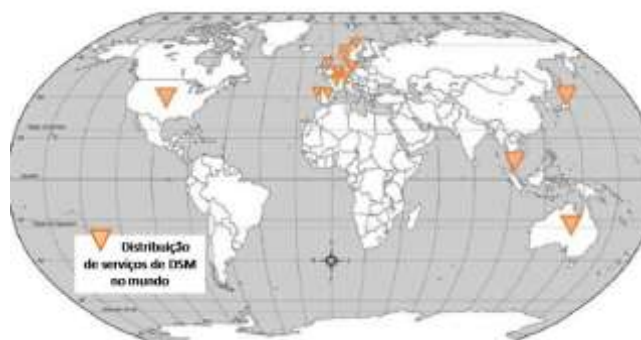


Figura 1- Distribuição do serviço de dispensa semanal da medicação no mundo.

Não existe uma uniformização do serviço a nível global, ou seja, embora os estudos encontrados tenham em comum o uso dos dispositivos facilitadores de adesão à terapêutica nem todos os países os usam da mesma forma. Tal dá margem para que os dispositivos possam ser reconhecidos como uma ferramenta para organizar os medicamentos, sem lhes acrescentar valor farmacêutico. Contudo, os dispositivos também podem ser uma forma de veicular um serviço de preparação e validação da terapêutica precedida de uma revisão de medicação utilizada pelo doente. Uma das questões levantadas, por não haver obrigatoriamente revisão da medicação, é que os doentes podem permanecer mais tempo a utilizar medicamentos potencialmente inadequados. O nome do serviço é também diferente de país para país. Existem países, como por exemplo Portugal, onde este serviço ainda não é legislado, logo há uma não uniformização dos procedimentos aquando utilização da DSM.

7) Barreiras à implementação da DSM

Nem todos os doentes polimedicados estão dispostos a aceitar o sistema de DSM pelo simples facto que necessitam de ter controlo sobre a sua medicação já que não o têm pela sua doença; mesmo aqueles que o aceitam podem ter dificuldade em manuseá-lo, como os doentes de Parkinson, doentes com artrite reumatóide ou mesmo doentes com acuidade visual diminuída (13).

Outras limitações à implementação da DSM são apenas permitem a utilização de medicamentos sólidos e indicarem os diferentes momentos de toma relacionados com refeições, o que poderá contribuir para o não cumprimento do intervalo inter-dose. A utilização para situações agudas é também restrita visto carecer de uma preparação prévia (16).

A reembalagem pode também ser vista como um problema, pois quando um medicamento é removido da sua embalagem primária invalida a garantia de estabilidade do fabricante.

Os dispositivos de auxílio à toma da medicação ainda não têm capacidade de transmitir informação indispensável relacionada com a posologia. É exemplo do tipo de bebidas com que os medicamentos podem ser ingeridos e se antes ou depois das refeições. Ao mesmo tempo não existe ainda uma forma de veicular a informação contida no folheto de informação do medicamento no *blister*, o que poderá levar a uma gradual perda do conhecimento dos medicamentos uma vez que os doentes não têm documentação adicional sobre o medicamento (26).

Outros medicamentos são difíceis de incluir nos *blisters* por terem instruções especiais de administração como o alendronato ou a varfarina, ou medicamentos com manipulação especial como os citotóxicos (14).

8) Custos do serviço da DSM

Uma das barreiras à implementação deste novo serviço é a falta de remuneração pelo mesmo. É pertinente avaliar se o potencial beneficiário está disposto para pagar, devendo esta avaliação ser uma etapa prévia a qualquer decisão de introdução de um novo produto ou serviço.

Neste contexto, em 2014 foi realizado um estudo com 267 utentes de duas regiões do país: Grande Lisboa - Vale do Tejo e Alentejo, através da aplicação de um questionário para avaliar a deliberação da remuneração do serviço pelo utente. Este estudo sugere que o sistema pode ser viável em farmácia comunitária, dada a elevada percentagem (67,8%) de utentes que considerou o serviço útil para si ou para outrem. Adicionalmente, verificou-se que uma proporção importante destes utentes se encontra disponível para pagar pelo serviço (27).

Outro exemplo relevante é a implementação do serviço da DSM em França. Neste país o serviço é totalmente subsidiado pelo seguro pessoal de saúde, logo o doente não necessita de pagar nada à farmácia dado que o seguro cobre as despesas da farmácia na elaboração dos dispositivos e revisão da medicação (21).

9) Projecto SOS Pharma Idoso

O projeto “SOS pharma Idoso” procura implementar o sistema de preparação individualizada da medicação em farmácias comunitárias. Este projeto está subdividido em três estudos de menor escala; dois focam-se no idoso institucionalizado, procurando quantificar a ocorrência Medicamento Potencialmente Inadequados (MPI) e Medicamentos Potencialmente Omissos (MPO), e identificar, prevenir e resolver PRM; o terceiro estudo centra-se no idoso autónomo em regime de ambulatório.

Durante o estágio curricular na Farmácia Central de Ovar, tive a oportunidade de participar na IIIª Reunião Científica da Sociedade Portuguesa de Farmácia Clínica e Farmacotêrapia. Neste evento conheci a Dra. Filipa Alves Costa, professora no Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM) e coordenadora do projeto SOS Pharma Idoso, que me incentivou a integrar este estudo na farmácia, solicitando-me toda a informação teórica (Anexo I) e os *blisters* descartáveis para realização do estudo, de forma gratuita. No fim do período do estudo comprometi-me a fornecer os dados recolhidos para completar no projeto SOS Pharma Idoso.

10) Estudo de implementação do serviço DSM na Farmácia Central de Ovar

10.1) Materiais e métodos

Na realização do estudo para implementação do serviço DSM na Farmácia Central de Ovar, foi adotado o projeto SOS Pharma Idoso, com autorização da Dra. Maria José Coelho (Diretora Técnica da Farmácia Central de Ovar) como demonstra a declaração de consentimento informado (Anexo II). Este projeto desenvolvido pelo ISCSEM encontra-se em estudo *quasi-experimental* de implementação do serviço de preparação individualizada da medicação, que incluía farmácias do grupo comparador e farmácia do grupo de intervenção. A sua metodologia está explicada em detalhe no fluxograma do Anexo III.

10.2) Recrutamento de doentes

Na caracterização da amostra foram estabelecidos como critérios de inclusão, doentes com mais de 65 anos, que tomassem mais de cinco medicamentos diários e doentes que vivessem sozinhos ou com acompanhantes da mesma faixa etária. Os critérios de exclusão incluíam não ter capacidade para compreender a metodologia do estudo por barreiras cognitivas ou linguísticas. Os doentes que cumpriam com os critérios de inclusão, eram convidados a participar no mesmo, caso aceitassem, tinham de preencher uma declaração de consentimento informado (Anexo IV).

O recrutamento foi feito no balcão da farmácia, onde foram convidadas 10 utentes da Farmácia Central de Ovar, mas apenas 4 aceitaram pertencer ao estudo, todos residentes na zona de Ovar. Sendo assim, a amostra não pode considerar-se probabilística, pois os resultados obtidos são apenas de uma farmácia, mas é auto-selecionada, visto que a participação no estudo era voluntária.

10.3) Recolha de informação

Os doentes foram alvo de uma avaliação inicial seguido de avaliações mensais. Foram recolhidas informações sociodemográficas, antropométricas, clínicas e farmacoterapêuticas a partir do “Formulário de recolha de informação” (Anexo V).

Este formulário divide-se em cinco secções, como vou referindo ao longo da monografia. Na Secção I, encontram-se os dados do doente que inclui dados sociodemográficos e antropométricos; Os dados clínicos, como a indicação das patologias indicadas pelo doente e das patologias confirmadas com o médico, estão descritos na secção II; É de referir que na secção III, foram recolhidos dados terapêuticos, incluindo informação sobre a terapêutica instituída ao doente, marca utilizada, dose ingerida diariamente, forma farmacêutica, número de unidades consumidas diariamente, posologia, validade do medicamento, e duração da terapêutica. Foi ainda anotado o local onde o doente armazenava o medicamento e perguntado ao doente quem lhe indicou aquela terapêutica, avaliado se o doente tinha conhecimento da indicação e há quanto tempo fazia; Nesta secção, também foram recolhidos valores de parâmetros biológicos e bioquímicos na posse do doente (realizada na farmácia ou em laboratório) ou avaliados no momento. Foram recolhidos os considerados relevantes de monitorizar para as patologias subjacentes.

10.4) Revisão da medicação

Os doentes foram alvo de uma revisão da terapêutica, que consistiu na aplicação de critérios para a avaliação da qualidade da terapêutica instituída, como demonstra a secção V do “Formulário de Recolha de Informação”.

Utilizou-se três ferramentas para detetar medicamento potencialmente inadequado ou omissos: Critérios de Beers (28) adaptados para Portugal e critérios START e STOPP (29). As duas primeiras ferramentas permitiram detetar MPI e a última MPO.

Para detetar problemas relacionados com a medicação usou-se a metodologia SOAP (*subjective, objective, assessment and, plan*), avaliando a necessidade, a efetividade e a segurança de cada um dos medicamentos (30).

A revisão da medicação foi desenvolvida com base na informação presente na farmácia e complementada com informação do doente, permitindo detetar situações de interações medicamentosas e interações fármaco-alimento, efeitos adversos, doses desajustadas, problemas de adesão à terapêutica, problemas relacionados com o uso de Medicamento Não Sujeito a Receita Médica (MNSRM). Também se obteve informação clínica, isto é, confirmou-se os diagnósticos com os médicos e recolheu-se valores dos parâmetros bioquímicos, considera-se então uma revisão da medicação avançada, na qual para além da informação supramencionada, é possível detetar problemas de indicação, e assegurar a avaliação da efetividade.

Nos casos que se detetou PRM, MPI ou MPO, a situação foi reportada ao médico, sendo propostas alterações. Mas como se trata de intervenções farmacêuticas relativamente inovadoras, todos os médicos dos utentes que participaram foram previamente contactados, recorrendo a uma carta de publicitação do serviço (Anexo VI) com o objetivo de informar das vantagens do serviço e da recetividade da farmácia em trabalhar em conjunto com os mesmos.

10.5) Preparação dos *blisters*

Os medicamentos indicados no plano posológico e consumidos regularmente pelos doentes participantes foram todos recolhidos e colocados numa caixa todos juntos com a identificação do doente numa zona da farmácia com condições para tal. Os medicamentos que o doente tivesse em casa para alguma emergência eram excluídos de ser entregues na farmácia.

O material necessário para preparação dos *blisters* incluía a *couvette* onde se depositavam os medicamentos, o *blister* propriamente dito, luvas e máscara protetora e o corta comprimidos (caso necessário).

Para iniciar a preparação dos *blisters*, é colada a *couvette* de plástico no *blister* de cartão para gerar o espaço necessário à colocação dos medicamentos; sendo de seguida colocadas as luvas e a máscara para poder dar início ao descarte dos comprimidos dos *blisters* originais, colocando-os no respetivo lugar da *couvette* podendo proceder-se à selagem da *couvette*, após verificação.



Figura 2 - Processo de selagem da *couvette*.

O processo termina através da identificação da farmácia, do doente ao qual a medicação se destina, e do regime posológico, o qual é colado na contracapa da caixa. O “regime posológico” (Anexo VII) é um documento que tem como objetivo identificar o doente e a validade do *blister* dar informação ao próprio sobre os seus medicamentos. Este regime foi criado face à notificação dos doentes em perderem alguma da informação sobre a sua terapêutica quando não utilizam as embalagens originais. Esta tabela tem o regime posológico do doente para um dia tipo, com a medicação do pequeno-almoço, almoço, jantar e deitar, bem como os medicamentos que não estão dentro do *blister* e precisam de ser consumidos assinalados à frente com um (#). Formas farmacêuticas não sólidas e medicamentos para outros estados do dia devem ser etiquetados, mencionando o nome do doente, hora, data da toma e carimbo da farmácia.

10.6) Medição da adesão à terapêutica

No mesmo formulário, na secçãoIV, encontrava-se um Questionário de adesão à terapêutica, Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT). Este questionário é constituído por 7 questões com uma pontuação variável entre 1 – 6 para cada questão. As respostas possíveis para cada questão varia entre “Nunca” (pontuação 6), “Raramente” (pontuação 5), “Por vezes” (pontuação 4), “Com frequência” (pontuação 3), “Quase sempre” (pontuação 2) e “Sempre” (pontuação 1). Assim, a pontuação total desta secção poderia variar entre 7 e 42, sendo quanto maior o valor obtido maior a certeza de comportamento aderente por parte do doente (31).

Semanalmente foi preenchido o *Formulário de pill-count* (Anexo VIII) que consiste numa fórmula matemática traduzida em percentagem (%) que remete para o número de medicamentos consumidos a dividir pelo número de medicamentos que deveriam ter sido consumidos numa semana a multiplicar por cem. Esta ferramenta permite-nos estudar o padrão do consumo de medicamentos do doente, aferindo o nível de adesão dos doentes.

10.7) Avaliação do estudo

No final do estudo foi apresentado aos doentes um questionário de satisfação (Anexo IX) que compreende quatro objetivos: avaliar o apoio disponibilizado pelo farmacêutico aos doentes; avaliar a utilidade do serviço de preparação individualizada da medicação; determinar se o doente estaria disposto a recomendar o serviço a alguém conhecido e compreender se o doente estaria disposto a continuar com o serviço.

II) Resultados

Dos quatro doentes que aceitaram participar no estudo, um deles desistiu durante a análise inicial. Apesar de ter sido recolhido todos os dados, este doente não chegou a iniciar o serviço de DSM. Como justificação foi apontado que preferiria fazer a sua gestão da terapêutica recorrendo às embalagens originais, porque sentia que estava a perder autonomia.

Na décima semana do estudo, outro doente abandonou o estudo, aquando diagnóstico de infeção bacteriana no estômago. Como motivo da desistência, foi apontado a não conveniência de se deslocar à farmácia todos os quinze dias para levantar a sua medicação. Contudo, este doente informou-nos que a DSM ajudou significativamente na administração dos seus medicamentos, reduzindo o *stress* relacionado com as tomas. Acrescentou ainda que após a sua situação clínica ficar estável queria voltar a usufruir deste serviço.

Um dos doentes devido aos internamentos sucessivos durante o estudo, necessitou de vários ajustes na sua medicação, deixando de preencher os critérios de inclusão. Contudo, como se tratava de uma doente com bastantes dificuldades com a toma dos medicamentos, devido à avançada idade, não foi excluída do estudo.

Em suma, o sistema DSM não será eficaz para todo o tipo de doentes; deverá caber ao profissional de saúde realizar uma avaliação prévia, analisando a razão da não adesão à terapêutica para poder selecionar a melhor solução para o doente em questão.

Os dados recolhidos na população em estudo à data de inclusão podem contemplar-se na Tabela 2.

Características	Percentagem (%) / Média (π)
Sexo	Feminino (100%)
Idade	79,5 Anos (π)
Nível de escolaridade	Analfabeta (50%)
	4ª Classe (50%)
Número de medicamentos prescritos	9 (π)

Tabela 2 - Dados pessoais dos doentes em estudo.

Durante o estudo foram recolhidos valores dos parâmetros biológicos e bioquímicos, mensalmente, a cada utente, observados na Tabela 3.

	Média (π)
Valores da pressão arterial	Início – 130/60 mmHg
	Após 1 mês – 130/70 mmHg
	Após 2 meses – 120/60 mmHg
	Fim – 130/60 mmHg
Valores da glicemia	Início – 117,66 mg/dL
	Após 1 mês – 137,66 mg/dL
	Após 2 meses – 121,66 mg/dL
	Fim – 118,66 mg/dL
Valores do colesterol	Início – 191,00 mg/dL
	Após 1 mês – 180,00 mg/dL
	Após 2 meses – 162,66 mg/dL
	Fim – 172,00 mg/dL

Tabela 3 - Dados clínicos dos doentes em estudo.

O local de armazenamento dos medicamentos foi analisado, sendo classificados como adequado ou não adequado, de acordo com as condições teóricas de humidade e temperatura (Tabela 4).

	Percentagem (%)
Locais sem condições apropriadas (cozinha e wc)	75%
Locais com condições apropriadas (quarto e sala)	25%

Tabela 4 - Dados referentes ao local de armazenamento dos medicamentos pelos doentes em estudo.

Foi ainda questionado aos doentes, se conheciam a indicação terapêutica para cada um dos medicamentos administrados. A Tabela 5 mostra os resultados.

	Percentagem (%)
Conhece a utilidade do medicamento	57,15%
Desconhece a utilidade do medicamento	42,85%

Tabela 5 - Dados referentes ao conhecimento das indicações terapêuticas pelos quatro doentes em estudo.

Na revisão da terapêutica realizada aos quatro utentes obteve-se os seguintes resultado, demonstrados na Tabela 6.

	N	Percentagem (%)
Medicamentos potencialmente omissos	0	0%
Medicamentos potencialmente inadequados	1	2,85%
Problemas relacionados com medicamentos (Necessidade)	2	5,71%
Problemas relacionados com medicamentos (Efetividade)	2	5,71%
Problemas relacionados com medicamentos (Segurança)	1	2,85%

Tabela 6 - Resultados obtidos na revisão da medicação.

Entre os problemas identificados, após a revisão terapêutica, dois casos foram reportados ao médico com *feedback* positivo. Os restantes foram resolvidos por atuação direta com o doente. É exemplo do ajuste da posologia do medicamento e auxílio na utilização de dispositivos médicos.

A variável adesão à terapêutica foi medida com recurso ao teste MAT, um método de auto-relato, e através do método de *pill-count* (Tabela7).

	Média (π)
Método MAT	Início - 32,25
	Fim - 40,25
Método <i>pill-count</i>	Após 1 mês -98,56%
	Após 2 meses -98,60%
	Após 3 meses -99,76%

Tabela 7 - Resultados dos métodos MAT e *pill-count*.

Foi realizado um questionário de satisfação de forma a avaliar a qualidade do serviço instituído e do apoio prestado pelos farmacêuticos (Gráfico 1).

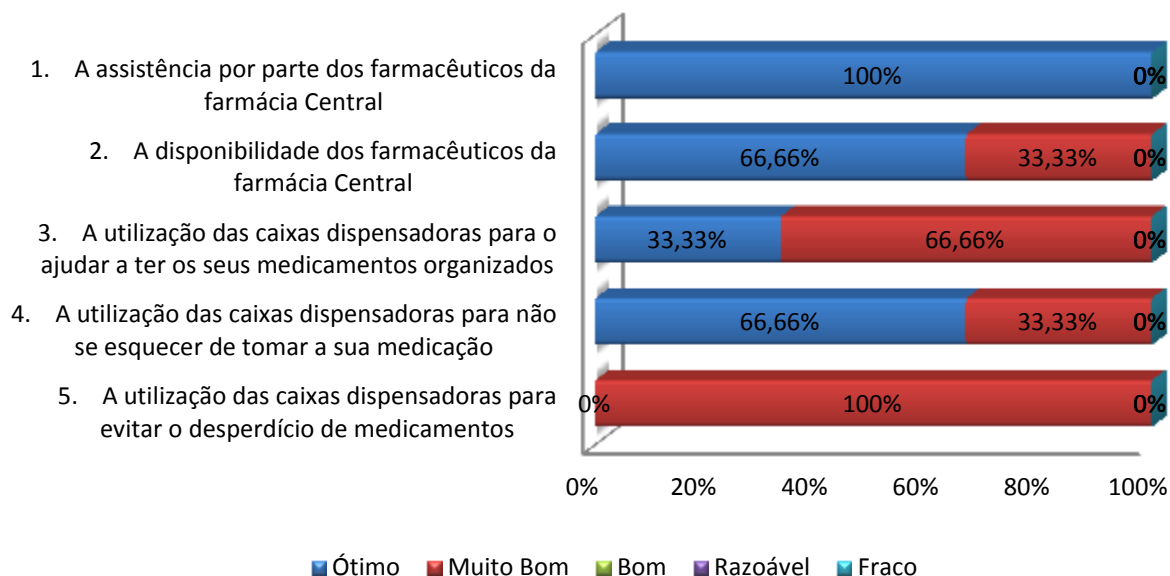


Gráfico 1 - Resultados do questionário de satisfação aos 3 doentes.

No Gráfico 2, avalia-se se os doentes recomendariam este serviço a outra pessoa.

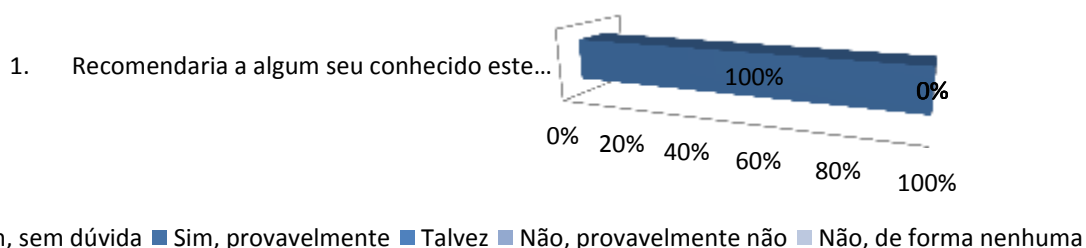


Gráfico 2 - Resultados do questionário de satisfação aos 3 doentes.

Averiguamos se os doentes gostariam de o ver disponibilizado na sua farmácia, como demonstra o gráfico 3.

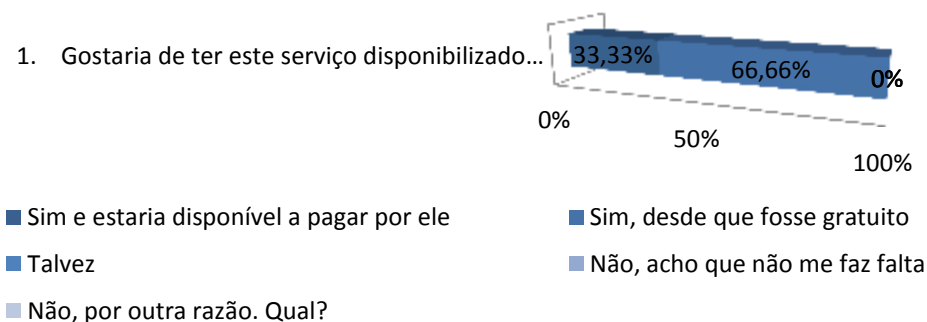


Gráfico 3 - Resultados do questionário de satisfação aos 3 doentes.

12) Discussão

O estudo da implementação da DSM na farmácia teve como objetivo principal auxiliar os idosos a gerirem melhor a sua medicação promovendo a adesão à terapêutica. Com este serviço propôs-me a realizar a revisão da medicação, o uso do *blister* semanal e o aconselhamento farmacoterapêutico ao doente durante um período de três meses. O estudo permitiu medir o impacto deste serviço nos doentes idosos, através de questionários, recorrendo ao método MAT, e através do método de *pill-count*, como mostra os resultados da Tabela 7.

Relativamente à avaliação da adesão à terapêutica pela implementação da DSM, através do questionário pelo método MAT os doentes melhoraram significativamente; de uma média inicial de 32,15 para 40,25, após os três meses. A variável adesão à terapêutica foi medida com recurso ao método de *pill-count*. Não foram demonstradas alterações significativas entre o início e o término do estudo. Os resultados obtidos indicam que o uso da DSM teve um impacto positivo na adesão à terapêutica dos doentes.

Relativamente à medição da adesão à terapêutica não é reconhecido a existência de um método de medição perfeito. Neste projeto optou-se pela utilização combinada do método MAT e do *pill-count*. No entanto, sabe-se que o *pill-count* pode sobrestimar a adesão uma vez que os doentes podem retirar os medicamentos do *blister*, sem que isso garanta que consumam o medicamento. Pressupõe que todos os doentes fazem a correta administração dos medicamentos, a informação obtida por este método permite avaliar a adesão global, sem ter acesso ao cumprimento da dose diária ou do intervalo inter-dose. O método MAT, encontra-se descrito como sendo a forma simples, rápida e com poucos custos para avaliar a adesão à terapêutica. No entanto, é reconhecido que este método tem sensibilidade e precisão variável de acordo com o questionário utilizado. Contudo a toma de medicamentos está associado um viés de desejabilidade social; ou seja, frequentemente os doentes referem um comportamento que não corresponde à realidade com a expectativa de agradar o seu cuidador. Neste estudo a utilização de dois métodos complementares confere uma robustez adicional.

Pretendeu-se também avaliar o impacto dos dispositivos de DSM nos resultados clínicos do doente pela recolha de parâmetros biológicos e bioquímicos no início do estudo e no término de cada mês (Tabela 3). Apenas os valores de glicemia não se encontraram controlados, verificando-se melhorias ao longo do estudo. Contudo, fica sempre a questão se as melhoras se devem ao seguimento quinzenal feito pelo farmacêutico ou pela utilização dos dispositivos (*blister* descartável).

Pode verificar-se que a maioria dos medicamentos analisados estava armazenada em locais considerados como não tendo condições adequadas de temperatura e humidade, nomeadamente na cozinha e casa de banho, como demonstra na Tabela 4. Também podemos observar que para a maioria dos medicamentos analisados, os doentes referem saber qual a sua indicação terapêutica (Tabela 5).

A partir da análise dos resultados do questionário de satisfação (Gráficos 1, 2 e 3), obtivemos resultados bastante satisfatórios. A nível da assistência e disponibilidade prestada pelo farmacêutico os resultados são, maioritariamente, ótimos. Quanto à utilização das caixas como forma de evitar o desperdício, manter a medicação organizada e evitar o esquecimento das tomas as opiniões divergem entre o muito bom e o ótimo. Quando se questionou, se recomendariam o serviço a alguém, a resposta foi unânime, afirmaram que sim, sem alguma dúvida. Todos os doentes responderam que gostariam de ter o serviço disponível na sua farmácia, mas apenas um doente estaria disposto a pagar.

Uma das maiores dificuldades com que me deparei durante o estudo, foi durante o recrutamento de doentes. Tal poderá ter sido dificultado pela fraca perceção de utilidade ou de necessidade deste serviço pelos doentes. É exemplo da sensação de perda da sua independência, ou mesmo por receio da alteração da sua rotina, que poderá estar intimamente relacionado com a faixa etária em questão.

Por último realço a situação financeiramente difícil que as farmácias atravessam em Portugal, nomeadamente pelos fatores políticos e económicos. As farmácias portuguesas de forma a ultrapassar a “crise” utilizam várias metodologias, desde a oferta de descontos nos medicamentos e produtos de saúde, um horário de trabalho mais alargado, entre outros. Contudo estas não demonstram credibilidade ou valorização da classe farmacêutica. A aposta nos serviços farmacêuticos como o serviço da DSM, poderão realçar o reconhecimento da profissão, bem como fidelizar os utentes.

Conclusão

Atualmente a farmácia comunitária não é apenas um local de dispensa de medicamentos, mas também um local onde é possível a prestação de vários serviços de saúde. A implementação do serviço de DSM é claramente um novo caminho a seguir. Este serviço abre portas à instituição de outros serviços, nomeadamente ao de revisão da medicação, que num futuro próximo poderá vir a ser reconhecido como mais uma das competências do farmacêutico comunitário, com benefícios claros para a segurança e efetividade da terapêutica instituída ao doente.

Com bases nos dados recolhidos posso concluir que o serviço DSM poderá ter sucesso se implementados nas farmácias comunitárias. Para além dos resultados satisfatórios, obtidos pelos doentes intervencionados, este serviço aponta para uma melhoria da adesão à terapêutica, crucial para a manutenção da saúde pública. No entanto, existe um longo caminho a percorrer até o DSM representar um quotidiano do cidadão polimedicado.

Bibliografia

- (1) Organização Mundial de Saúde (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action.
- (2) GOTTLIEB, H. (2000). Medication Nonadherence: Finding Solutions to a Costly Medical Problem CME. *Drug benefit trends*, 12(6), 57-62.
- (3) LATIF, S., & MCNICOLL,(2009) Medication and Non-Adherence In the Older Adult. *Geriatrics for Practicing physician*, 12 (92), 418-419.
- (4) BONACCORSO, S., & STURCHIO, J. L. (2003). Perspectives from the pharmaceutical industry. *BMJ: British Medical Journal*, 327 (7419), 863.
- (5) Pharmaceutical group of European Union (2013) Annual Report. [Consultado em 10/08/15]; Disponível em: www.pgeu.eu/en/library/224-annual-report-2013.html
- (6)AITKEN, M., & GOROKHOVICH, L. (2012). Advancing the responsible use of medicines: applying levers for change.
- (7) CARTER, S. R., MOLES, R., WHITE, L., & CHEN, T. F. (2013). Medication information seeking behavior of patients who use multiple medicines: How does it affect adherence?. *Patient education and counseling*, 92(1), 74-80.
- (8) HEPLER, C. D., & STRAND, L. M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 47(3), 533-543.
- (9) Regime jurídico das farmácias de oficina, Decreto de lei nº 307/2007 de 31 de Agosto (2007).
- (10) Serviços farmacêuticos, Portaria nº 1429/2007 de 2 de Novembro (2007).
- (11) Infarmed (2014) Acordo entre o Ministério da Saúde e a Associação Nacional das Farmácias sobre a implementação de programas de Saúde Pública. [Consultado em 11/07/15]; Disponível em: www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/MAIS_NOVIDADES/Acordo_MS_ANF_09_%2007_2014.pdf
- (12) Ordem dos farmacêuticos (2014) Uso responsável do medicamento. [Consultado em 11/8/15]; Disponível em: www.usoresponsaveldomedicamento.com/index.php?like#section-envolva-se
- (13) NUNNEY, J., RAYNOR, D. K., KNAPP, P., & CLOSS, S. J. (2011). How Do the Attitudes and Beliefs of Older People and Healthcare Professionals Impact on the Use of Multi-Compartment Compliance Aids?. *Drugs & aging*, 28(5), 403-414.
- (14) ELLIOTT, R. A. (2014). Appropriate use of dose administration aids. *Australian Prescriber*, 2(37), 46-50.

- (15) KWINT, H. F., FABER, A., GUSSEKLOO, J., & BOUVY, M. L. (2011). Effects of medication review on drug-related problems in patients using automated drug-dispensing systems. *Drugs & aging*, 28(4), 305-314.
- (16) REUTHER, L. O., LYSEN, C., FAXHOLM, M., SALOMON, L., & HENDRIKSEN, C. (2011). Multi-dose drug dispensing is a challenge across the primary-secondary care interface. *Dan Med Bull*, 58, A4341.
- (17) SJÖBERG, C., EDWARD, C., FASTBOM, J., JOHNELL, K., LANDAHL, S., NARBRO, K., & WALLERSTEDT, S. M. (2011). Association between multi-dose drug dispensing and quality of drug treatment—a register-based study. *PLoS One*, 6(10), e26574.
- (18) WEKRE, L. J., BAKKEN, K., GARÅSEN, H., & GRIMSMO, A. (2012). GPs' prescription routines and cooperation with other healthcare personnel before and after implementation of multidose drug dispensing. *Scandinavian journal of public health*
- (19) *Revista Farmácia Holon*, publicação bimestral n°1. Ano 2013, Março/Abril. 37-39.
- (20) BELL, J. S., JOHNELL, K., WIMMER, B. C., & WIESE, M. D. (2013). Multidose drug dispensing and optimising drug use in older people. *Age and ageing*, 42(5), 556-558.
- (21) Académie nationale de Pharmacie (2013) La préparation des doses à administrer - PDA : la nécessaire évolution des pratiques de dispensation du médicament. Réport. [Consultado em 9/8/15]; Disponível em: www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_PDA_Recommandations_.pdf
- (22) HERNÁNDEZ, E. M. (2011). Sistemas personalizados de dosificación: una herramienta para la práctica profesional sanitaria en la atención farmacéutica. *Pharmaceutical Care España*, 13(1), 30.
- (23) MOSCA, C., CASTEL-BRANCO, M. M., RIBEIRO-RAMA, A. C., CARAMONA, M. M., FERNANDEZ-LLIMOS, F., & FIGUEIREDO, I. V. (2014). Assessing the impact of multi-compartment compliance aids on clinical outcomes in the elderly: a pilot study. *International journal of clinical pharmacy*, 36(1), 98-104.
- (24) NAKAI, K., YAMAMOTO, N., KAMEI, M., & FUJITA, M. (2009). The effect of one-dose package on medication adherence for the elderly care in Japan. *Pharmacy Practice*, 7(1), 59-62.
- (25) ZEDLER, B. K., KAKAD, P., COLILLA, S., MURRELLE, L., & SHAH, N. R. (2011). Does packaging with a calendar feature improve adherence to self-administered medication for long-term use? A systematic review. *Clinical therapeutics*, 33(1), 62-73.
- (26) ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY (2013) Improving patient outcomes. [Consultado em 15/08/15]; Disponível em: <http://www.rpharms.com/support-pdfs/rps-mca-july-2013.pdf>

- (27) MIRANDA I., COSTA F. (2014). Willingness to pay (vontade para pagar) por um serviço de preparação individualizada da medicação (PIM).
- (28) SOARES, M. A., FERNANDEZ-LLIMÓS, F., LANÇA, C., CABRITA, J., & MORAIS, J. A. (2008). Operacionalização para Portugal: Critérios de Beers de Medicamentos Inapropriados nos Doentes Idosos. *Acta Med Port*, 21(5), 441-452.
- (29) GALLAGHER, P., RYAN, C., BYRNE, S., KENNEDY, J., & O'MAHONY, D. (2008). STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther*, 46(2), 72-83.
- (30) QUEIROZ, M. J. (2009). SOAP revisitado. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 25(2), 221-7.
- (31) DELGADO, A. B., & LIMA, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100.

Anexos

Anexo I - Declaração de autorização dos formulários do projeto SOS Pharma Idoso.

Declaração

Declaro que a mestranda Joana Almeida obteve a minha autorização para utilizar todo os formulários referentes ao Projeto SOS Parma Idoso para utilização no âmbito da sua tese de mestrado intitulada "A dispensa semanal da medicação" sob a orientação do Professor Doutor João Canotilho. Mais informo que lhe foram facultadas as caixas dispensadoras para seguimento dos seus doentes durante 4 meses, sendo os custos inteiramente suportados pelo ISCSEM. Os dados provenientes dos doentes sob o seu acompanhamento foram utilizados no âmbito da sua tese de mestrado, mas igualmente cedidos ao ISCSEM para utilização de forma compilada com os dados já recolhidos por outros alunos.



Filipa Alves da Costa
Professora Auxiliar
Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
Campus Universitário
Quinta da Granja
2829-511 Caparica
Alvesdacosta.f@gmail.com
Tel: 914084869

Anexo II - Declaração de Consentimento da Diretora Técnica da Farmácia.

Declaração de Consentimento do Diretor Técnico da Farmácia

Eu, Dra Maria José M.C. Torres Coelho Director técnico da farmácia
Central de Ovar com carteira profissional
nº 7399 declaro que autorizo o estudo "Projecto SOS Pharma Idoso" e
designei um farmacêutico para o efeito.

Identificação do farmacêutico responsável pelo
estudo: Joana Dias Almeida

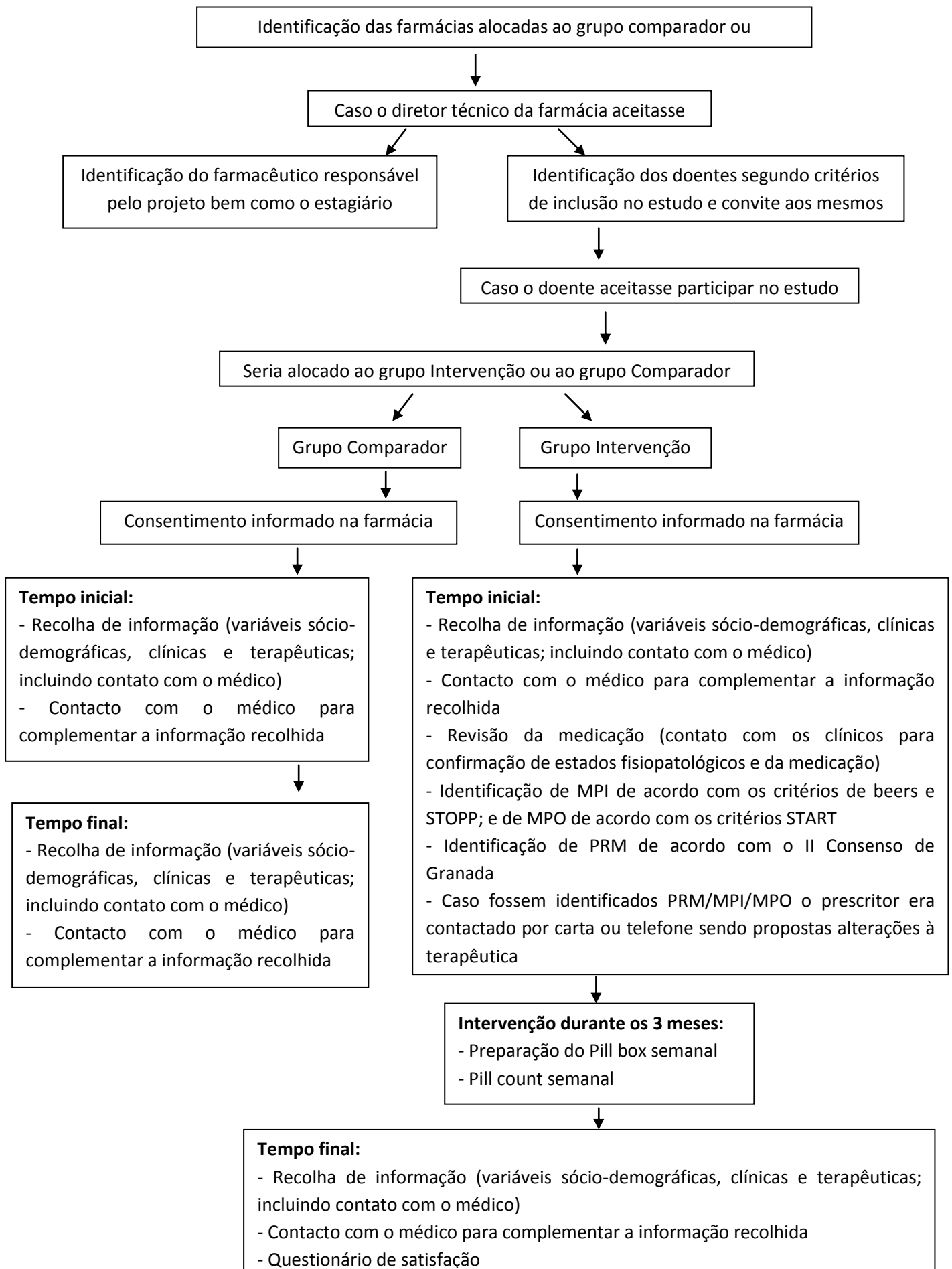
Data, local Ovar, 7 de Maio de 2015

Assinatura do Director Técnico Maria José Coelho

Carimbo da Farmácia

Farmácia Central
Dra M^a José M.C. Torres Coelho
Praça da República, 47
3880-141 Ovar
Tel: 256 572 145
NIF: 100 340 822

Anexo III - Fluxograma da metodologia do SOS Pharma Idoso.



Anexo IV - Consentimento de participação dos doentes.

Declaração de Consentimento do doente

Por este meio está a ser convidado(a) a participar, no estudo DSM. Este estudo pretende avaliar se um conjunto de intervenções farmacêuticas podem beneficiar doentes polimedicados a melhor gerir a sua medicação.

Caso concorde em participar, assine no final do documento. A sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Caso opte por não participar, tal decisão não terá qualquer penalidade.

Se concordar em participar, deve estar ciente dos procedimentos do estudo e concordar com a sua realização.

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:

- a) Uma primeira avaliação onde se recolherá dados sobre a sua medicação e as suas doenças, incluindo medição de parâmetros que o farmacêutico considere adequados (e.g. pressão arterial) e que fará algumas perguntas sobre a forma como lida com a sua medicação.
- b) Contacto do farmacêutico com o seu médico para:
 - b1) obter confirmação e informação adicional sobre o perfil clínico (isto é, doenças diagnosticadas);
 - b2) fornecer informação sobre a terapêutica atual (isto é, formação completa sobre medicamentos e outras substâncias medicamentosas, incluindo produtos naturais).
- c) Ceder todos os seus medicamentos para que estes possam vir a ser reembalados em blisters descartáveis todas as semanas na farmácia pelo seu farmacêutico.
- d) A partir desse momento a sua medicação é lhe entregue semanalmente nas caixas dispensadoras pelo farmacêutico, na farmácia,
- e) No final do estudo (após 3 meses), haverá nova avaliação, sendo recolhidos os mesmos dados que no momento inicial.

RISCOS E DESCONFORTOS: Não haverá qualquer risco/lesão para o voluntário.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: O doente não receberá nenhum pagamento com a sua participação. No entanto, durante o estudo, os custos das caixas dispensadoras de medicação e dos testes efetuados (ex: pressão arterial) serão gratuitos.

CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA: É garantido ao doente a confidencialidade dos seus dados. Os dados do estudo serão unicamente publicados sob a forma de relatório conjunto, incluindo os dados anónimos da totalidade dos doentes participantes, não sendo assim possível identificá-lo.

Eu, _____ declaro que li ou me foi lido as informações contidas nesse documento, que fui devidamente informado(a) dos procedimentos, riscos e desconfortos, que não haverá custos/reembolsos aos participantes, da confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Autorizo o contacto entre médico e farmacêutico, nos moldes explicitados em b). Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

DATA:

(Assinatura do doente)

(Assinatura do farmacêutico responsável)

Anexo V - Formulário de recolha de informação.

Projeto SOS Pharma Idoso

Formulário para recolha de informação no ambulatório

Código doente

Nome do doente:

Morada:

Contacto telefónico:

Dia da semana e hora em que prefere ser visitado/entrevistado:

Data 1ª visita:

Local de recrutamento:

Destacável (para preservar anonimato)-----

Código doente

I) Caracterização Sócio-demográfica

Data nascimento:

Sexo:

Nível Educacional:

I.a) Caracterização antropométrica

Peso:

Altura:

II) Caracterização Clínica:

Estados fisiopatológicos referidos pelo doente:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

Nome, especialidade e contacto do médico: _____

Estados fisiopatológicos indicados pelo médico:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____

III) Caracterização Farmacoterapêutica:

Medicação que tem em casa

Princípio ativo	Marca	Dose	FF	Nº unidades	Posologia	Validade	Local onde guarda a medicação	Há quanto tempo toma?	Indicado por quem?	Sabe para que serve?

Costuma medir algum parâmetro fisiológico ou bioquímico? (dar exemplos, pressão arterial, glicemia, colesterol)

Se sim, onde?

Com que regularidade?

Se existir algum registo, colocar informação na seguinte tabela

Data	Pressão arterial	Glicémia	Colesterol Total	Colesterol HDL	Triglicéridos	INR	Outro (indicar)

IV) Avaliação da Adesão à Terapêutica

Medida de Adesão aos Tratamentos(MAT) [Teste Morisky adaptado para Portugal por Delgado&Lima):

	Sempre	Quase	Com	Por	Raramente	Nunca
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?						
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?						
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?						
4. Alguma vez deixou de tomar os Medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa , após se ter sentido pior?						
5. Alguma vez tomou mais um ou Vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?						
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?						
7. Alguma vez deixou de tomar os Medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?						

V) Revisão da medicação:

Detetou neste doente algum medicamento potencialmente inadequado ou omissos?

Se sim, indique qual ou quais e de acordo com que ferramenta?

<u>Medicamentos</u>	<u>Ferramenta (indique Beers Português, Beers</u>

Detetou neste doente algum problema relacionado com medicamentos (II consenso de Granada)?

Se sim, indique qual ou quais

<u>Medicamentos</u>	<u>PRM Necessidade? (1 ou</u>	<u>PRM Efetividade? (3 ou4)</u>	<u>PRM Segurança?(5 ou6)</u>

Reportou algum ao médico? Sim Não

Qual ou quais?

Obteve resposta? Sim Não

Sugestão Aceite? Sim Não

Em média quanto tempo demorou para este doente nas seguintes intervenções: Preparação da medicação individualizada: _____ min/semana

Revisão da medicação: min (durante o total de tempo de seguimento, ie, 4 meses) Contacto com médico: _____ min (durante o total de tempo de seguimento, ie, 4 meses)

Anexo VI - Modelo de carta aos médicos para informar sobre o projecto DSM.

Local, data

Exmo. Dr./^a

Como profissionais de saúde atentos e promotores de saúde pública, em resposta ao flagelo demonstrado por parte da população idosa e polimedicada na gestão da sua terapêutica, e tendo em vista a melhoria da sua qualidade vida, a farmácia insurge-se com um novo serviço de *dispensa semanal da medicação* que consiste no reembalamento dos medicamentos adquiridos na farmácia em blisters semanais compartimentados por dia/hora de administração de forma a promover um uso racional do medicamento.

O serviço é disponibilizado conforme as necessidades do doente e poderá ser feito ao domicílio.

Como tal, e cientes que partilhamos o mesmo objetivo que é o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida do doente, requeremos a vossa excelência a sua colaboração, confiando nos nossos serviços, e promovendo-os junto de quem mais precisa, quando assim achar necessário.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento adicional, seguem abaixo os contactos da farmácia.





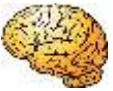




Agradecendo desde já toda a atenção disponibilizada, despeço-me com os mais sinceros cumprimentos.

Pela Direção Técnica,

Anexo VII - Regime posológico dos doentes.

Nome Doente XXXX XXXXXXXXXXXXXXXX

Blister Válido até XXXXXXXXXXXXXXXX

	Medicamentos p/ Coração ou Sangue (1)		Medicamento p/ Ossos (2)		Medicamento p/ aparelho digestivo (3)
	Medicamento p/ Olhos (4)		Medicamentos p/ Cérebro (5)		Medicamentos p/ aparelho urinário (6)
	Medicamentos p/ Dor (7)		Medicamentos p/ aparelho respiratório (8)		Medicamentos p/ Diabetes (9)
Os seguintes medicamentos estão fora do blister e foram-lhe entregues pelo seu farmacêutico, estão assinalados com a marca (#)					

	Pequeno-almoço	Almoço	Jantar	Deitar
Seg.	Aspirina® (1) Lote Ventilan® (8) # <i>Fora do blister</i>	[Nome do medicamento] + número + lote	[Nome do medicamento] + número + lote	[Nome do medicamento] + número + lote
Ter.				
Qua.				
Qui.				
Sex.				
Sáb.				
Dom.				

Anexo IX - Questionário de Satisfação aos doentes.

Inquérito para avaliação da satisfação dos beneficiários do serviço de Dispensa Semanal da Medicação

Este inquérito destina-se a doentes polimedicados que aceitaram adotar o sistema Dispensa Semanal da Medicação. Demora menos de 1 minuto a responder. Os dados são anónimos. Para as 7 primeiras perguntas, assinale com uma cruz “Não sei”, “Ótimo”, “Muito bom”, “Bom”, “Razoável” e “Fraco” segundo a qualidade do serviço prestado. As perguntas 8 e 9 têm uma escala diferente. Obrigado pela sua colaboração!

Como classifica...	Não sei	Ótimo	Muito Bom	Bom	Razoável	Fraco
1. A assistência por parte dos farmacêuticos da farmácia Central						
2. A disponibilidade dos farmacêuticos da farmácia Central						
3. A utilização das caixas dispensadoras para o ajudar a ter os seus medicamentos organizados						
4. A utilização das caixas dispensadoras para não se esquecer de tomar a sua medicação						
5. A utilização das caixas dispensadoras para evitar o desperdício de medicamentos						

ATENÇÃO: ESCALA DIFERENTE	Não sei	Sim, sem dúvida	Sim, provavelmente	Talvez	Não, provavelmente não	Não, de forma nenhuma
6. Recomendaria a algum seu conhecido este serviço?						

ATENÇÃO: ESCALA DIFERENTE	Não sei	<u>Sim e estaria disponível a pagar por ele</u>	<u>Sim, desde que fosse gratuito</u>	<u>Talvez</u>	<u>Não, acho que não me faz falta</u>	<u>Não, por outra razão. Qual?</u>
7. Gostaria de ter este serviço disponibilizado pela sua farmácia?						