



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Joana da Rocha Conde

Relatórios de Estágios orientados pela Dra. Márcia Silva e pela Dra. Carla Borlido e Monografia intitulada “Lista PRISCUS 2.0 - Um Estudo Sobre a sua Aplicabilidade em Farmácia Comunitária” orientada pela Professora Doutora Ana Marta Lavrador referentes à Unidade Curricular “Estágio Curricular”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro 2023



UNIVERSIDADE D COIMBRA

Joana da Rocha Conde

Relatórios de Estágios orientados pela Dra. Márcia Silva e pela Dra. Carla Borlido e Monografia intitulada “Lista PRISCUS 2.0 - Um Estudo Sobre a sua Aplicabilidade em Farmácia Comunitária” orientada pela Professora Doutora Ana Marta Lavrador referentes à Unidade Curricular “Estágio Curricular”, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Setembro de 2023

DECLARAÇÃO

Eu, Joana da Rocha Conde, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o no 2018274087, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatório de Estágio e Monografia intitulada “Lista PRISCUS 2.0 - Um Estudo Sobre a sua Aplicabilidade em Farmácia Comunitária” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade curricular de Estágio Curricular.

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

Coimbra, 25 de agosto de 2023.

A handwritten signature in black ink that reads "Joana da Rocha Conde". The script is cursive and fluid.

(Joana da Rocha Conde)

AGRADECIMENTOS

Nesta última etapa do meu percurso académico, resta-me agradecer a todos aqueles que fizeram destes anos os melhores da minha vida, até agora.

À Professora Doutora Ana Marta Lavrador pela orientação, empenho, disponibilidade, apoio e conhecimentos transmitidos ao longo deste projeto.

Aos meus pais, Jhonny e Anabela, por me tornarem na pessoa que sou hoje. A vocês que fazem tudo por mim sem receber nada em troca, a vocês dedico este trabalho, tornando-o nosso. Nunca encontrarei as palavras certas e suficientes para vos agradecer.

À Rita, minha irmã de sangue e de coração. Obrigada por fazeres de mim a mana mais velha mais orgulhosa do mundo. Que brinquemos ao Ferriá por muitos anos.

Às minhas amigas, Ana Félix, Catarina Melo, Joana Amado, Leonor Cardoso, Paula Gonçalves, Rita Picado e Vanessa Cipriano, companheiras de todas as horas, por serem casa em Coimbra. Serei sempre mãe com cachorros à vossa espera.

Ao Diogo, por ser pilar e amparo ao longo de todo o meu percurso. A ti devo-te a paciência, o carinho, a motivação e os pés quentes à noite. Obrigada por todo o caminho que já percorremos juntos, meu amor.

Ao Fidalgo, Zara e Ema, riquezas de sua tia. Por este amor que não sei explicar. A vocês devo toda a força que me deram sem saberem.

Aos meus avós, Bete e Valente, por serem segundos pais. Por todo o apoio, amor, carinho e comida maravilhosa com que sempre me presentearam.

Ao meu avô Baltazar, que celebra esta conquista com as estrelas.
Que estejas muito orgulhoso de mim.

Ao Marcos Pinto, pela companhia em casa. Levo comigo todas as conversas, risos e histórias.

À Phartuna, por todas as aventuras que vivi e dinheiro que me fizeram gastar em voltaren.
Levo-vos para a vida.

À minha família de praxe, Bárbara Florim e Maria China, pelo apoio incondicional.

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra pela contribuição ímpar na minha
formação académica ao longo destes cinco anos.

A ti Coimbra, a ti que me deste os melhores anos da minha vida, a ti que me deste o
privilégio de fazer parte da tua tradição. Lembra-te de mim.

À demais família e amigos, por todos os momentos partilhados e apoio incessante que
sempre me proporcionaram.

A todos os que me prepararam o caminho.

ÍNDICE

Parte I - Relatório de Estágio na Direção de Gestão do Risco de Medicamentos do INFARMED, I.P.	11
Lista de abreviaturas	12
1. Introdução	14
2. Análise SWOT	15
2.1. Desenvolvimento	15
Análise Interna	15
2.1.1. Pontos Fortes	15
2.1.1.1. Duração do Estágio.....	15
2.1.1.2. Receção no INFARMED, I.P.....	16
2.1.1.3. Localização do INFARMED, I.P.....	16
2.1.1.4. As condições de trabalho.....	16
2.1.1.5. Integração na DGRM.....	17
2.1.1.6. Autonomia e Confiança.....	17
2.1.1.7. O “Clube Infarmed”.....	17
2.1.1.8. Formação teórica.....	17
<input type="checkbox"/> <i>Introdução Geral: Farmacovigilância geral, regulamentação e legislação</i> – Dra. Márcia Silva.....	18
<input type="checkbox"/> <i>Sistema de Gestão da Qualidade</i> – Dra. Magda Pedro.....	18
<input type="checkbox"/> <i>Ferramentas de monitorização do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF)</i> – Dra. Ana Moreira.....	18
<input type="checkbox"/> <i>Organização do SNF</i> – Dra. Fátima Bragança.....	18
<input type="checkbox"/> <i>Receção e análise de notificações de RAM enviadas por profissionais de saúde e utentes: Portal RAM</i> – Dra. Cristina Mousinho.....	18
<input type="checkbox"/> <i>Receção e XML G/NG: Verificação de duplicados</i> – Dra. Sandra Queiroz.....	19
<input type="checkbox"/> <i>Portal RAM e pesquisa no Portal RAM (PRAM E EVDAS)</i> – Dr. Luís Vítor Silva.....	19
<input type="checkbox"/> <i>Gestão do sinal (EPITT) E NUI/RA</i> – Dr. João Paulo Fernandes.....	19
<input type="checkbox"/> <i>Circulares Informativas</i> – Dra. Adriana Gamboa.....	19
<input type="checkbox"/> <i>PRAC</i> – Dra. Ana Sofia Martins.....	19

<input type="checkbox"/>	<i>Plano de Gestão de Risco (PGR) – Dra. Magda Pedro</i>	19
<input type="checkbox"/>	<i>Estudos de Segurança Pós Autorização (PASS) – Dra. Ana Severiano</i>	19
<input type="checkbox"/>	<i>Relatórios Periódicos de Segurança (RPS) – Dra. Ana Severiano</i>	19
<input type="checkbox"/>	<i>Comunicações aos Profissionais de Saúde e Materiais educacionais – Dra. Patrícia Catalão</i>	19
<input type="checkbox"/>	<i>MedDRA</i>	20
2.1.1.9.	Aplicação do Inglês e aquisição de vocabulário técnico	20
2.1.1.10.	Articulação do plano de estudos de MICF com o contexto profissional	20
2.1.1.11.	Intranet.....	21
2.1.1.12.	Portal RAM	21
2.1.1.13.	Elaboração de um estudo científico	21
2.1.1.14.	Elaboração de um artigo para o Boletim de Farmacovigilância	22
2.1.1.15.	Participação na Detecção de Sinal de Segurança	22
2.1.2.	Pontos Fracos	22
2.1.2.1.	Restrição do estágio à DGRM.....	22
2.1.2.2.	Escassez de recursos humanos	22
2.1.2.3.	Impossibilidade de visitar o laboratório.....	23
Análise Externa	23
2.1.3.	Oportunidades	23
2.1.3.1.	Formação em Inglês Técnico	23
2.1.3.2.	Formação em Excel.....	23
2.1.3.3.	Aprimoramento das colocações nos Estágios Curriculares.....	23
2.1.4.	Ameaças	24
2.1.4.1.	Quantidade e Qualidade das Notificações Espontâneas	24
2.1.4.2.	Dependência do INFARMED, I.P. – a classificação como Instituto Público	24
3.	Conclusão	25
Referências Bibliográficas	26
Parte II - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária	27
Lista de abreviaturas	28
1.	Introdução	29
2.	Contextualização da Farmácia Viva	30

3.	Análise SWOT	31
3.1.	Desenvolvimento	31
	Análise Interna	31
3.1.1.	Pontos Fortes	31
3.1.1.1.	Experiência prévia com a equipa técnica e conhecimento do funcionamento da farmácia...	31
3.1.1.2.	Receção e integração na equipa técnica.....	31
3.1.1.3.	Confinidade e cerne nos utentes.....	32
3.1.1.4.	Autonomia e confiança.....	32
3.1.1.5.	Vasta gama de produtos.....	33
3.1.1.6.	4DigitalCare.....	33
3.1.1.7.	Formação contínua.....	33
3.1.1.8.	A variedade de serviços farmacêuticos	34
3.1.1.9.	Preparação de medicamentos manipulados e preparações extemporâneas.....	34
3.1.1.10.	CashGuard e Robot	35
3.1.2.	Pontos Fracos	35
3.1.2.1.	Aconselhamento de MNSRM e de produtos de saúde	35
	Análise Externa	36
3.1.3.	Oportunidades	36
3.1.3.1.	Divulgação e uso de plataformas online.....	36
3.1.4.	Ameaças	36
3.1.4.1.	Venda de MNSRM fora das farmácias.....	36
3.1.4.2.	Medicamentos Esgotados e Rateados.....	37
4.	Conclusão	38
	ANEXO I	40
	Caso prático I	40
	Caso prático II	41
	Caso prático III	42
	Caso prático IV	43
	Caso prático V	44

Parte III - “Lista PRISCUS 2.0 - Um Estudo Sobre a sua Aplicabilidade em Farmácia Comunitária”	45
Resumo	46
Abstract	48
Lista de abreviaturas	49
1. Introdução	50
1.1. Envelhecimento populacional	50
1.2. Polimedicação no idoso	50
1.3. Medicamentos potencialmente inapropriados no idoso	51
1.4. Critérios implícitos, explícitos e mistos	52
1.5. Lista PRISCUS	54
1.5.1. Lista PRISCUS 1.0	55
1.5.1.1. Validade e Limitações	55
1.5.2. Lista PRISCUS 2.0	56
1.5.2.1. Validade e Limitações	58
2. Estudo	60
2.1. Objetivos	60
2.2. Métodos	60
A. População e instrumentos	60
B. Análise dos dados	61
2.3. Resultados	61
2.4. Discussão	64
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (benzodiazepinas)	65
Inibidores da bomba de prótons	65
Analgésicos estupefacientes	66
Antieméticos e antivertiginosos	67
Anti-inflamatórios não esteroides	67
Antidepressores	68
Anti-hipertensores	69
Antipsicóticos	69

Anti-arrítmicos	70
Antidiabéticos orais	70
Antiespasmódicos	71
Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	71
Vasodilatadores	71
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (imidazopiridinas)	72
Medicamentos usados na incontinência urinária	72
Antiepiléticos e anticonvulsivantes	72
Modificadores da motilidade gastrointestinal	72
Cardiotónicos	73
Anti-histamínicos H1 não sedativos	73
Analgésicos e antipiréticos	73
Antiasmáticos e broncodilatadores	74
Antiparkinsónicos	74
Estrogénios e progestagénios	74
Laxantes de contato	74
2.5. Limitações	75
3. Conclusão	76
Referências bibliográficas	77
ANEXO I	84
ANEXO II	89

Parte I

Relatório de Estágio na Direção de Gestão do Risco de Medicamentos do INFARMED, I.P.

Lista de abreviaturas

ATC – *Anatomical Therapeutic Chemical*

DAM – Direção de Avaliação de Medicamentos

DATS – Direção de Avaliação das Tecnologias de Saúde

DCI – Denominação Comum Internacional

DGRM – Direção de Gestão do Risco de Medicamentos

DHPC – *Direct Healthcare Professional Communications*

EC – Estágio Curricular

EMA – Agência Europeia de Medicamentos

ESI – *Emerging Safety Issues*

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

FI – Folheto Informativo

INFARMED, I.P. – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.

MAMR – Medidas Adicionais de Minimização de Risco

MedDRA – *Medical Dictionary for Regulatory Activities*

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MSSO – *The MedDRA Maintenance and Support Services Organization*

MUH – Medicamentos de Uso Humano

NUI – *Non Urgent Information*

PASS – *Post Authorisation Safety Studies*

PGR – Plano de Gestão de Risco

Portal RAM – Portal de notificação de suspeitas de Reações Adversas a Medicamentos

PRAC – *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee*

PSUR – *Periodic Safety Update Report*

PSUSA – *Periodic Safety Update Single Assessment*

RA – *Rapid Alert*

RAM – *Reações Adversas a Medicamentos*

RCM – *Resumo das Características do Medicamento*

RPS – *Relatórios Periódicos de Segurança*

SNF – *Sistema Nacional de Farmacovigilância*

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunites, Threats*

TAIMs – *Titulares de Autorização de Introdução no Mercado*

I. Introdução

Atualmente, apesar das alterações sentidas ao longo dos anos, o farmacêutico desempenha um papel de importância extrema no campo de saúde pública. Segundo o Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, o Farmacêutico é um profissional de saúde com ações “dirigidas à sociedade no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença”¹, sendo o seu principal dever a garantia da saúde e do bem-estar, quer do cidadão, quer da população, promovendo uma terapia eficaz, segura e com qualidade, devidamente adequada às necessidades, suportando-se na melhor evidência científica disponível.^{1:2}

A unidade Estágio Curricular (EC), realizada no 2º semestre do último ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC), oferece aos estudantes várias e diferenciadas oportunidades de contacto com a profissão farmacêutica.

Tendo em contas todas as possibilidades disponíveis, escolhi para o primeiro período de estágio o Infarmed – Autoridade Nacional de Medicamento e Produtos de Saúde, I.P., mais especificamente, a Direção de Gestão do Risco de Medicamentos (DGRM). O INFARMED, I.P. tem por missão “regular e supervisionar os setores dos medicamentos de uso humano e produtos de saúde, segundo os mais elevados padrões de proteção da saúde pública, e garantir o acesso dos profissionais da saúde e dos cidadãos a medicamentos e produtos de saúde com qualidade, eficazes e seguros”³.

Foi com imensa honra e prestígio que agarrei esta oportunidade de crescimento e aprendizagem, que tão orgulhosamente me permitiu colocar em prática todos os conhecimentos adquiridos ao longo destes 5 anos de curso, e me disponibilizou uma experiência profissional e pessoal tão enriquecedora. Serve o presente relatório de sinopse das tarefas e aprendizagens adquiridas ao longo destes 3 meses, sob uma análise SWOT (em inglês – *Strengths, Weaknesses, Opportunites, Threats*) fundamentada e individual.

2. Análise SWOT

2.1. Desenvolvimento

Como referido anteriormente, o presente relatório tem por base uma análise SWOT fundamentada, onde se encontram identificados: Pontos Fortes (*Strengths*), Pontos Fracos (*Weaknesses*), Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*).

Esta ferramenta de gestão e análise estratégica com objetivo de melhoria, permite uma avaliação global dos aspetos implícitos à própria entidade – a dimensão interna – que abarca os pontos fortes e os pontos fracos e, de igual modo, uma avaliação global aos pontos que não conseguem ser controlados, determinados pelo meio envolvente – a dimensão externa – que abrange as oportunidades e as ameaças. A metodologia utilizada inicia com a descrição dos pontos fortes, seguindo-se dos pontos fracos, das oportunidades, e por último, das ameaças, tendo por base as atividades realizadas e as aprendizagens adquiridas ao longo do estágio.

Análise Interna

2.1.1. Pontos Fortes

2.1.1.1. Duração do Estágio

Segundo o previamente acordado, o EC decorre com uma duração mínima de 420 horas (3 meses), sob orientação de um colaborador do Infarmed. Dada a minha integração na DGRM e tendo em conta todos os conhecimentos que o trabalho exige para a sua realização, concluo, mediante os desafios proposto pela entidade, ser inconciliável uma duração inferior à definida. Pelo que, apesar da sua subjetividade, considero a Duração do Estágio um Ponto Forte.

Este período temporal é benéfico para ambas as posições – Infarmed e Estudante – dá lugar à autonomia e proatividade, aproximando ao máximo a experiência do estagiário à realidade dos profissionais que integram o organismo.

2.1.1.2. Receção no INFARMED, I.P.

Insuficientes são as palavras para agradecer a toda a equipa, em especial à Dra. Márcia Silva e ao Dr. João Paulo Fernandes pela amabilidade, proximidade e confiança que me proporcionaram aquando da minha chegada e ao longo de todo o percurso.

2.1.1.3. Localização do INFARMED, I.P.

O Infarmed tem sede no Parque da Saúde de Lisboa. Visto ser uma cidade onde as oportunidades profissionais superam as existentes noutras regiões. Esta experiência que a FFUC nos disponibiliza, de abrir horizontes e contactar com diferentes realidades profissionais nesta cidade que tanto tem para nos oferecer, e não apenas em Coimbra, é sem dúvida para mim um Ponto Forte. O meu agradecimento por colocarem os estudantes em primeiro e pelas oportunidades que nos oferecem.

2.1.1.4. As condições de trabalho

As instalações desta entidade são, de maneira geral, bastante apropriadas. É disponibilizado estacionamento no parque, inclusive a estagiários (mediante o pagamento de 0,08€ por hora). Os edifícios possuem boas condições, com o devido equipamento de escritório, ar condicionado e material informático – o qual me foi cedido durante todo o tempo de estágio. Apesar de já não possuir um serviço de refeitório (encerrado durante a pandemia e sem reabertura posterior), existe em cada edifício uma copa bem equipada que permite o almoço e a confraternização dos colaboradores.

É cedida a possibilidade de flexibilidade e adaptabilidade do horário de trabalho, dentro de limites definidos, a todos os trabalhadores (estagiários incluídos) o que permite o bem-estar e a gestão laboral, mediante o ritmo de cada um. Assim como a possibilidade de trabalho híbrido (2 dias de trabalho presencial e 3 dias de trabalho remoto).

Em suma, todo este afável e adaptável ambiente de trabalho permite-me categorizar com clareza, as condições de trabalho como um Ponto Forte.

2.1.1.5. Integração na DGRM

A equipa de trabalho da DGRM revelou ser profissional, empenhada, ativa e multidisciplinar, respondendo de forma ímpar às suas responsabilidades. A integração que me proporcionaram foi, sem dúvida, um Ponto Forte, graças ao inigualável ambiente de trabalho vivenciado e ao acompanhamento incessante que me proporcionaram. Sempre disponíveis a esclarecer as minhas dúvidas e a orientando-me no caminho correto, preparando-me profissional e pessoalmente para o futuro próximo.

2.1.1.6. Autonomia e Confiança

Ao longo de todo o estágio, foi-me confiado um elevado grau de autonomia e independência na realização dos trabalhos propostos, e fornecidos todos os conhecimentos necessários para a correta execução das tarefas, estando toda a equipa prontamente disponível para meu auxílio, caso necessário. Esta responsabilidade e pressão, ensinou-me a priorizar ações, a estabelecer metas e a gerir mais adequadamente o meu tempo.

2.1.1.7. O “Clube Infarmed”

O Clube Infarmed, composto por trabalhadores, promove aos demais que pertencem ao organismo, bem como aos seus familiares, atividades de carácter recreativo, cultural, desportivos, entre outras. Dispõe de protocolos com ginásios, lojas de estética, bem como a Tuna Clube Infarmed. No decorrer do meu EC, tive a oportunidade de estar presente na Gala dos 30 anos do INFARMED, I.P., na caminhada por Bucelas, na ida ao teatro para assistir à peça “A Mentira” em cena no Teatro Tivoli BBVA e no Aniversário dos 22 anos do Clube. É, a meu ver, claramente um Ponto Forte, por fomentar o convívio e reforçar as ligações profissionais, com bastante impacto na dimensão da saúde física e mental, o que é algo muito desejado numa instituição.

2.1.1.8. Formação teórica

Considero a formação que me foi concedida um dos Pontos Fortes mais essenciais e marcantes nesta experiência. Foi-me dada uma oportunidade de formação ímpar, desde o

primeiro minuto em que entrei no edifício, o que foi profundamente incentivador e enriquecedor. Seguem enumeradas as formações:

- *Introdução Geral: Farmacovigilância geral, regulamentação e legislação* – Dra. Márcia Silva, 09 de janeiro

Como o título indica, permitiu-me recordar os conhecimentos gerais sobre Farmacovigilância, regulamentação e legislação, crucial antes de aprofundar nos temas.

- *Sistema de Gestão da Qualidade* – Dra. Magda Pedro, 10 de janeiro

A missão do INFARMED, I.P. é prosseguida com esforços orientados para quatro dimensões: Valor – Regulação com impacto positivo; Participação – Mais participação de clientes e parceiros; Agilidade – Promover a agilidade organizacional e Cultura – Melhorar a experiência do colaborador.⁴ A missão é assegurada por procedimentos e modelos delineados, disponíveis no programa SIGQ (Sistema Interno de Gestão da Qualidade) disponível aos colaboradores, sendo uma ferramenta de controlo e uniformização com vista na melhoria contínua.

- *Ferramentas de monitorização do Sistema Nacional de Farmacovigilância (SNF)* – Dra. Ana Moreira, 10 de janeiro

O SNF, fundado em 1992, é da responsabilidade da DGRM e constituído, à data, por 10 Unidades Regionais de Farmacovigilância (URF). Esta formação permitiu-me entender como funciona a sua coordenação, nomeadamente quais os indicadores e ferramentas utilizadas para a sua monitorização.

- *Organização do SNF* – Dra. Fátima Bragança, 10 de janeiro

Também no âmbito do SNF, foi-me dada a conhecer como é feita a monitorização da segurança dos medicamentos pelas URF, bem como a sua organização por todo o país.

- *Receção e análise de notificações de RAM enviadas por profissionais de saúde e utentes: Portal RAM* – Dra. Cristina Mousinho, 12 de janeiro

Esta formação serviu de primeiro contacto com o Portal de Notificação de Suspeitas de Reações Adversas a Medicamentos (Portal RAM), onde aprendi a rececionar e analisar notificações de suspeitas de reações adversas a medicamentos (RAM).

- *Receção e XML G/NG: Verificação de duplicados* – Dra. Sandra Queiroz, 12 de janeiro

Aquisição de conhecimentos mais específicos do Portal RAM, nomeadamente verificação de casos duplicados e envio de casos à Agência Europeia de Medicamentos (EMA).

- *Portal RAM e pesquisa no Portal RAM (PRAM E EVDAS)* – Dr. Luís Vítor Silva, 13 de janeiro
- *Gestão do sinal (EPITT) E NUI/RA* – Dr. João Paulo Fernandes, 16 de janeiro

Esta formação permitiu-me conhecer qual a definição de sinal de segurança, quais as fontes que o geram e como o mesmo se gere, bem como, conhecer os meios de comunicação que envolvem os TAIM, os Estados-Membros e a EMA: *Emerging Safety Issues (ESI)*, *Rapid Alert (RA)* e *Non Urgent Information (NUI)*.

- *Circulares Informativas* – Dra. Adriana Gamboa, 16 de janeiro
- *PRAC* – Dra. Ana Sofia Martins, 17 de janeiro

O *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC)* é um comité científico responsável por avaliar todos os parâmetros que envolvem a gestão dos riscos associados ao uso de medicamentos de uso humano (MUH). Decorrente desta formação, adquiri conhecimentos sobre as recomendações emitidas e o aconselhamento científico.

- *Plano de Gestão de Risco (PGR)* – Dra. Magda Pedro, 17 de janeiro
- *Estudos de Segurança Pós Autorização (PASS)* – Dra. Ana Severiano, 18 de janeiro
- *Relatórios Periódicos de Segurança (RPS)* – Dra. Ana Severiano, 19 de janeiro
- *Comunicações aos Profissionais de Saúde e Materiais educacionais* – Dra. Patrícia Catalão, 19 de janeiro

Os materiais educacionais e as comunicações aos Profissionais de Saúde (em inglês *Direct Healthcare Professional Communications – DHPC*), constituem Medidas Adicionais de Minimização de Risco (MAMR), com o objetivo de alertar e comunicar aos profissionais de saúde, utentes e/ou cuidadores, os riscos mais relevantes com o objetivo de minimizar os mesmos. Estes complementam a informação contida no Resumo das Características do Medicamento (RCM) e/ou no Folheto Informativo (FI).

Em suma, este plano de formação serviu de base para o trabalho que vim a desenvolver durante os três meses de EC, tendo começado com a apresentação da respetiva direção – DGRM, dos conceitos gerais de farmacovigilância e o seu enquadramento nacional e internacional; passando pela recolha, análise e avaliação de reações adversas a medicamentos (RAM) e apresentação das principais ferramentas metodológicas utilizadas para detetar reações adversas suspeitas de associação à utilização de medicamentos, incluindo reações raras; terminando, por fim, com a formação nas principais ferramentas de monitorização de perfil de benefício-risco dos medicamentos a nível europeu (incluindo procedimentos de avaliação regulamentares) e nas principais ferramentas de minimização do risco de medicamentos de uso humano.

- *MedDRA*

Para além das formações mencionadas anteriormente, tive ainda a oportunidade de realizar 3 formações certificadas em MedDRA (*Medical Dictionary for Regulatory Activities*) – uma terminologia médica internacional estandardizada para medicamentos de uso humano, pela MSSO (*The MedDRA Maintenance and Support Services Organization*).

2.1.1.9. Aplicação do Inglês e aquisição de vocabulário técnico

Na DGRM, para a comunicação com os TAIMs (Titulares de Autorização de Introdução no Mercado) é utilizado, frequentemente, o inglês. Deste modo, foi-me possível a aquisição e alargamento do meu vocabulário técnico nesta língua, pelo que, para um futuro profissional, considero estar apta para integrar áreas que exijam este conhecimento.

2.1.1.10. Articulação do plano de estudos de MICF com o contexto profissional

A oportunidade de articulação e consolidação de conhecimentos adquiridos ao longo do curso de MICF, constitui outro Ponto Forte do meu EC no Infarmed. As unidades curriculares de Farmacologia, Assuntos Regulamentares do Medicamento e Farmacovigilância e Farmacoepidemiologia foram, indubitavelmente, cruciais no meu desempenho na DGRM. Apesar da formação teórica que me disponibilizaram aquando do estágio, o conhecimento prévio proveniente do plano de estudos, permitiu-me apenas consolidar e rever

aprendizagens. Pelo que, neste sentido, espero que a FFUC dê continuidade a estas áreas, vistas as inúmeras vantagens que apresentam.

2.1.1.11. Intranet

A divulgação de informação interna é realizada pela Intranet. Uma aplicação que constitui um Ponto Forte por possibilitar aos colaboradores o acompanhamento da informação, bem como aceder rapidamente à biblioteca, a documentos, legislação e aos demais portais, cruciais ao trabalho diário.

2.1.1.12. Portal RAM

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de trabalhar no *backoffice* do Portal RAM, onde são geridas e avaliadas as notificações recebidas pelo *frontoffice* e via *EudraVigilance*. Neste, recolhi, analisei e avaliei as notificações, atribui DCI (Denominação Comum Internacional) e ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) aos medicamentos que os tinham em falta e detetei/verifiquei notificações duplicadas, sendo um Ponto Forte por me permitir experienciar este contexto profissional de farmacovigilância.

2.1.1.13. Elaboração de um estudo científico

Iniciei, em colaboração com o Dr. João Paulo Fernandes, um estudo científico utilizando dados de segurança de MUH, sobre uma possível associação entre métodos contraceptivos/outras classes terapêuticas e a infertilidade feminina. Para este, foram utilizados dados do *EudraVigilance* entre janeiro de 2018 e dezembro de 2022 que reportam como RAM infertilidade feminina, tendo como objetivo ser apresentado em formato de póster no evento “Farmacovigilância: Envolver o Cidadão” e posteriormente ser publicado em revista científica do tema. Uma das melhores oportunidades que o Infarmed me disponibilizou e como tal, não poderia deixar de integrar um Ponto Forte.

2.1.1.14. Elaboração de um artigo para o Boletim de Farmacovigilância

Outro grande Ponto Forte foi a possibilidade de elaboração de um artigo sobre a hidroclorotiazida e a consequente fotossensibilidade, a publicar numa próxima edição do Boletim de Farmacovigilância.

2.1.1.15. Participação na Detecção de Sinal de Segurança

Ademais, participei na Detecção de Sinal de Segurança de um MUH, para o qual, tendo em conta a RAM de interesse, estudei e recolhi informação de literatura, PSUR (*Periodic Safety Update Report*), PSUSA (*Periodic Safety Update Single Assessment*) e de notificações recebidas no Portal RAM. Esta permitiu-me desempenhar um verdadeiro papel de farmacovigilante, figurando assim um Ponto Forte.

2.1.2. Pontos Fracos

2.1.2.1. Restrição do estágio à DGRM

Aquando da chegada ao Infarmed, identifiquei como Ponto Fraco a falta de uma sessão de formação com todas as direções que representam a entidade. O estágio restringe-se apenas à direção onde o mesmo é realizado, no meu caso DGRM, ficando o trabalho desenvolvido pelas restantes direções por apresentar. Seria interessante que fosse realizado algum tipo de atividade que tivesse como objetivo colocar estagiários que estivessem em diferentes direções a trabalhar em conjunto.

2.1.2.2. Escassez de recursos humanos

Independentemente de ter tido todo o apoio dos meus colegas, senti que em certas ocasiões eles tiveram de se desdobrar para me conseguirem acompanhar de forma adequada, sobrecarregando-se, dado o colossal volume de trabalho que permanecia. Este claro Ponto Fraco, resulta da escassez de recursos humanos nesta entidade, algo que podia ser minimizado caso os mesmos aumentassem de número.

2.1.2.3. Impossibilidade de visitar o laboratório

Sendo o laboratório do Infarmed uma referência nacional para a verificação da qualidade de medicamentos, membro da rede europeia de Laboratórios Oficiais de Controlo de Medicamentos e da rede europeia de Laboratórios Oficiais de Controlo de Cosméticos, teria sido tremendamente interessante presenciar o trabalho lá desenvolvido, as tecnologias, equipamentos e metodologias utilizadas, pelo que considero esta impossibilidade um Ponto Fraco do EC.

Análise Externa

2.1.3. Oportunidades

2.1.3.1. Formação em Inglês Técnico

Visto ser a língua mais empregue no diálogo internacional, o inglês tem-se tornado cada vez mais fundamental. Nesta área da saúde, o conhecimento de vocabulário técnico é crucial dada a dificuldade em traduzir adequadamente os termos para as diferentes línguas, de onde podem surgir graves erros. Deste modo, e como o conhecimento de inglês técnico em contexto profissional se tem tornado cada vez mais necessário, proponho que a aposta no inglês seja ponderada para os estudantes de MICF, mesmo que colocada com cadeira opcional.

2.1.3.2. Formação em Excel

O Excel é uma ferramenta utilizada diariamente no Infarmed, sendo que, senti ao longo do EC, imensa falta de formação nesta área. As aprendizagens fornecidas pelo plano de estudos do curso MICF ficam muito aquém das exigências a que a realidade laboral obriga. Pelo que, a aposta de instrução mais intensa em Excel devia de ser refletida, de modo a integrar o plano de estudos do curso, mesmo que colocada como cadeira de opção.

2.1.3.3. Aprimoramento das colocações nos Estágios Curriculares

Não podia deixar de identificar como oportunidade o aprimoramento e a otimização das colocações nos EC. Muitas das oportunidades cedidas são fora da região de Coimbra, o que obriga a uma grande logística por parte do estudante. Quanto mais célere for o compromisso

com a entidade, maior é o tempo disponibilizado para tratar de todos os detalhes e menor é a pressão imposta aos finalistas. Em prol de uma melhor dinamização, fica a sugestão de melhoria.

2.1.4. Ameaças

2.1.4.1. Quantidade e Qualidade das Notificações Espontâneas

Apesar da existência do Portal RAM e dos outros canais para notificar, continua a existir um grande subnotificação, problema não apenas de Portugal, mas transversal a todos os países, o que ameaça a monitorização eficiente da segurança dos medicamentos. Isto, efetivamente, dificulta o papel do farmacovigilante pelos atrasos na notificação, pela falta de dados, pela veracidade dos dados, entre outros. Ao realizar estágio na DGRM, senti na pele esta limitação que ameaça o assertivo trabalho da farmacovigilância em Portugal, sendo crucial e urgente a sensibilização para a importância da notificação.

2.1.4.2. Dependência do INFARMED, I.P. – a classificação como Instituto Público

O Infarmed, como instituto público de regime especial, obriga a candidaturas por Concurso Público, disponibilizando um número de vagas inferior às necessidades desta entidade. A escassez de recursos humanos é uma realidade que acarreta consigo uma sobrecarga de trabalho para os colaboradores, pelo que considero esta dependência uma ameaça.

3. Conclusão

O estágio no Infarmed permitiu-me contactar e adquirir conhecimentos mais aprofundados sobre o papel do farmacêutico nas áreas de Farmacovigilância e de Assuntos Regulamentares. Esta oportunidade única foi extremamente enriquecedora, a nível pessoal e profissional, permitindo-me abrir horizontes e contactar com uma realidade laboral que tanto me entusiasma. Termino esta experiência com uma inigualável satisfação e orgulho por ter integrado durante 3 meses numa equipa tão amável, disponível e profissional.

Para além da avaliação inerente a este relatório, o meu foco e objetivo primário passa por expor e avaliar a minha experiência no Infarmed, esperando contribuir, de certa forma, para a melhoria contínua e proporcionar aos futuros estudantes finalistas da FFUC um estágio tão, ou mais enriquecedor quanto o meu.

A todos os que me permitiram vivenciar uma das experiências mais gratificante como futura farmacêutica e a todos os que me acompanharam ao longo deste percurso, o meu mais profundo obrigada.

Referências Bibliográficas

1. DIÁRIO DA REPÚBLICA - **Ordem dos Farmacêuticos - Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos** [Em linha], atual. 20 dez. 2021. [Consult. 9 fev. 2023]. Disponível em WWW:
<URL:https://ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/0014300159_469595878620679aa0a805.pdf>.
2. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **O farmacêutico na comunidade. Valor do Farmacêutico - Um compromisso para a saúde.** (327:2020).
3. INFARMED, I. P. - **Apresentação** - [Em linha] [Consult. 9 fev. 2023]. Disponível em WWW: URL:<https://infarmed.pt/web/infarmed/apresentacao>.
4. INFARMED, I. P. - **Política da qualidade.** [s.d.].

Parte II
Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária
Farmácia Viva

Lista de abreviaturas

EC – Estágio Curricular

FFUC – Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra

FI – Folheto Informativo

IMC – Índice de Massa Corporal

MICF – Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM – Medicamento Não Sujeito a Receita Médica

MSRM – Medicamento Sujeito a Receita Médica

PVP – Preço de Venda ao Público

RCM – Resumo das Características do Medicamento

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunites, Threats*

THS – Terapêutica Hormonal de Substituição

VALORMED – Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos, Lda.

I. Introdução

Em Portugal, até há aproximadamente uma década, as farmácias intitulavam-se de Farmácias de Oficina. Porém, a atividade do farmacêutico evoluiu, centrando-se cada vez mais na comunidade, mais especificamente no cidadão, passando assim a designarem-se Farmácias Comunitárias. O farmacêutico comunitário exerce um abrangente leque de serviços, sendo um alicerce no Serviço Nacional de Saúde (SNS) permitindo a acessibilidade aos fármacos, de modo equitativo e qualitativo a toda a população, independentemente da região geográfica.¹

No último ano do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC), surge o Estágio Curricular (EC). Representando esta unidade curricular, um fecho de um ciclo. Tive a oportunidade de realizar estágio em farmácia comunitária, na Farmácia Viva, em Vagos, de abril a julho de 2023, sob a orientação da Diretora Técnica da farmácia, Dra. Carla Borlido.

A prévia experiência de estágio, realizada no 3º ano do MICF, de 28 de junho a 21 de julho de 2021 na presente farmácia, permitiu-me conhecer a jovem, amável e profissional equipa que a compõe, o que se tornou fator crítico na escolha do local para realização do EC. Esta foi uma oportunidade de aprendizagem e de progresso, não só a nível profissional, mas também a nível pessoal.

O presente relatório serve de síntese das atividades e aprendizagens adquiridas ao longo do estágio, sob uma análise SWOT (em inglês - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*) ponderada e pessoal, sendo também apresentados alguns casos práticos decorridos ao longo do mesmo.

2. Contextualização da Farmácia Viva

A Farmácia Viva, fundada em 2010, situa-se no concelho de Vagos, no distrito de Aveiro. Atualmente encontra-se sob a direção técnica da Dra. Carla Borlido, que integra a equipa profissional juntamente com mais oito farmacêuticos, uma farmacêutica adjunta e duas técnicas de farmácia.

A sua localização no centro da vila, próxima de lares, creches, consultórios médicos, centro de saúde, hipermercados e algum comércio local permite o alcance de um público variado. No entanto, é a faixa etária idosa que figura a maioria do público-alvo, com inúmeros clientes já fidelizados a esta equipa. A Farmácia Viva está de portas abertas de segunda-feira a sábado, das 8:30h às 20:30h.

As suas instalações, obedecem às imposições do Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto² e à Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho³, com foco no conforto máximo e na garantia de qualidade a prestar ao utente, possuindo assim uma área de atendimento ao público, instalações sanitárias, um gabinete de atendimento personalizado, gabinete de direção técnica, *robot*, laboratório, armazém, zona de recolhimento, área técnica de informática e uma copa.

Na área de atendimento ao público encontram-se quatro balcões dispostos lado a lado com o distanciamento necessário à privacidade dos utentes. Atrás, encontram-se em prateleiras verticais, suplementos alimentares e outros medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), e debaixo dos balcões, gavetas com os produtos que têm mais rotação, nomeadamente Ben-u-ron[®], Brufen[®] e Ib-u-ron[®]. Do lado esquerdo, está a zona de dermocosmética, cuidados capilares e puericultura, e do lado direito, medicamentos de veterinária, produtos ortopédicos, cuidados masculinos e de geriatria. No centro da farmácia, existem vários módulos, onde se encontram os produtos de higiene oral, campanhas, produtos sem rotação e produtos sazonais.

A zona de armazenamento inclui um *robot*, onde se encontram medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) e MNSRM, e outros móveis onde são arrumados os excessos dos restantes produtos de saúde.

3. Análise SWOT

3.1. Desenvolvimento

A análise SWOT é uma ferramenta de análise e gestão que serve de base para o presente relatório de estágio na Farmácia Viva. Com perspetiva de melhoria, através da avaliação da dimensão interna e externa, permite delinear táticas e estabelecer metas, atendendo ao ambiente profissional vivido e a todos os conhecimentos adquiridos.

A avaliação da dimensão interna, abrange os Pontos Fortes (*Strengths*) e os Pontos Fracos (*Weaknesses*), sendo características intrínsecas à própria entidade. A avaliação da dimensão externa, abarca as Oportunidades (*Opportunities*) e as Ameaças (*Threats*), que respeitam os aspetos não controláveis por esta – definidas pelo meio envolvente.

Análise Interna

3.1.1. Pontos Fortes

3.1.1.1. Experiência prévia com a equipa técnica e conhecimento do funcionamento da farmácia

A FFUC oferece aos seus estudantes a possibilidade de realização de estágio de verão extracurricular. Aproveitei esta oportunidade após a conclusão do 3º ano no MICF, o que me permitiu estagiar em Farmácia Comunitária. Este foi o primeiro contacto que tive com a prática profissional e também com a Farmácia Viva. Conheci a equipa técnica, o funcionamento desta farmácia e das suas instalações e, inclusive de alguns dos seus clientes habituais, tendo sido nesta primeira experiência que tive um contato mais direto com o ciclo do medicamento. Esta prévia experiência, apesar de curta (140 horas), possibilitou-me uma rápida e fácil adaptação à presente farmácia quando chegou o momento do EC.

3.1.1.2. Receção e integração na equipa técnica

A minha receção e integração na equipa de trabalho da Farmácia Viva foi incrivelmente célere, positiva e gratificante (em parte, graças ao estágio extracurricular já realizado na mesma farmácia). Esta, resultou numa rápida aprendizagem e permitiu que a minha prestação fosse a melhor e mais autónoma possível.

A equipa técnica, como já referido anteriormente, é constituída por profissionais jovens, proativos e responsáveis, com foco na prestação de serviços farmacêuticos de qualidade e no crítico acompanhamento farmacêutico dos seus utentes. A equipa foi sempre prestável para esclarecimento de dúvidas e, aquando do atendimento ao público, foi-me dada uma confiança e autonomia ímpar, de tal forma que os utentes não diferenciavam o atendimento da equipa técnica do meu, o que enriqueceu de forma óbvia o meu EC. De facto, o ambiente laboral e a equipa técnica, constituem um dos pontos mais fortes desta análise, não só pelo contributo profissional e pessoal que me ofereceram, mas pelas aprendizagens e conhecimentos que me permitiram adquirir.

3.1.1.3. Confinidade e cerne nos utentes

Na Farmácia Viva foi notável ao longo de todo o estágio a confiança e fraternidade com os utentes e os seus familiares, respondendo sempre com qualidade e profissionalismo às suas necessidades. O cerne é sempre o utente, priorizando-se o correto e assertivo aconselhamento farmacêutico, seja ele uma venda ou uma conversa com o cliente. Toda a equipa possui uma grande proximidade e confiança com os utentes, dada a inclusão da farmácia num ambiente de vila, onde a maioria dos clientes são habituais e fiéis. Assim sendo, é fácil reconhecer este ponto como forte, dada a proximidade, devoção e confiança com que os utentes reconhecem esta farmácia, sendo frequentemente vista como um primeiro ponto de ajuda.

3.1.1.4. Autonomia e confiança

Como já referido nos pontos anteriores, a autonomia que desenvolvi ao longo do EC foi notória. A equipa confiou em mim e no meu trabalho, permitindo que o meu desempenho fosse o melhor possível. Davam-me autonomia total para a realização das tarefas que me eram propostas, inclusive no atendimento ao público, estando disponíveis para qualquer questão que me surgisse.

A minha prestação evoluiu com o decorrer do estágio, assim como a minha proatividade e confiança no atendimento. Fui conhecendo mais aprofundadamente os produtos disponíveis para venda, o seu correto aconselhamento e aprimorei a técnica de *cross-selling*.

3.1.1.5. Vasta gama de produtos

A diversidade de produtos que a Farmácia Viva disponibiliza aos seus utentes vai muito para além de medicamentos. Abrange as mais variadas áreas: nutrição, suplementação alimentar, dietética, dermocosmética, perfumaria, higiene corporal e oral, puericultura, veterinária, dispositivos médicos, acessórios e artigos de ortopedia. Este contacto com tantas áreas enriqueceu as minhas aprendizagens e preparou-me para um possível futuro profissional, sendo, do meu ponto de vista, um Ponto Forte deste EC.

3.1.1.6. 4DigitalCare

O software informático utilizado pela farmácia é o 4DigitalCare, sendo nele realizadas tarefas como receção e gestão de encomendas, gestão de devoluções, atendimento ao público, gestão de prazos de validade, entre outras igualmente importantes. Apesar do meu primeiro contato ter sido com o software Sifarma (quer no meu estágio anterior, quer na faculdade), a minha adaptação ao 4DigitalCare foi muito simples e rápida graças à intuitividade do mesmo. Das utilidades mais fulcrais, às quais recorri principalmente no início do EC quando a confiança ainda não prevalecia, posso destacar a informação científica facilmente disponível sobre o medicamento, as posologias, a taxa de comparticipação (se aplicável) e o rápido acesso quer ao FI (Folheto Informativo), quer ao RCM (Resumo das Características do Medicamento). De realçar também a picagem obrigatória de todos os produtos ao finalizar o atendimento, o que assegura a correta dispensa dos mesmos.

Esta oportunidade de contacto com as duas plataformas dotou-me de mais conhecimento e perícia, enriquecendo e contribuindo assim para uma prática futura em Farmácia Comunitária.

3.1.1.7. Formação contínua

A constante atualização da informação dos produtos de saúde oferecidos pela Farmácia Viva e a exigência a que esta se propõe para satisfação das necessidades dos utentes, requer formação contínua dos profissionais de saúde que integram a equipa.

Enquanto estagiária, foi-me dada a oportunidade de participar em diversas formações, quer internas – na própria farmácia, quer externas – fora da farmácia. Deste modo, adquiri mais noções e esclareci dúvidas relacionadas essencialmente com produtos de dermocosmética,

puericultura, higiene oral e suplementação alimentar. Posso considerar esta formação contínua como um dos Pontos Fortes do meu EC, dadas as competências de que me dotou como futura farmacêutica.

3.1.1.8. A variedade de serviços farmacêuticos

O Decreto-Lei n.º 307/2007, 31 de agosto, que diz respeito ao regime jurídico das farmácias de oficina permitiu que as farmácias, “a par da dispensa de medicamentos, desempenhem outras funções de relevante interesse público na promoção da saúde e do bem-estar dos utentes”.² De tal modo, a Farmácia Viva disponibiliza aos utentes uma série de serviços farmacêuticos.

Na área de atendimento ao público encontra-se uma balança de medição de peso, altura e índice de massa corporal (IMC) e uma máquina de medição de pressão arterial.

Na área de atendimento personalizado são prestados outros serviços, tais como: avaliação de parâmetros bioquímicos – medição do colesterol total, glicémia e pressão arterial, administração de vacinas e injetáveis e tratamento de feridas. A oportunidade de realização destes serviços permitiu-me colocar em prática os conhecimentos previamente adquiridos na minha formação académica, e, fundamentalmente detetar utentes com não adesão à terapêutica, possíveis doentes de risco e a possibilidade de aconselhar medidas não farmacológicas, mediante os parâmetros apresentados. No gabinete de atendimento personalizado realizam-se consultas de podologia, nutrição e audiolgia, além de rastreios. Esta farmácia também recolhe medicamentos fora de uso, juntamente com a Sociedade Gestora de Resíduos de Embalagens e Medicamentos – VALORMED.

3.1.1.9. Preparação de medicamentos manipulados e preparações extemporâneas

Ao longo do meu EC, preparei e dispensei preparações extemporâneas, nomeadamente antibióticos pediátricos.

Quanto à preparação de medicamentos manipulados, apesar de ocorrer com menos frequência, considero de igual modo relevante no meu EC, dada a sua importância na adaptação da medicação ao perfil farmacoterapêutico e fisiopatológico do doente. Esta área de trabalho permitiu-me solidificar conhecimentos adquiridos na minha formação académica, nomeadamente na cadeira de Farmácia Galénica, que fornece as bases e as técnicas para a

preparação destes medicamentos – manipulação, preenchimento do boletim de preparação de medicamentos manipulados, cálculo do PVP (Preço de Venda ao Público), acondicionamento e rotulagem.

3.1.1.10. *CashGuard* e *Robot*

A Farmácia Viva dispõe de *CashGuard*, instrumento responsável pela recolha e gestão do dinheiro das vendas. Este equipamento facilita e minimiza os possíveis erros no atendimento, uma vez que, é nele introduzido o numerário e é por ele dispensado o troco, permitindo assim uma redução dos erros de caixa ao final do dia.

O *Robot*, surgiu de uma recente remodelação, já a meio do meu EC, tendo a seu encargo o armazenamento e dispensa de medicamentos. Esta nova tecnologia trouxe à Farmácia Viva e seus colaboradores essencialmente rentabilização de tempo e espaço e segurança no momento do atendimento, uma vez que esta dispensa inequivocamente o medicamento solicitado através do software *4DigitalCare*, pelo que é notoriamente, tal como o *CashGuard*, identificado como um Ponto Forte.

3.1.2. Pontos Fracos

3.1.2.1. Aconselhamento de MNSRM e de produtos de saúde

Apesar da dificuldade de aconselhamento de MNSRM e de outros produtos de saúde, nomeadamente de suplementos alimentares ter sido colmatada ao longo do meu EC, no início, não sentia confiança no aconselhamento dos mesmos, quer pela quantidade de produtos e variedade disponível no mercado, quer pela falta de formação académica na área. Pelo que, neste sentido e dada a procura pelos utentes destes produtos, sugiro uma aposta da faculdade na formação mais intensiva e douradora nesta área.

Análise Externa

3.1.3. Oportunidades

3.1.3.1. Divulgação e uso de plataformas online

Dado o avanço das novas tecnologias e com os olhos posto no futuro e no alcance que estas podem trazer, quer em quantidade, quer em heterogeneidade de público (abrangência de mais faixas etárias), sugiro como oportunidade de melhoria a criação de uma plataforma online onde sejam publicadas informações, divulgadas campanhas, destaques, entre outras.

Este projeto foi várias vezes falado e discutido com a equipa, que se mostrou sempre pronta a avançar com o mesmo, pelo que o considero uma excelente oportunidade de crescimento e melhoria.

3.1.4. Ameaças

3.1.4.1. Venda de MNSRM fora das farmácias

De acordo com o Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de agosto, os MNSRM podem ser comercializados fora das farmácias⁴. É perceptível a concorrência que estes estabelecimentos apresentam às farmácias comunitárias e o perigo que se podem tornar para os utentes, dada a sua grande acessibilidade.

Efetivamente, a maioria dos MNSRM e de produtos de venda livre conseguem ser encontrados em hipermercados e parafarmácias a um preço muito mais atraente ao público, graças ao baixo preço de compra, resultado do elevado número de produto comprado. Esta diferença de custo faz-se sentir essencialmente em suplementos alimentares e em dermocosmética, ameaçando a sustentabilidade e lucratividade das farmácias.

A acessibilidade destes produtos, aumenta o risco para os utentes/clientes e para a saúde pública, dado o escasso ou nulo aconselhamento farmacêutico que este recebe, potenciando vivamente a automedicação. O desconhecimento de efeitos adversos, contraindicações, posologias, interação medicamentosa, entre outras informações, pode impactar muito negativamente a saúde do utente e consequentemente a saúde pública.

Este tema acarreta uma grande pressão financeira para as farmácias, dada a competitividade de preços, e um grande receio para os farmacêuticos, que podem encontrar a sua profissão desvalorizada.

3.1.4.2. Medicamentos Esgotados e Rateados

Ao longo do EC, foi notória a constante preocupação da equipa com os medicamentos esgotados e rateados. Esta situação resulta da quebra do ciclo do medicamento. Um medicamento considera-se rateado quando a quantidade dispensada é restringida pelo fornecedor a um limite pequeno, ou seja, a farmácia não recebe nas quantidades que necessita. Um medicamento esgotado pode surgir de inúmeros fatores, sendo o mais comum as quebras na distribuição/fabrico do medicamento.

Cedo me deparei com este problema, não havendo muitas das vezes medicamento disponível para venda no atendimento. Tentámos sempre agilizar, apresentando alternativas disponíveis no mercado, nos casos aplicáveis/passíveis de substituição. Porém, dada a extensão de medicamentos que se encontram nesta situação, não é possível solucionar todas as lacunas, colocando em risco a adesão à terapêutica e o estado de saúde dos utentes.

4. Conclusão

Este estágio em farmácia comunitária permitiu-me colocar em prática, os conhecimentos adquiridos na minha formação académica. Foi uma experiência bastante enriquecedora, quer a nível pessoal – melhoria das minhas capacidades de comunicação, de confiança e de responsabilidade, quer a nível profissional – melhoria das minhas capacidades teóricas e práticas na área. O presente relatório, serviu também como um auxílio para identificar os meus pontos fortes e fracos, os quais me sinto capaz de ultrapassar e melhorar.

Este estágio permitiu-me reconhecer novamente o crucial papel do farmacêutico no sistema de saúde, cooperando em prol do acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade a todos os cidadãos. Sendo o responsável pela dispensa e aconselhamento farmacêutico, bem como pela educação do uso correto dos medicamentos e por garantir o seu máximo efeito e segurança.

O carinho, companheirismo, paciência e conhecimentos transmitidos por toda a equipa da Farmácia Viva acompanhar-me-ão por todo o futuro. O meu mais honesto obrigado a estes grandes profissionais pelos conhecimentos que me transmitiram, e à FFUC pela oportunidade que me proporcionou.

Referências bibliográficas

1. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **Farmácia Comunitária: Áreas Profissionais** - [Em linha] [Consult. 1 mar. 2023]. Disponível em WWW:
<URL:<https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>>.
2. INFARMED I.P, - **Legislação Farmacêutica Compilada Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto.**
3. INFARMED I.P, - **Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de julho.**
4. INFARMED I.P, - **Legislação Farmacêutica Compilada Decreto-Lei n.º 134/2005, de 16 de Agosto.**

ANEXO I

Casos práticos

Caso prático I

O senhor M.R. de 53 anos, dirige-se à farmácia e pede algo que lhe aliviasse a prisão de ventre.

Começo por questionar se costuma tomar medicamentos usualmente, ao qual me responde que sim – um para a hipertensão, um para o colesterol e um novo para a depressão. Rapidamente acedi ao histórico do cliente, fiel a esta farmácia, e confirmei a medicação – bisoprolol 2.5 mg, atorvastatina 20 mg e amitriptilina 10 mg. Acrescentou ainda que o medicamento da depressão não estava a fazer efeito.

O primeiro passo passou por explicar ao senhor M.R. que o início de ação destes medicamentos – antidepressivos tricíclicos – é consideravelmente lento, sendo expectável sentir melhorias e efeitos positivos ao fim de algumas semanas, daí ainda não estar “a sentir efeito”, reforçando que o deve continuar a tomar como recomendado pelo médico.

De seguida, o foco passou para a razão que o trouxe à farmácia – a prisão de ventre. Questionei se era habitual, ou se se tratava de um caso pontual, ao qual me respondeu que se tratava de um caso pontual. Atendendo à sua medicação, em especial ao início da toma da amitriptilina, que apresenta como efeito indesejável muito frequente a obstipação, questionei se o início da prisão de ventre coincidia com o início da toma do novo medicamento para a depressão, ao qual o utente me respondeu afirmativamente. Perante isto, realcei novamente que não devia suspender a toma do medicamento e alertei que numa fase inicial de tratamento era comum a obstipação que sentia.

Como solução, aconselhei o Laevolac® 666,7mg/mL xarope, laxante osmótico (lactulose) que atua como regulador do trânsito intestinal e laxante, conseguindo um efeito triplo – osmótico, prebiótico e acidificante do conteúdo intestinal. Para obter um efeito laxante mais rápido, indiquei a toma de 1-3 colheres de sopa de xarope diluídas em 0,25 litros de água, café, chá, sumos de fruta, ou leite, em jejum no dia seguinte, alertando para a possibilidade de fezes mais pastosas ou líquidas e de flatulência. Posteriormente, em caso de necessidade de toma prolongada (dado ser um medicamento que não provoca habituação), aconselhei a toma de 1 colher de sopa antes do pequeno-almoço e outra antes do almoço, diluídas num copo de água.

Ao finalizar o atendimento, recomendei como medidas não farmacológicas o aumento da ingestão de fibras e de água, além da importância da prática de exercício físico.

Caso prático II

A senhora J.M., de 31 anos, chega à farmácia com uma receita médica de Fosfomicina 3g granulado para solução oral e Urispas® 200mg. Ao ver a medicação prescrita, fosfomicina (antibiótico utilizado para tratar infecções não complicadas da bexiga em mulheres) e Urispas® (medicamento utilizado para a incontinência urinária, nomeadamente para o tratamento dos sintomas que acompanham afeções da bexiga e da próstata, tais como cistite), facilmente associei a causa – infecção urinária. Confirmei com a utente do que se tratava, a qual acrescentou que nos últimos dois anos se tinha começado a tornar habitual, fazendo cerca de quatro infecções por ano.

Com esta frequência de infecções, e após ter confirmado que não tomava medicação habitualmente, aconselhei à utente iniciar suplementação com arando vermelho. Este atua impedindo o desenvolvimento das bactérias no trato urinário, nomeadamente da *Escherichia coli*. Recomendei também aumentar a ingestão de líquidos, adequar os cuidados de higiene íntima com produtos específicos, urinar com frequência, bem como usar roupas íntimas de algodão e vestuário largo. Adicionalmente, aconselhei a ida ao médico de modo a avaliar a vantagem da toma da vacina bacteriana oral Uro-Vaxom®, um lisado de *Escherichia coli*, utilizado na prevenção das infecções recorrentes das vias urinárias.

Na dispensa do antibiótico, realcei a importância da toma do antibiótico de estômago vazio (2-3 horas antes/após uma refeição – de preferência antes de ir para a cama) e depois de esvaziar a bexiga. Adicionalmente aconselhei o uso de um gel íntimo com pH fisiológico e propriedades calmantes, de modo a prevenir sintomas locais, uma vez que a senhora não referiu sintomas na zona íntima.

Caso prático III

A Senhora I.P., de 67 anos, dirige-se à farmácia à procura de algo para a secura vaginal, que diz sentir por causa da menopausa.

Começo por lhe perguntar se toma alguma medicação habitualmente, à qual me responde que sim – um para o colesterol e um creme vaginal de caixa roxa. Ao consultar o histórico de vendas, confirmo que se trata da atorvastatina 10mg e do creme vaginal Ovestin®. Este creme, composto por estriol 1 mg/g, é indicado como terapêutica hormonal de substituição (THS). Dada a queixa inicial que trouxe a utente à farmácia – secura vaginal – aconselhei a aplicação do gel hidratante vaginal Ainara® duas vezes por semana, juntamente com a aplicação de um gel lubrificante nas relações sexuais e ainda um produto de lavagem íntima ultra-hidratante.

A senhora I.P., pergunta ainda se há algo que a possa ajudar com os calores, refere que de noite tem de dormir em cama separada do marido, por não suportar o calor dos lençóis. Para estes suores noturnos, indiquei a toma de uma cápsula por dia um pouco antes de se deitar de ClimaCare® Menopausa, isento de hormonas e de isoflavonas de soja, composto por Quatrefolic®, fosfolípidos, bioflavonóides, melatonina, ferro, entre outros componentes, que pode ser utilizado concomitantemente com a THS, que a utente já faz.

Caso prático IV

A senhora R.C., de 34 anos, dirige-se à farmácia procurando um tratamento facial adequado à sua pele. Confirmei que a cliente não tinha qualquer maquilhagem aplicada no rosto. Logo à primeira vista detetei uma possível rosácea – uma doença inflamatória crónica, dada a vermelhidão visível na porção média da face. Questionei então como sentia a pele, ao qual me transmitiu que sentia que andava sempre corada, e por vezes com a sensação de ardor ao redor dos olhos e bochechas, com necessidade de algo que aliviasse estes sintomas. Com estas queixas, expliquei a importância de agendar consulta com um médico dermatologista para confirmar a possível rosácea e prossegui com o aconselhamento de produtos adequados à condição da utente.

Aconselhei a gama Roséliane, da marca Uriage[®], nomeadamente o fluído de limpeza (a aplicar, de manhã e à noite, antes do creme), o creme anti vermelhidão (a aplicar de manhã), protetor solar 50+ (a aplicar de manhã e reaplicando ao longo do dia), o creme rico anti vermelhidão (a aplicar à noite) e a máscara anti vermelhidão (a aplicar em SOS, em caso de rubor ou preventivamente duas vezes por semana).

Estes produtos possuem ingredientes que demonstram reparar e reforçar a barreira cutânea, hidratando e proporcionando um conforto imediato à pele, reforçar os vasos sanguíneos, graças aos extratos de ginseng e algas vermelhas e reforçar a barreira imunológica, graças à regulação da atividade da calicreína-5, protéase que participa no processo inflamatório e nas alterações vasculares.

Por último, de modo a evitar o agravamento da rosácea, indiquei alguns cuidados a ter: evitar tomar bebidas muito quentes e alimentos condimentados, moderação na ingestão de cafeína e de bebidas alcoólicas, evitar o sol direto (realçando novamente a importância da proteção solar e a sua reaplicação), evitar mudanças bruscas de temperatura, bem como evitar esfregar ou coçar a face.

Caso prático V

Dirige-se à farmácia a senhora M.D., de 43 anos, referindo que começou a tomar Betamox Plus® 875 mg + 125 mg para o tratamento de uma otite e que, desde então tem estado com diarreia e com imensa comichão e irritação na zona vaginal.

O Betamox Plus® é uma associação de amoxicilina (antibiótico β -lactâmico) e ácido clavulânico (um inibidor da β -lactamase), muito utilizado para o tratamento de otites agudas médias. Dentro dos efeitos indesejáveis mais frequentes encontram-se vômitos, náuseas, diarreia, e candidíases mucocutâneas, pelo que, rapidamente associei a diarreia como consequência do antibiótico, e suspeitei de uma possível candidíase.

Questionei a utente se havia vermelhidão na região vaginal ou uma sensação de queimadura, ao qual me respondeu afirmativamente, completando que o corrimento também havia alterado, estando mais esbranquiçado e espesso. Assim, confirmei com mais segurança, a candidíase. Mediante os sintomas externos incomodativos da utente e conforme a sua preferência, optei por aconselhar o Gino-Canesten® (clotrimazol) creme vaginal, em detrimento da cápsula mole. Informei a senhora M.D. que se trata de um tratamento de 6 dias indicado nas infeções fúngicas vaginais, e que a aplicação deve ser tanto interna (com o auxílio do aplicador) de modo a resolver a candidíase na origem, como externa para acalmar os sintomas.

Como complemento ao tratamento, aconselhei um gel de higiene íntima calmante, como o Gino-Canesfresh Calm®, com pH alcalino e propriedades calmantes, de modo a reduzir o desconforto dos sintomas.

Já para a tratamento da diarreia, comecei por questionar se tinha tido febre ou vômitos, ou a presença de sangue ou muco nas fezes. A utente respondeu negativamente. Posto isto, optei por aconselhar a toma de 1 cápsula, 3 vezes por dia, de UL-250®, um medicamento probiótico com *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745®, uma estirpe naturalmente resistente aos antibióticos, com eficácia comprovada no tratamento da diarreia.

Como medidas não farmacológicas, reforcei a importância da hidratação com a ingestão abundante de líquidos, para compensar a perda de líquidos, da ingestão de bananas, para compensar as perdas de potássio, bem como evitar alimentos ricos em fibra, gorduras, leite e derivados, e alimentos ricos em açúcares e bebidas açucaradas. Para terminar o atendimento, adverti para que se não se houvesse melhoria dentro de 2/3 dias, deveria consultar o médico.

Parte III

Monografia

“Lista PRISCUS 2.0 - Um Estudo Sobre a sua Aplicabilidade em Farmácia Comunitária”

Resumo

Introdução: O envelhecimento caracteriza-se pela presença de alterações fisiológicas e pelo aparecimento de múltiplas comorbilidades que se traduzem, frequentemente, em situações de polimedicação. A utilização de medicação potencialmente inapropriada, em inglês *Potentially Inappropriate Medication* (PIM) desafia cada vez mais a farmacoterapia geriátrica, tendo sido desenvolvidos instrumentos com o objetivo de identificar essa medicação. A lista PRISCUS 2.0, de origem alemã, corresponde a um desses instrumentos, tendo sido recentemente publicada com o objetivo de melhorar a prescrição no idoso.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivo avaliar a prescrição de PIMs, através da aplicação da Lista PRISCUS 2.0, numa população de idosos que participou num serviço de revisão do uso de medicamentos em farmácia comunitária.

Metodologia: Estudo observacional que incluiu idosos (> 65 anos) provenientes de consultas de revisão do uso dos medicamentos de 5 farmácias comunitárias da zona centro de Portugal. Foi realizada uma entrevista semiestruturada com identificação dos dados sociodemográficos e perfil farmacoterapêutico dos utentes incluídos. Foi aplicada a lista PRISCUS 2.0 à população incluída. O estudo teve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-037/2023). Os resultados obtidos foram avaliados estatisticamente recorrendo ao programa Microsoft Excel®.

Resultados: Foram incluídos 137 utentes, 57 (42%) do sexo masculino e 80 (58%) do sexo feminino, sendo que 136 se encontravam sujeitos a polimedicação. A idade média da população foi de $76,47 \pm 6,85$ anos, variando entre os 65 e os 92 anos. Utilizavam um total de 1121 medicamentos, dos quais 237 (21%) se enquadravam como PIMs, de acordo com a Lista PRISCUS 2.0. Da amostra total, 131 utentes apresentaram PIMs no seu perfil farmacoterapêutico, havendo apenas 24 que não apresentavam. A média de PIM por utente foi de $2,10 \pm 1,31$ medicamentos, variando entre 1 e 9. Os PIMs mais prevalentes foram os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (benzodiazepinas), os inibidores da bomba de prótons e os analgésicos estupefacientes.

Conclusão: O presente estudo expôs o elevado número de PIMs a que a faixa etária dos idosos se encontra sujeita, evidenciando a importância da revisão do uso dos medicamentos e da aplicação de instrumentos como a Lista PRISCUS 2.0 na garantia do uso seguro e efetivo da medicação pelos idosos.

Palavras-Chave: Revisão do Uso dos Medicamentos, Lista PRISCUS 2.0, Medicação Potencialmente Inapropriada, Idoso.

Abstract

Introduction: Aging is characterized by the presence of physiological changes and the appearance of multiple comorbidities that are often translated into situations of polypharmacy. The use of potentially inappropriate medication (PIM) increasingly challenges geriatric pharmacotherapy, and instruments have been developed with the aim of identifying this medication. The PRISCUS 2.0 List, with German origin, corresponds to one of these instruments and was recently published with the aim of improving prescription in the elderly.

Objectives: The present study aimed to evaluate the prescription of PIMs, through the application of the PRISCUS 2.0 List, in an elderly population that participated in a service of medication use review in a community pharmacy.

Methods: Observational study that included elderly people (> 65 years old) from medication use review consultations in 5 community pharmacies in central Portugal. A semi-structured interview was carried out with identification of sociodemographic data and pharmacotherapeutic profile of the users included. The PRISCUS 2.0 List was applied to the included population. The study was approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the University of Coimbra (CE-037/2023). The results obtained were statistically evaluated using the Microsoft Excel® program.

Results: A total of 137 participants were included, 57 (42%) male and 80 (58%) female, with 136 being under polypharmacy. The mean age of the population was 76.47 ± 6.85 years, ranging between 65 and 92 years. They used a total of 1121 drugs, of which 237 (21%) were classified as PIMs, according to the PRISCUS 2.0 List. Of the total sample, 131 users had PIMs in their pharmacotherapeutic profile, with only 24 that did not. The mean PIM per user was 2.10 ± 1.31 drugs, ranging from 1 to 9. The most prevalent PIMs were anxiolytics, sedatives and hypnotics (benzodiazepines), proton pump inhibitors and narcotic analgesics.

Conclusion: The present study demonstrated the high number of PIMs to which the elderly is subject, highlighting the importance of reviewing the medication use and the application of instruments such as the PRISCUS List 2.0 in guaranteeing the safe and effective use of medication by the elderly.

Keywords: Review of Medication Use, PRISCUS 2.0 List, Potentially Inappropriate Medication, Elderly.

Lista de abreviaturas

AINES – Anti-Inflamatórios Não Esteroides

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BMQ – *Beliefs about Medicines Questionnaire*

DOACs – Anticoagulantes Orais Diretos

EUA – Estados Unidos da América

FA – Fibrilhação Auricular

IBP – Inibidores da Bomba de Protões

ISRS – Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina

LABA – Simpatomiméticos Beta-2 de Ação Prolongada

LAMA – Antagonistas Muscarínicos de Ação Prolongada

MAI – *Medication Appropriateness Index*

MAUQ – *Medication Adherence Universal Questionnaire*

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

MNSRM-EF – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica de Dispensa Exclusiva em Farmácia

MSRM – Medicamentos Sujeitos a Receita Médica

PIM – *Potentially Inappropriate Medication*

PIP – *Potentially Inappropriate Prescribing*

RAM – Reação Adversa a Medicamento

RCM – Resumo das Características do Medicamento

SIHAD – Síndrome de Secreção Inapropriada de Hormona Antidiurética

I. Introdução

I.1. Envelhecimento populacional

O envelhecimento da população é uma realidade mundial, mais proeminente nos países mais ricos e desenvolvidos, graças à melhoria substancial das condições sociais e de saúde^{1;2}, encontrando-se Portugal entre os países mais envelhecidos do mundo³. As procedências deste fenómeno residem em dois marcantes acontecimentos demográficos – o declínio da fertilidade e o aumento da esperança média de vida.^{2;4;5}

O tratamento de doenças crónicas, muito prevalentes em idosos, recorre frequentemente a múltiplos fármacos, o que conduz ao aumento do seu uso e a fastidiosos custos em cuidados de saúde, por esta faixa etária. No entanto, a resposta terapêutica pode não corresponder à esperada. Efetivamente, ocorrem alterações fisiológicas importantes durante o processo de envelhecimento com impacto nos mecanismos farmacocinéticos e farmacodinâmicos. Exemplos significativos dizem respeito às alterações nas funções hepática e renal e na composição corporal,^{6;7} ocorrendo, assim, uma grande intervariabilidade na resposta aos fármacos pelos indivíduos idosos, o que torna o processo de prescrição muito complexo e desafiante.⁸

I.2. Polimedicação no idoso

A par do envelhecimento, surge o risco acrescido de aparecimento de doenças crónicas, sendo as mais comuns a diabetes *mellitus* tipo 2, doenças cardiovasculares, insuficiência cardíaca crónica e a demência.^{1;6} Uma significativa percentagem de idosos apresenta mais do que uma doença crónica concomitantemente, o que exige, muitas vezes, o uso simultâneo de diferentes terapêuticas medicamentosas, o que se traduz em situações de polimedicação. Atualmente, cerca de 25% da população europeia é idosa, número que se prevê duplicar até 2050 e triplicar até 2100.⁹ Adicionalmente, a literatura demonstra que mais de um terço dos medicamentos prescritos são destinados à população idosa.^{10;11}

Verifica-se uma marcada heterogeneidade na resposta aos fármacos, quando se comparam os adultos jovens e os idosos. Ora, tendo em conta que a maioria dos ensaios clínicos pré-comercialização exclui a população geriátrica e que há pouca evidência científica na literatura sobre o uso dos medicamentos por esta população, a sua aplicação carece de alicerce científico que sustente um uso seguro e eficaz pelos idosos.^{8;10}

A polimedicação, definida comumente como o uso de cinco ou mais medicamentos¹², associa-se à ocorrência de interações medicamentosas e de reações adversas a medicamentos (RAMs), existindo 13% de probabilidade de ocorrência de RAMs quando são utilizados dois medicamentos simultaneamente, aumentando para 58% na presença de polimedicação, e, evidentemente, aumentando mediante o aumento de medicação.^{7; 10; 11} Todavia, uma significativa percentagem deste risco pode ser reduzida quer no ato de prescrição médica, quer no ato de dispensa ou na validação farmacêutica¹³, através da contínua monitorização de segurança e da avaliação do rácio benefício-risco dos medicamentos.¹⁴

É importante distinguir situações de polimedicação apropriada, que é terapêuticamente benéfica e que está alinhada com objetivos terapêuticos específicos de acordo com a melhor evidência científica, de polimedicação inapropriada, potencialmente associada a resultados clínicos negativos. Esta última define-se como a “prescrição de múltiplos medicamentos feita de uma forma inapropriada ou quando o benefício pretendido daquele medicamento não é atingido”.¹⁵ Na prática, pode traduzir-se por várias situações clínicas: indicação já não existente ou ausência de evidência que suporte a indicação clínica; utilização de doses incorretas; objetivos terapêuticos que não estão a ser atingidos; incapacidade do utente em aderir à terapêutica ou a não adesão à terapêutica medicamentosa voluntária, de acordo com a prescrição; ou elevado risco de aparecimento de RAMs. Esta polimedicação tem impacto em *outcomes* clínicos, sociais e económicos, com risco acrescido de interações medicamentosas e de RAMs.^{15; 16}

Sendo as RAMs uma importante causa de morbidade, hospitalização e mortalidade, um dos pilares base passa por minimizar a polimedicação inapropriada a que esta faixa etária se encontra exposta, sendo os principais fatores de risco a evitar as cascatas de prescrição, interações farmacológicas, duplicação de medicação, períodos de utilização de fármacos por um tempo superior ao indicado, interações fármaco-doença, dosagens incorretas e a fragmentação dos cuidados de saúde, visto que os fatores de risco implícitos ao indivíduo idoso são frequentemente inexecutáveis de reduzir (idade avançada, incapacidades e comorbilidades).^{10; 17}

1.3. Medicamentos potencialmente inapropriados no idoso

Os Medicamentos Potencialmente Inapropriados (em inglês, *Potentially Inappropriate Medication* – PIM) em idosos são fármacos que apresentam um risco de ocorrência de efeitos

adversos superior ao benefício clínico, para os quais há, na maioria das vezes, alternativas mais seguras, com um equilíbrio entre a efetividade terapêutica e o risco de segurança.^{7; 14; 18} A polimedicação potencia o risco de prescrição de PIMs, que, por sua vez, aumenta o risco de hospitalização, quedas e fraturas e mortalidade.¹⁹ Paralelamente a estes perigos, surgem também complicações como sobredosagem, duplicação de medicação e interações medicamentosas, frequentemente devidas à falta de comunicação entre profissionais de saúde, à escassez de evidências clínicas sobre os efeitos dos fármacos nesta população, aos fatores económicos e sociais que divergem dentro desta população e à falta de *guidelines* com segurança demonstrada nesta população.^{20; 21; 22}

A exposição a estes medicamentos inapropriados, apesar de aparentar ser inevitável, pode ser reduzida através da revisão da medicação^{23; 24}, uma avaliação estruturada e crítica da medicação do utente^{20; 21}, e de ferramentas de identificação destes medicamentos – critérios explícitos e implícitos.²³

A utilização de PIMs é então identificada como um importante problema de saúde pública. Deste modo, é imperativo aumentar a consciencialização dos profissionais de saúde quanto a este problema, sendo essencial uma abordagem interdisciplinar, nomeadamente através de médicos e farmacêuticos. Dos médicos, é esperada empatia com o doente, o conhecimento dos riscos de prescrição potencialmente inapropriada (em inglês, *Potentially Inappropriate Prescribing* – PIP) e saber como evitá-la. Dos farmacêuticos, é esperado um papel ativo na redução de PIMs através de procedimentos de revisão de medicação, reconciliação terapêutica e da aplicação dos critérios disponíveis para identificação destes medicamentos.²³

1.4. Critérios implícitos, explícitos e mistos

Com o objetivo de aprimorar a prescrição, bem como o uso dos medicamentos pela população geriátrica, surgiram dois tipos de instrumentos, já mencionados anteriormente: os critérios implícitos e os critérios explícitos.²⁵

Os critérios implícitos baseiam-se em julgamentos clínicos específicos e subjetivos que analisam a terapêutica completa do doente, considerando as suas comorbilidades e características particulares. Estes critérios guiam o profissional de saúde na avaliação de toda a medicação, na duplicação terapêutica e nas interações medicamentosas, sendo um processo unipessoal. É moroso, dada a sua especificidade, e pode incluir as preferências do doente.²³

Dos critérios implícitos publicados na literatura, o *Medication Appropriateness Index (MAI)*, publicado em 1992, nos Estados Unidos da América (EUA), é o exemplo mais significativo disponível. Esta medida implícita consiste em 10 critérios (indicação terapêutica, efetividade, dosagem, instruções sobre o uso do medicamento, conveniência, interações fármaco-fármaco, interações fármaco-doença, duplicação terapêutica, duração do tratamento, custo do medicamento em comparação com alternativas de igual benefício-risco) que avaliam a terapêutica do utente e que converge em três classificações possíveis: A – uso apropriado, B – uso marginalmente apropriado ou C – uso inapropriado. É atribuído um peso, mediante a classificação atribuída, sendo a pontuação máxima de 18, por medicamento.^{26; 27}

A evidência disponível permite concluir que não existem outros critérios implícitos que avaliem generalizadamente a PIP. Este é um instrumento abrangente, com validade e confiabilidade confirmadas, porém com a desvantagem de precisar de aproximadamente 10 minutos para a avaliação de cada medicamento.^{26; 27} O MAI apresenta-se assim como um instrumento oportuno, dada a exponencial sobrecarga medicamentosa e a polimedicação a que os idosos estão sujeitos.²⁶

Os critérios explícitos baseiam-se em diversas ferramentas de triagem, convergindo em listas de PIMs, com o intuito de reduzir a sua prescrição na população geriátrica, servindo de orientação aos profissionais de saúde. A sua utilização carece de julgamento clínico, contrariamente aos critérios implícitos, não considerando as diferenças interindividuais, nem possíveis interações medicamentosas/ duplicações terapêuticas.²⁸ No entanto, exigem menores custos para a sua utilização, permitem mais uniformidade nos cuidados prestados e tornam-se listas úteis e de fácil utilização na prática clínica e para efeitos de investigação.^{7; 16} De entre estes instrumentos, os Critérios de Beers, os Critérios STOPP/START, a Lista FORTA, a EU(7)–PIM List e a Lista PRISCUS são os mais conhecidos, sendo os Critérios de Beers os mais utilizados.^{4; 7} Estes, além das particularidades descritas anteriormente, aplicam-se a todos os idosos, independentemente de internamento ou de institucionalização.²⁵

Da combinação destes dois critérios, nasceram os critérios mistos que juntam as vantagens de ambos – as orientações explícitas para a prática clínica e as questões implícitas para a especificidade intrapessoal.¹⁶

Apesar do elevado número de ferramentas disponíveis, a sua eficácia na prática clínica não se encontra bem estipulada dada a ausência de comercialização de certos medicamentos em alguns países, o que exige a adaptação nacional dos mesmos.²⁹ Não existe um critério universal que seja perfeito e ideal. De facto, a escolha deve obedecer à informação clínica disponível e

aos objetivos a alcançar. A atualização destes instrumentos é extremamente necessária e importante, dadas as possíveis alterações que as recomendações de uso dos fármacos podem sofrer ao longo do tempo, como é o exemplo dos anticoagulantes orais diretos (DOACs). No entanto, apesar de existirem diversas listas de PIMs, estas não são equivalentes, quer pelas alterações nas evidências disponíveis ao longo do tempo, pelas datas de publicação, que não são simultâneas, ou pela subjetividade da opinião dos peritos, que é intrínseca a cada um.³⁰

Irrefutavelmente, o emprego destas ferramentas contribui para a redução de prescrição de PIMs e, conseqüentemente, para a redução de eventos adversos, hospitalização, morbidade e mortalidade, diminuindo assim os valores gastos em cuidados de saúde. Vários estudos comprovam a sua confiabilidade quando utilizados por profissionais de saúde, nomeadamente por farmacêuticos.²⁰

1.5. Lista PRISCUS

A Lista PRISCUS, incluída nos critérios explícitos, foi elaborada com base nas necessidades sentidas pelo país alemão. Tem o propósito de melhorar a segurança e aumentar a adesão aos princípios da farmacoterapia em idosos,^{31; 32} tendo como suporte uma análise qualitativa das listas de PIMs e a opinião estruturada de peritos.³³

Esta ferramenta não é, nem deve de ser, entendida como uma “lista de substâncias proibidas”. De facto, pode ser necessário recorrer a um PIM, caso as alternativas sugeridas sejam mal toleradas ou interajam com a restante medicação do utente, logicamente que com o devido conhecimento sobre os riscos associados. Efetivamente, esta lista não substitui a avaliação individual de benefício-risco, mas espera-se que amplifique a consciencialização sobre a complexidade da farmacoterapia geriátrica.^{32; 33}

Paralelamente à identificação de PIMs, a Lista PRISCUS indica alternativas a estes medicamentos inapropriados e refere quais os cuidados a ter com a medicação em causa. Apesar de não ter em conta a polimedicação e possíveis problemas de subprescrição, abrange importantes pontos, como a monitorização regular em casos em que a prescrição de PIM não consegue ser evitada.^{32; 34}

Encontram-se disponíveis duas versões desta lista, a primeira de 2010 e a segunda de 2023, que serão detalhadas e comparadas nos próximos pontos.

1.5.1. Lista PRISCUS 1.0

Foi em agosto de 2010 que se publicou a primeira Lista PRISCUS – lista alemã de PIM em idosos, assim chamada em homenagem ao grupo de investigadores que a concebeu.³³ Com uma sólida base científica, apresenta 83 medicamentos PIM categorizados por 18 classes (analgésicos e anti-inflamatórios, antiarrítmicos, antibióticos, anticolinérgicos, inibidores da agregação plaquetária, antidepressivos, antieméticos, anti-hipertensores, neurolépticos, derivados da ergotamina, laxantes, sedativos e hipnóticos, agentes promotores de circulação, fármacos vasodilatadores, anti-demenciais, relaxantes musculares e antiepiléticos), dispõe de alternativas terapêuticas mais seguras e de medidas a implementar na prática clínica.^{31; 32; 33}

Esta lista foi criada em quatro passos. Iniciou-se com uma análise qualitativa de listas de PIMs provenientes de outros países (uma do Canadá, duas dos EUA e uma de França) avaliando a sua adequação ao contexto alemão. Seguiu-se com uma pesquisa da literatura, com esforços focados em publicações contendo recomendações sobre a medicação em idosos e nas questões relacionadas com os fármacos mais vulgarmente utilizados por esta população – nomeadamente os que apresentam elevado risco de RAMs ou de interações medicamentosas. Esta análise afluiu no desenvolvimento de uma lista preliminar de PIMs em idosos, específica para a população alemã, compilando a informação recolhida nas etapas anteriores. Por último, surgiu a lista final, a Lista PRISCUS, conseguida por um processo de Delphi Modificado. Com base nas evidências disponíveis, os peritos recomendaram parâmetros de monitorização, alternativas farmacológicas e terapêuticas para cada medicamento e, do mesmo modo, identificação de possíveis comorbilidades com potencial de aumentar o risco de RAMs. Excecionalmente, um grupo limitado de fármacos foi avaliado individualmente quanto à forma farmacêutica, indicação terapêutica e à dosagem.³²

1.5.1.1. Validade e Limitações

Para a validação da lista, são cruciais duas etapas. Primeiramente, é precisa uma correlação mensurável entre as RAMs clinicamente relevantes e a prescrição dos medicamentos em causa. Posteriormente, é necessária a validação da redução das complicações implícitas à medicação em virtude da implementação desta ferramenta. Para tal, é fundamental a regular atualização da lista, com o propósito de incluir novos fármacos e novos dados que possam surgir, juntamente com a identificação das complicações mais frequentes associadas aos fármacos e o desenvolvimento de instrumentos de suporte para a prática clínica diária.³²

Tendo em conta a falta de dados científicos sobre a segurança e a eficácia de certos fármacos quando utilizados por indivíduos idosos, bem como a resultante dificuldade de recomendação nesta faixa etária, a Lista PRISCUS surge como um apoio para colmatar estas falhas, com base no conhecimento especializado de peritos. Estudos provenientes de inúmeros países confirmaram que o uso dos medicamentos categorizados como PIMs nesta lista aumenta o risco de RAMs.³² Destes, são exemplos o estudo realizado por Thiem e colaboradores que confirmou que, intervindo com base nesta lista, é possível reduzir o número de hospitalizações³⁵, e o estudo observacional conduzido por Primejdie e colaboradores, que comprovou que os PIMs identificados na lista aumentam o risco de ocorrência de RAMs.³⁶

Porém, este instrumento apresenta limitações. Dado ser um critério explícito, requer posterior avaliação individual, nomeadamente do cálculo do rácio benefício-risco. Não sendo a polimedicação tida em conta, encontra-se aumentado o risco de RAMs, subprescrições, duplicações, interações medicamentosas, entre outros problemas. Adicionalmente, fica em falta a identificação dos possíveis riscos associados à utilização das alternativas terapêuticas sugeridas. Também a subjetividade implícita à técnica de consenso utilizada para a criação da lista é apontada como uma limitação.³²

1.5.2. Lista PRISCUS 2.0

Dada a importância que a primeira lista figurou, a necessidade de a atualizar continuamente com a melhor evidência disponível e o acompanhamento da evolução dos fármacos disponíveis no mercado desde 2010 motivaram a publicação, no início do ano de 2023, da segunda versão da Lista PRISCUS.

A criação desta nova versão baseou-se em 3 passos. Primeiramente, foram definidos os fármacos e as classes farmacológicas a avaliar, considerando o seguinte: pesquisa bibliográfica de listas internacionais de PIMs publicadas desde 2010; priorização dos fármacos (mediante a frequência de prescrição) a submeter a revisões sistemáticas; e a análise das informações de prescrições abrangidas por seguradoras, na Alemanha e na Áustria, a fim de resumir os fármacos a avaliar.³⁰

Seguidamente, deu-se um processo de pré-Delphi, conduzido por quatro peritos (especialistas em farmácia clínica, farmacologia clínica e em pesquisa de cuidados clínicos), com o fim de avaliar se as informações das fontes, nomeadamente do Micromedex e dos Resumos

das Características dos Medicamentos (RCM), são suficientes para a análise dos fármacos ou se há a necessidade de uma posterior revisão sistemática.

As perguntas em que se basearam foram: a avaliação deste fármaco/ classe farmacoterapêutica é viável com base nos dados do Micromedex ou no RCM? A avaliação deste fármaco/classe farmacoterapêutica é viável com base no facto de estar incluída em um ou mais listas PIMs internacionais? É necessária uma revisão da literatura para este fármaco/ classe farmacoterapêutica? Desta avaliação, tornou-se evidente a necessidade de revisão adicional em três fármacos (sucralfato, butilescopolamina e loratadina/desloratadina) e numa classe farmacológica (antiácidos com alumínio). Contudo, não foram realizadas devido às restantes revisões que se encontravam a decorrer.³⁰

Por último, efetuou-se um processo de Delphi de 3 fases. Na 1ª fase, analisaram-se consensualmente os fármacos, segundo uma escala Likert (variável de 1 a 5, onde 1 significa PIM e 5 definitivamente não PIM). Com base nas evidências disponíveis, os peritos foram recomendados a informar sobre parâmetros de monitorização, alternativas farmacológicas e não farmacológicas para cada fármaco ou classe farmacológica, possíveis comorbilidades com potencial de aumentar o risco de RAMs, medicação concomitante contraindicada, dosagem e posologia limite a partir da qual um fármaco se torna PIM, bem como outros comentários adicionais. Na 2ª fase, um grupo limitado de fármacos que havia sido mal classificado na 1ª fase, ou que havia sido alvo de discordância pelos peritos, foi novamente avaliado. A 3ª fase focou-se no grupo dos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs), que foi avaliado individualmente, dadas as discrepâncias entre peritos.³⁰

Com base nas etapas anteriores, surge então a lista final – a Lista PRISCUS 2.0 – que resume e contempla toda a informação obtida. Esta nova versão contempla 108 fármacos classificados como PIM e categorizados em 34 classes farmacoterapêuticas distintas: antiácidos; fármacos usados para distúrbios gastrointestinais; antieméticos e fármacos para náuseas; laxantes; antipropulsivos; antidiabéticos; antitrombóticos; anti-hipertensores; fármacos usados para terapêutica cardíaca; agentes poupadores de potássio; vasodilatadores periféricos; betabloqueadores; bloqueadores dos canais de cálcio; inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona; hormonas sexuais e moduladores do sistema genital; fármacos urológicos; hormonas hipotalâmicas e hipofisárias; antibióticos; fármacos para terapêutica endócrina; AINEs e antirreumáticos; relaxantes musculares; outros fármacos usados em distúrbios do sistema músculo-esquelético; analgésicos; antiepiléticos; antiparkinsonianos; antipsicóticos; ansiolíticos, hipnóticos e sedativos; antidepressivos; psicoestimulantes; anti-

demenciais; fármacos anti-vertiginosos; fármacos para doenças obstrutivas do trato respiratório; antitússicos; e anti-histamínicos de 1ª e 2ª geração.³⁰

A Lista PRISCUS 2.0 é uma atualização da lista original, com certas diferenças. Algumas das principais incluem a maior extensão de fármacos incluídos (são identificados mais do dobro dos PIMs em relação à primeira versão); a identificação, além de PIMs, também de não PIMs e de fármacos neutros – nem como PIM nem como não PIM; e a enumeração individual dos fármacos em vez da classificação farmacológica, que permite considerar possíveis diferenças entre substâncias da mesma classe – anticolinérgicos vs anti-histamínicos vs 1ª e 2ª geração. Vários fármacos caracterizados como PIM na Lista PRISCUS 1.0 deixaram de o ser nesta atualização, quer por término de comercialização (exemplo do zaleplon), quer por diminuição da sua prescrição em idosos para valores quase inexistentes (exemplo da triprolidina). De igual modo, também a nitrofurantoína passou de PIM a neutra (não identificada como PIM nem como não PIM).³⁰

Em suma, a Lista PRISCUS 2.0 é mais atualizada e abrangente. Com foco na relação benefício-risco e na segurança do utente, serve de orientação e base para profissionais de saúde, mantendo o objetivo da lista original de fornecer uma série de PIMs a serem evitados ou usados com especial cuidado em idosos.

1.5.2.1. Validade e Limitações

A Lista PRISCUS 2.0, à semelhança da original, apresenta limitações a ter em conta. Visto ser baseada em evidências clínicas e em revisões sistemáticas, há que considerar que a qualidade e quantidade das mesmas são limitadas, pelo que certos fármacos podem ser inapropriados em idosos e não estarem incluídos na lista, do mesmo modo que alguns fármacos identificados como PIMs podem ser considerados seguros em certas circunstâncias.

A variabilidade inter e intraindividual, a exclusão de indivíduos geriátricos em ensaios clínicos, as interações medicamentosas, as diferentes dosagens, a adesão do doente à terapêutica e a situação clínica particular do indivíduo são importantes aspetos que também não são considerados. Adicionalmente, a lista exclui medicamentos homeopáticos, fitoterapêuticos e suplementos alimentares, que também podem apresentar riscos. De igual modo, não tem em conta novos medicamentos, baseia-se em evidências disponíveis até a data de publicação (daí a relevância da sua contínua atualização), e pode não apresentar igual relevância noutros países, visto ser uma lista desenvolvida para a população alemã, onde o uso

de fármacos e os padrões de prescrição podem variar. Também a sua inadequada interpretação de modo generalizado pode conduzir a um tratamento incorreto, dada a falta de consideração pela situação clínica individual.

Posto isto, é importante consciencializar para o correto uso desta ferramenta. Não deve ser considerada como uma lista absoluta e generalizada para todos os idosos, mas sim como um auxílio na tomada de decisões, a complementar com as condições clínicas particulares do indivíduo, com as possíveis interações medicamentosas e com outros aspetos que possam impactar a eficácia e a segurança do tratamento.

A Lista PRISCUS 2.0, embora apresente limitações, serve de guia e suporte para os profissionais de saúde, de forma a avaliar corretamente a utilização dos medicamentos em idosos. Permite, através de uma abordagem multidisciplinar, a otimização da terapêutica em idosos, apresentando, de igual modo, um importante papel em análises farmacoepidemiológicas (quando há escassez de informação clínica).³⁰

Como perspetivas futuras, necessita agora de ser validada, através da realização de estudos que demonstrem a importância na melhoria da farmacoterapia do idoso, mais concretamente através da redução de *outcomes* clínicos negativos nesta população.

2. Estudo

2.1. Objetivos

O presente estudo teve como objetivo avaliar a prescrição de PIMs, através da aplicação da Lista PRISCUS 2.0, numa população de idosos que participou num serviço de revisão do uso de medicamentos em farmácia comunitária.

2.2. Métodos

O presente estudo de investigação insere-se num projeto mais abrangente designado por “Serviço de revisão do uso de medicamentos em farmácia comunitária”. Este projeto foi desenvolvido com o objetivo de otimizar o processo de uso dos medicamentos através de uma consulta de revisão do uso dos medicamentos numa farmácia comunitária, tendo em vista a obtenção de melhores resultados em saúde.

Este estudo envolveu um total de 5 farmácias comunitárias da zona centro de Portugal: Farmácia Saúde (Figueira da Foz), Farmácia Viva (Vagos), Farmácia Monte Formoso (Coimbra), Farmácia Borges (Semide) e Farmácia Lis (Leiria).

O estudo teve aprovação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (CE-037/2023).

A. População e instrumentos

Foram incluídos no estudo indivíduos com mais de 18 anos, autónomos na gestão da sua medicação e que, dirigindo-se a uma das farmácias incluídas no estudo, no ato de dispensa, preenchessem pelo menos um dos seguintes requisitos:

- Uso de, pelo menos, um dispositivo médico (exs: inalador; caneta de insulina);
- Polimedicação (5 ou mais medicamentos);
- Indícios de não adesão à terapêutica;
- Dificuldade na gestão da terapêutica;

Assim, numa ida à farmácia, os utentes que cumpriram os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo pelo investigador de cada farmácia. Para os utentes que

aceitaram participar, foi marcado um dia e hora específicos nos quais deviam comparecer na farmácia, trazendo num saco todos os medicamentos (prescritos e não prescritos), suplementos alimentares e produtos naturais que estivessem a tomar.

Foi, então, realizada uma entrevista semiestruturada, onde foram recolhidos dados sociodemográficos e foi seguido um protocolo de revisão do uso de medicamentos (Anexo I). Foram também aplicados dois questionários: um sobre as crenças que o utente tem na medicação (BMQ, em inglês *Beliefs about Medicines Questionnaire*) e outro sobre a adesão à terapêutica (MAUQ, em inglês *Medication Adherence Universal Questionnaire*). Foi ainda calculado o Índice de Complexidade da Medicação.

Para efeitos do presente estudo de investigação, foi ainda aplicada a Lista PRISCUS 2.0. Assim, foram apenas considerados os utentes com mais de 65 anos.

Todos os utentes que aceitaram participar no estudo assinaram o consentimento informado.

B. Análise dos dados

Os dados foram analisados estatisticamente através do Microsoft Excel[®].

2.3. Resultados

A população em estudo, respeitante aos utentes com idade igual ou superior a 65 anos, incluiu um total de 137 utentes. A idade média da população foi de $76,47 \pm 6,85$ anos, variando entre os 65 e os 92 anos. A percentagem de utentes do sexo feminino foi superior à do sexo masculino, tendo o primeiro um total de 80 doentes (58%) e o segundo um total de 57 doentes (42%).

A população em estudo usava um total de 1121 medicamentos, dos quais 1064 são medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM), 42 são medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), 4 são medicamentos não sujeitos a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF) e 10 são suplementos alimentares, sendo a média de medicamentos por utente de $8,18 \pm 1,31$. Um total de 37 utentes tinham na sua terapêutica medicação para utilização em SOS. Foram identificados 136 utentes polimedicados (a tomar 5 ou mais medicamentos)¹², o que corresponde a uma percentagem de 99% da amostra total.

Segundo a Lista PRISCUS 2.0, dos 137 utentes, 82% (113 utentes) apresentaram no seu regime farmacoterapêutico PIMs, sendo que apenas 18% (24 utentes) não incluíram PIMs. A média de PIMs por utente foi de $2,10 \pm 1,31$, variando entre 1 e 9 PIMs.

Dos 1121 medicamentos, 21% (237 medicamentos) foram identificados como PIMs, 74% (828 medicamentos) como não PIMs e 5% (56 medicamentos) nem como PIMs, nem como não PIMs.

Os fármacos classificados nem como PIMS, nem como não PIMs resultaram da primeira etapa do processo *Delphi* – classificação das substâncias na escala *Likert*. As substâncias em que o intervalo de confiança incluía o nível 3 (opinião neutra, em que os peritos não concordavam nem discordavam que aquela substância fosse um PIM), foram classificadas de forma ambígua. Os fármacos assim identificados neste estudo foram a trazodona (33,9%), a pregabalina (16,1%), a bilastina (10,7%), a venlafaxina (8,9%), a amiodarona (3,6%), a nifedipina (3,6%), a colquicina (3,6%), a duloxetina (3,6%), a alfuzosina (1,8%), o atenolol (1,8%), a butilescopolamina (1,8%), o brometo de ipratrópio (1,8%), o diltiazem (1,8%), o raloxifeno (1,8%), a ranolazina (1,8%), a terazosina (1,8%) e o topiramato (1,8%).

O grupo farmacoterapêutico com mais PIMs identificados é o dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, nomeadamente a classe das benzodiazepinas, correspondendo a 25,5% do total de PIMs. Com 21,8% seguem-se os inibidores da bomba de prótons (IBP), os analgésicos estupefacientes com 9,2% e os antieméticos e antivertiginosos com 7,1%. Nos grupos com menos PIMs associados, encontram-se os laxantes de contato, estrogénios e progestagénios, antiparkinsonianos, antiasmáticos e broncodilatadores e analgésicos e antipiréticos. Na tabela I, encontra-se o número de PIMs identificados na população em estudo segundo a Lista PRISCUS 2.0, de acordo com o grupo farmacoterapêutico.

Tabela I – Número de PIMs identificados na população em estudo segundo a Lista PRISCUS 2.0, de acordo com o grupo farmacoterapêutico.

GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO	NÚMERO DE PIM	PERCENTAGEM DE PIM
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (benzodiazepinas)	61	25,5%
Inibidores da bomba de prótons	52	21,8%
Analgésicos estupefacientes	22	9,2%
Antieméticos e antivertiginosos	17	7,1%
Antidepressores	13	5,4%
Anti-inflamatórios não esteróides	13	5,4%
Anti-hipertensores	11	4,6%
Antipsicóticos	7	2,9%
Anti-arrítmicos	5	2,1%
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (imidazopiridinas)	4	1,7%
Antidiabéticos orais	4	1,7%
Antiespasmódicos	4	1,7%
Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas	4	1,7%
Vasodilatadores	4	1,7%
Medicamentos usados na incontinência urinária	3	1,3%
Antiepiléticos e anticonvulsivantes	2	0,8%
Modificadores da motilidade gastrointestinal	2	0,8%
Cardiotônicos	2	0,8%
Anti-histamínicos H1 não sedativos	2	0,8%
Analgésicos e antipiréticos	1	0,4%
Antiasmáticos e broncodilatadores	1	0,4%
Antiparkinsonianos	1	0,4%
Estrogênios e progestagênios	1	0,4%
Laxantes de contato	1	0,4%

No Anexo II encontra-se uma tabela onde estão especificados os fármacos detetados como PIMs dentro de cada grupo farmacoterapêutico. Para cada um, quando aplicável, apresentam-se alternativas mais seguras, de acordo com a Lista PRISCUS 2.0.

2.4. Discussão

O presente estudo teve o objetivo de avaliar a prescrição de PIMs numa população de idosos através da aplicação da recém-publicada Lista PRISCUS 2.0. Utilizando o serviço de revisão do uso de medicamentos como porta de entrada, os utentes incluídos eram convidados a trazer o seu saco de medicamentos, permitindo, nos indivíduos idosos, aplicar a referida lista de avaliação de PIMs. Assim, foi possível avaliar a aplicabilidade da Lista PRISCUS 2.0 em farmácia comunitária e identificar quais as classes farmacoterapêuticas mais frequentemente identificadas como PIMs, um fator importante para adotar estratégias no futuro que reduzam a utilização destes medicamentos em idosos e, assim, melhorar os resultados em saúde nesta população.

Primeiro, foi possível perceber que a aplicação completa da Lista PRISCUS 2.0 em farmácia comunitária é possível, uma vez que se trata de uma lista na qual o conhecimento de informação clínica adicional não é necessária, baseando-se apenas no regime farmacoterapêutico dos indivíduos idosos e não fazendo referência a diagnósticos, história clínica ou a parâmetros bioquímicos. Assim, e tendo em conta que o acesso à informação clínica dos utentes é muitas vezes escasso em farmácia comunitária, a utilização desta lista pelos profissionais de saúde pode ser considerada.

Relativamente às classes farmacoterapêuticas mais frequentemente detetadas como PIMs, foram identificadas em primeiro lugar as benzodiazepinas, com um total de 25,5% dos PIMs identificados, seguidas dos IBPs (21,8%) e dos analgésicos estupefacientes (9,2%). Seguidamente encontra-se uma análise dos PIMs identificados nos vários grupos farmacoterapêuticos, juntamente com as alternativas terapêuticas mais seguras recomendadas pela Lista PRISCUS 2.0. Estudos similares também têm confirmado a presença das benzodiazepinas e dos IBPs nas classes mais predominantemente classificadas como PIM, dos quais são exemplo o estudo realizado por Levine e colaboradores, que identificou as benzodiazepinas como a classe farmacoterapêutica mais frequentemente identificada como PIM³⁷, e o estudo realizado por Lockery e colaboradores, que identificou os IBPs como a classe farmacoterapêutica mais frequentemente identificada como PIM.³⁸ Similarmente, também a revisão sistemática realizada por Lucchetti G e Lucchetti A identifica as benzodiazepinas como uma das classes mais frequentemente classificada como PIM pelos vários critérios disponíveis, sendo o diazepam o medicamento que assume o topo da lista.³⁹

Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (benzodiazepinas)

As benzodiazepinas revelaram ser o grupo farmacológico com mais PIMs identificados, num total de 61. Usualmente indicadas no tratamento da ansiedade e insónias, pertencentes ao grupo dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, aumentam os efeitos do GABA (ácido γ -aminobutírico), o principal neurotransmissor inibidor do sistema nervoso, sendo que a maior parte dos idosos toma estes fármacos por longos períodos de forma contínua, essencialmente por uma questão de hábito, sendo muito difícil retirar estes fármacos depois de muitos anos de utilização, porque causam dependência. As benzodiazepinas têm duração máxima de utilização de apenas 4 semanas para o tratamento da insónia e de 8 a 12 semanas para o tratamento da ansiedade, sendo notória a má utilização destes fármacos, acarretando consequências bastante nefastas para os idosos.⁴⁰

Dentro desta classe, os que se apresentaram em maior número foram, respetivamente, o alprazolam, o lorazepam, o diazepam, o mexazolam e o bromazepam. Sendo os idosos uma faixa mais vulnerável a efeitos indesejáveis, dado o aumento da sensibilidade dos recetores benzodiazepínicos e o aumento do tempo de semivida do fármaco, graças ao aumento de gordura corporal, as consequências do seu uso incluem, muito frequentemente em idosos, quedas, declínio cognitivo, abuso e dependência, dificuldade respiratória, *delirium* e reações psiquiátricas paradoxais (como, distúrbios do sono, ansiedade e agitação).⁴¹

Segundo a Lista PRISCUS 2.0, como alternativa terapêutica mais segura devem ser considerados os fármacos melatonina (psicoléptico – agonista do recetor da melatonina) e mirtazapina (psicofármaco – antidepressor)³⁰. Há evidências científicas que suportam que a redução ou remoção completa das benzodiazepinas tem um impacto muito positivo na saúde do idoso.⁴¹

Inibidores da bomba de protões

Seguindo-se às benzodiazepinas, surgem os IBP, com 52 PIMs identificados. Entre eles, destacam-se o pantoprazol, o esomeprazol, o omeprazol e o lansoprazol. Estes fármacos atuam através da inibição da H^+/K^+ ATPase pelo que, em elevadas doses, podem alterar o pH gástrico.⁴² Estudos recentes têm associado estes fármacos a alguns efeitos adversos em idosos, como aumento do risco de fraturas, dada a diminuição da absorção de cálcio e vitamina D, aumento do risco de infeção por *Clostridium difficile* e diminuição da absorção de vitaminas e minerais como vitamina B12 e ferro.^{42; 43; 44} Sendo esta faixa etária muito frequentemente

sujeita a polimedicação, é importante também salientar o aumento do risco de interações medicamentosas.⁴⁴

De acordo com a Norma da Direção-Geral de Saúde, que vai ao encontro das *guidelines* em vigor e à Lista PRISCUS 2.0, o uso prolongado de IBP é desaconselhado^{30; 45}, uma vez que somente algumas situações é que exigem o uso crónico e prolongado destes fármacos, nomeadamente a Doença de Refluxo Gastro-Esofágica (esofagite, esófago de Barrett), úlcera péptica com episódios recorrentes e a síndrome de Zollinger-Ellison.⁴⁵ Apenas estas condições justificam o uso de IBP por mais de 8 semanas, sendo que, para as restantes situações, a prescrição deve ser reavaliada após 4-8 semanas.⁴⁵ O seu uso poderá também estar recomendado aquando da utilização concomitante com AINEs ou corticoides ou, ainda, em situações de alto risco como a utilização simultânea de antitrombóticos, devido ao risco hemorrágico associado.

Como sugestão terapêutica, a Lista PRISCUS 2.0, aconselha o tratamento com IBP inferior a 8 semanas e quando necessário, o uso de famotidina (antagonistas dos recetores H₂).³⁰

Analgésicos estupefacientes

Dentro do grupo farmacoterapêutico dos analgésicos estupefacientes, foram reconhecidos 22 PIMs, em particular o tramadol, o tapentadol e a codeína.

Estes opióides estão fortemente associados ao aumento de risco de quedas e fraturas, nomeadamente da fratura da anca, afetando seriamente a mobilidade do idoso, pelo que não devem ser utilizados como primeira linha no tratamento da dor. O tramadol é o que assume mais risco, quando comprado com a codeína ou AINEs, no entanto, é visto como uma boa alternativa analgésica a este último grupo por não implicar tantos efeitos cardiovasculares e gastrointestinais.⁴⁶

De salientar que dado o seu metabolismo de fase I, o tramadol apresenta um grande potencial de toxicidade nos utentes idosos, sobretudo nos polimedicados, pelo que, acabam por ser uma escolha mais segura, mas igualmente desaconselhada, os que apenas sofrem metabolismo de fase 2, como o tapentadol.⁴⁷

Tal como este estudo confirmou, as benzodiazepinas apresentam-se como uma das classes farmacológicas mais prescritas, sendo que a sua utilização concomitante com opióides, em particular com o tramadol, pode provocar sedação, depressão respiratória, coma ou

morte, o que sustenta ainda mais fortemente o desaconselhamento destes fármacos para o tratamento da dor quando há outras opções viáveis.

Como alternativa terapêuticas mais seguras ao tapentadol e tramadol, a Lista PRISCUS 2.0 aconselha a tilidina (fármaco não comercializado em Portugal), não referindo nenhuma opção para a codeína.³⁰

Antieméticos e antivertiginosos

Com 17 PIMs identificados, encontram-se os antieméticos e antivertiginosos, de onde se destaca a beta-histina. É um modelador da histamina utilizado no tratamento de vertigem, zumbidos e perda de audição associados à Síndrome de Ménière que, dado não ter um mecanismo de ação completamente compreendido, é desaconselhado pela Lista PRISCUS 2.0 na terapêutica desta faixa etária, não apresentando alternativa farmacoterapêutica mais segura.³⁰

Anti-inflamatórios não esteroides

Dentro do grupo dos AINEs, identificam-se 13 PIMs, sendo eles o aceclofenac, diclofenac, ibuprofeno, dexcetoprofeno, acemetacina, etoricoxib e o naproxeno. O uso destes fármacos pelos idosos, juntamente com a polimedicação, tende a ser um risco para o aumento de interações medicamentosas e de RAMs. O seu uso contínuo, essencialmente pelos que apresentam outras comorbilidades, potencia o risco de complicações.

Os AINEs não seletivos da COX-2, neste caso o aceclofenac, o diclofenac, o ibuprofeno, o dexcetoprofeno, a acemetacina e o naproxeno, atuam através da inibição da COX, diminuindo a produção de prostaglandinas presentes na mucosa gastrointestinal, apresentando como complicações o aumento do risco de hemorragia gastrointestinal e de úlcera péptica em idosos.⁴⁸ Já os AINEs seletivos da COX-2, neste caso o etoricoxib, apesar de não afetar a mucosa gastrointestinal, potenciam o risco de efeitos cardiovasculares, aumentando o risco de enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e hipertensão arterial.⁴⁹

Assim, embora os diagnósticos não estejam contemplados na Lista PRISCUS 2.0, seria importante perceber se a prescrição destes fármacos é feita na presença de algumas das comorbilidades citadas, uma vez que, embora sejam considerados PIMs *per si*, a presença de

algumas patologias poderá ter um impacto negativo ainda mais significativo no aparecimento de resultados clínicos negativos.

Como terapêuticas alternativas ao aceclofenac, diclofenac, dexcetoprofeno, acemetacina e ao etoricoxib, é sugerido pela Lista PRISCUS 2.0 o uso de agentes tópicos ou de paracetamol. Ao ibuprofeno, uma vez que este é considerado PIM porque a dose é superior a 3 x 400 mg/dia e o tempo de uso excede 1 semana ou as 8 semanas caso seja utilizado em associação a IBP, é sugerida a redução de dose para inferior ou igual a 3 x 400 mg/dia e a redução do tempo de uso para o máximo de 1 semana ou de 8 semanas, caso seja utilizado em associação a IBP. Da mesma forma, ao naproxeno, uma vez que é considerado PIM pela elevada dose (superior a 2 x 250 mg/dia), e pelo tempo de uso exceder 1 semana ou as 8 semanas caso seja utilizado em associação a IBP, a alternativa farmacoterapêutica assenta na redução de dose para inferior ou igual a 2 x 250 mg/dia e a redução do tempo de uso para o máximo de 1 semana ou de 8 semanas caso seja utilizado em associação a IBP.³⁰

Antidepressores

O grupo que se segue é o dos antidepressores, no qual foram identificados 13 PIMs. Dentro deste destacam-se a amitriptilina, a maprotilina, a fluoxetina, a fluvoxamina, a paroxetina e a sertralina.

A amitriptilina e a maprotilina pertencem ao grupo dos antidepressivos tricíclicos, potentes inibidores da recaptção de noradrenalina e serotonina e fracos inibidores da recaptção da dopamina, não sendo recomendados para esta faixa etária por incluírem como reações adversas comuns o bloqueio de recetores colinérgicos periféricos (provocando efeitos como boca seca, obstipação, visão turva e taquicardia) e centrais (provocando agitação, sonolência, confusão e, em caso de altas doses, *delirium*), bem como o aumento do risco de quedas. Adicionalmente, apresentam uma extensa lista de interações medicamentosas, o que se torna um perigo em idosos polimedicados.⁵⁰

Já a fluoxetina, a fluvoxamina e a paroxetina pertencem ao grupo dos inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS). Dos efeitos mais comuns salientam-se náuseas, vômitos, diarreia, ansiedade, agitação, cefaleias, disfunção sexual (resultado da própria inibição de recaptção de serotonina), e a hiponatremia, muito problemática em idosos por aparentar indícios de declínio cognitivo, quando na verdade se trata de um desequilíbrio hidroeletrólítico. A fluvoxamina e a paroxetina potenciam o risco de mortalidade, quedas e fraturas, sendo que

a paroxetina apresenta também marcados efeitos anticolinérgicos. A fluoxetina acarreta um maior risco de efeitos cardiovasculares (bradicardia, arritmias e hipotensão ortostática).⁵¹

Como terapêuticas alternativas, é sugerido pela Lista PRISCUS 2.0, a utilização de citalopram (dado o seu tempo de semivida mais curto, o menor risco de interações medicamentosas e o facto de existirem mais estudos em idosos) ou de mirtazapina (por apresentar menos interações medicamentosas e um menor risco de efeitos cardiovasculares, nomeadamente de arritmias).³⁰

A sertralina é um ISRS, que aparece classificada como PIM por estar a ser usada em alta dosagem (>100mg/dia). Esta dose, em idosos, aumenta o risco de hiponatremia, resultado de uma síndrome de secreção inapropriada de hormona antidiurética (SIHAD). Os sintomas mais comuns incluem cefaleias, dificuldades de concentração, falta da memória, confusão, fraqueza e instabilidade, o que pode conduzir a quedas. Como alternativa terapêutica, é recomendado pela Lista PRISCUS 2.0, a redução da dose.³⁰

Anti-hipertensores

Com 11 PIMs identificados, surge o grupo farmacoterapêutico dos anti-hipertensores, de onde se destacam o bloqueador beta não seletivo propranolol e o diurético poupador de potássio espironolactona.

O propranolol pertence à classe dos bloqueadores beta-adrenérgicos não seletivos, pelo que há risco de aumento da depressão respiratória, de agravamento da insuficiência cardíaca, de hipoglicemia e de hipercalemia. Como alternativa farmacoterapêutica é recomendado pela Lista PRISCUS 2.0 a utilização de bloqueadores beta-adrenérgicos cardioseletivos, como o atenolol e o nebivolol.³⁰

Já a espironolactona é um diurético poupador de potássio considerado PIM pela dose utilizada (>25 mg/dia), por aumentar o risco de hiponatremia e de hipercalemia em idosos. Como alternativa é recomendado pela Lista PRISCUS 2.0 a redução de dose para < 25mg/dia, sendo crucial a monitorização rotineira dos parâmetros.³⁰

Antipsicóticos

Relativamente ao grupo dos antipsicóticos, com 7 PIMs identificados, destacam-se a quetiapina, a risperidona, a olanzapina e a amissulprida.

De acordo com a Lista PRISCUS 2.0 a quetiapina só é considerada PIM quando a sua dose é > 100 mg/dia, por um período superior a 6 semanas, isto porque o seu perfil de benefício-risco torna-se desvantajoso para o tratamento da doença, aumentando o risco de acidente vascular cerebral (AVC) e de mortalidade. A alternativa terapêutica assenta na redução da dose para <100 mg/dia e de tempo para < 6 semanas. Do mesmo modo, também a risperidona é considerada PIM pelo seu período de utilização ser > 6 semanas, apresentando um perfil de benefício-risco prejudicial, igualmente com risco de AVC e de mortalidade aumentados. A alternativa farmacoterapêutica consiste na redução do tempo de utilização para um prazo máximo de 6 semanas.³⁰

A olanzapina e a amisulprida assumem os mesmos riscos dos anteriores, pelo que o seu uso deve ser limitado aos casos em que as opções não farmacológicas tenham fracassado.⁵² Como alternativa farmacoterapêutica, segundo a Lista PRISCUS 2.0 pode ser utilizada risperidona pelo máximo de 6 semanas.³⁰

Anti-arrítmicos

No grupo dos anti-arrítmicos, com 5 PIMs identificados, encontram-se a flecainida e a propafenona, fármacos bloqueadores do canal de Na⁺, usados para o tratamento da fibrilhação auricular (FA). Estes encontram-se associados a uma alta taxa de reações adversas, em particular de efeitos pró-arrítmicos, como taquicardia ventricular, alargamento do complexo QRS, bradicardia sintomática, palpitações sem arritmia documentada e prolongamento isolado do intervalo QT. De salientar que a incidência destes efeitos é mais elevada na flecainida do que na propafenona.⁵³

Como alternativa farmacoterapêutica, segundo a Lista PRISCUS 2.0 podem ser utilizados bloqueadores beta-adrenérgicos, ou a amiodarona, conforme a indicação farmacoterapêutica.³⁰

Antidiabéticos orais

A gliclazida, do grupo dos antidiabéticos orais, foi o único PIM identificado. Dado o elevado risco de hipoglicemia que revela para os idosos, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda como alternativa terapêutica a utilização de metformina ou de um inibidor da DPP-4, como a sitagliptina.³⁰

Antiespasmódicos

Já nos antiespasmódicos, foi identificada como PIM a mebeverina, assim classificada dadas as suas propriedades anticolinérgicas que podem causar inúmeras reações adversas, a nível periférico (diminuição da motilidade intestinal, secura ocular, visão turva, xerostomia, aumento da frequência cardíaca) e a nível do sistema nervoso central (tonturas, dificuldades de concentração, perda de memória e confusão). Como alternativa farmacológica, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda o uso de medidas não farmacológicas ou de *psyllium*.³⁰

Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas

Neste grupo insere-se a *ginkgo biloba*, o único PIM identificado. Em idosos, além das reações adversas comuns, como dor abdominal, diarreia e tonturas, é importante referir a redução significativa da viscosidade do sangue que induzem, graças ao seu efeito no fator de agregação,⁵⁴ o que pode implicar interações com antiagregantes, também muito utilizados por esta população. As consequências cardiovasculares podem também estar presentes, sendo as mais comuns: arritmias, insuficiência cardíaca aguda e paragem cardíaca. Segundo a Lista PRISCUS 2.0, é mais segura a utilização de memantina.³⁰

Vasodilatadores

No grupo farmacoterapêutico dos vasodilatadores, com 4 PIMs identificados, apresentam-se a nicergolina e a pentoxifilina.

A pentoxifilina apresenta um perfil benefício-risco desfavorável em idosos por potenciar a hipotensão, as tonturas, e o risco de queda, sendo mais seguro, segundo a Lista PRISCUS 2.0, o uso de memantina ou de ácido acetilsalicílico, mediante o objetivo terapêutico, e ainda medidas não farmacológicas como treino de memória e caminhadas.³⁰

A nicergolina, à semelhança da pentoxifilina, também apresenta um perfil benefício-risco desfavorável em idosos, dada a polimedicação a que a maior parte se encontra sujeita e às alterações fisiológicas consequentes do envelhecimento. Como alternativa terapêutica, é recomendado o uso de memantina.³⁰

Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (imidazopiridinas)

Na classe das imidazopiridinas, o único fármaco identificado como PIM foi o zolpidem, assim considerado porque, em idosos, pode causar graves alterações no domínio do equilíbrio, bem como aumentar o risco de quedas, fraturas e lesões.⁵⁵ Como alternativa terapêutica, é recomendado pela Lista PRISCUS 2.0 o uso de melatonina, mirtazapina ou de valeriana, o que for mais adequado ao utente.³⁰

Medicamentos usados na incontinência urinária

Neste grupo destaca-se como PIM o cloreto de tróspio, um fármaco anticolinérgico que acarreta inúmeras consequências para o idoso, como a deterioração cognitiva e o aumento do risco de quedas e fraturas. Sem opção farmacológica mais segura, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda a adoção de medidas não farmacológicas³⁰ – modificações no estilo de vida, retreinamento vesical e fortalecimento da musculatura pélvica.

Antiepiléticos e anticonvulsivantes

Dentro do grupo dos antiepiléticos e anticonvulsivantes, destacam-se o fenobarbital e a primidona.

O fenobarbital é considerado como PIM principalmente pelos problemas de coordenação e de equilíbrio que apresenta para os idosos, sendo importante haver uma contínua monitorização.⁵⁶ Já a primidona, dada a reduzida função hepática e renal da população idosa, é considerada PIM pela maior probabilidade de apresentar reações adversas nestes utentes. Em idosos, ambos os fármacos podem levar a ataxia, comprometer a função psicomotora, síncope e a quedas. Como alternativas terapêuticas, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda o uso de lamotrigina ou de valproato.³⁰

Modificadores da motilidade gastrointestinal

Dentro do grupo farmacoterapêutico dos modificadores da motilidade gastrointestinal, destacam-se 2 PIMs – a metoclopramida e a domperidona.

A metoclopramida é um fármaco com propriedades antieméticas, pode implicar efeitos neurológicos, como distúrbios extrapiramidais de curta duração (movimentos involuntários musculares) e discinesia tardia (movimentos incontrolláveis como esgares ou espasmos,

regularmente revelados em idosos). É aconselhado um tratamento limitado, apenas em situações agudas (máximo de 5 dias), e não um tratamento crónico.⁵⁷ A domperidona é igualmente um fármaco com propriedades antieméticas considerado PIM pelo risco aumentado de arritmias ventriculares graves e morte cardíaca súbita, em idosos.

Como alternativas farmacoterapêuticas, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda preparações à base de plantas ou o uso de setrons (antagonistas 5-HT₃), como o ondansetrom.³⁰

Cardiotónicos

Quanto aos cardiotónicos, a digoxina foi o único fármaco identificado como PIM. O elevado risco de intoxicação e o aumento da sensibilidade a glicosídeos em idosos comprometem o seu seguro uso. Importante realçar que este risco advém do facto da função renal estar muitas vezes afetada nos idosos, sendo a principal via de eliminação deste fármaco a renal, aumentando assim a sua concentração plasmática e o risco de intoxicação. Como alternativa terapêutica, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda a substituição por bloqueadores β ou por digitoxina.³⁰

Anti-histamínicos HI não sedativos

A ebastina foi o único PIM identificado neste grupo. Este fármaco apesar de não apresentar efeitos adversos anticolinérgicos, continua a ser um risco em idosos dada a falta de estudos nesta população, sendo aconselhado pela Lista PRISCUS 2.0 o uso de cetirizina ou loratadina, em detrimento da ebastina.³⁰

Analgésicos e antipiréticos

Em relação aos analgésicos e antipiréticos, foi reconhecido como PIM o ácido acetilsalicílico quando utilizado para essa indicação terapêutica. Os idosos sofrem de uma maior suscetibilidade aos efeitos tóxicos dos salicilatos, o que pode causar vómitos, confusão, hipertermia, alcalose respiratória, acidose metabólica e a insuficiência de vários órgãos. Como opção mais segura, a Lista PRISCUS 2.0 aconselha o uso de paracetamol.³⁰

Antiasmáticos e broncodilatadores

Dentro deste grupo inclui-se a aminofilina. Considerada como PIM porque em idosos, dadas as complicações inerentes ao envelhecimento, a polimedicação e o número de doenças a eles usualmente associadas, este fármaco exige uma série de advertências e precauções especiais de utilização, bem como uma monitorização das concentrações de teofilina, graças à potencial diminuição da depuração deste fármaco. Como alternativas mais seguras, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda o uso de salbutamol, corticosteróides, simpatomiméticos beta-2 de ação prolongada (LABA) ou de antagonistas muscarínicos de ação prolongada (LAMA), por via inalatória, escolha que dependerá da indicação clínica.

Antiparkinsónicos

Quanto aos antiparkinsónicos, foi identificado como PIM o pramipexol. Trata-se de um fármaco agonista dopaminérgico, pelo que podem resultar da sua utilização náuseas, vómitos, hipercinesia, alucinações, agitação e hipotensão. Como alternativa terapêutica, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda a substituição por levodopa ou ropinirol.³⁰

Estrogénios e progestagénios

A tibolona foi o fármaco identificado nesta categoria, uma vez que se trata de um estrogénio oral. Além do potencial carcinogénico (cancro da mama e do endométrio) e do nulo efeito cardioprotetor e cognitivo em idosos, transversais a todas as vias de administração,⁴⁸ este fármaco, quando utilizado por via oral, encontra-se também associado a um maior risco de tromboembolismo venoso.⁵⁸ Como alternativas terapêuticas, a Lista PRISCUS 2.0 recomenda o uso de estrogénios por via vaginal ou de Cohosh preto.³⁰

Laxantes de contacto

Por último, enquadrado no grupo dos laxantes de contacto, encontra-se identificado como PIM o sene. Um laxante que estimula seletivamente o peristaltismo do intestino grosso, considerado como inadequado dado o tempo de uso ultrapassar uma semana. A sua indiscriminada utilização por longos períodos pode causar habituação e alterações na função intestinal. A Lista PRISCUS 2.0 recomenda a sua utilização até ao máximo de uma semana, ou em casos crónicos, a sua substituição pelo macrogol.³⁰

2.5. Limitações

Ao longo da realização e análise deste estudo, identificaram-se várias limitações.

Primeiramente, a questão do tamanho da amostra. Com apenas 137 idosos, torna-se impossível a sua extrapolação para toda a população, sendo para isso necessária uma amostra de maiores dimensões. Ainda assim, o facto de terem sido incluídas 5 farmácias no total, permitiu uma maior abrangência de tendências de prescrição, ajudando nas conclusões acerca da prevalência de PIMs em idosos.

Outra limitação assenta no facto de a Lista PRISCUS 2.0 ter sido criada para a população alemã, pelo que o uso de fármacos e os padrões de prescrição podem variar da população portuguesa, sendo exemplo disso os 35 fármacos incluídos como PIMs que não se encontram autorizados em Portugal, como a alizaprida, a ranitidina, a gliquidona e o pindolol.

Por fim, a Lista PRISCUS 2.0 não considera as sobprescrições, subprescrições, duplicações, interações medicamentosas, entre outros problemas, o que sustenta outra limitação deste estudo, tendo em conta que a prescrição potencialmente inapropriada engloba todos estes fatores.

3. Conclusão

Em suma, o presente estudo identificou e quantificou quais os PIMs a que uma população de idosos portugueses, que se dirigiram a 5 farmácias comunitárias da região centro de Portugal, mais estão sujeitos. Estes medicamentos podem representar um risco para a ocorrência de efeitos adversos e maior morbimortalidade em idosos, havendo frequentemente alternativas mais seguras, com um equilíbrio mais favorável entre a efetividade e o risco terapêutico.

A Lista PRISCUS 2.0 permitiu de forma clara identificar a medicação potencialmente inapropriada presente na terapêutica dos idosos incluídos no estudo, sugerindo, sempre que possível, alternativas terapêuticas. Uma ferramenta que não é uma “lista de substâncias proibidas”, mas sim um auxílio na avaliação individual de benefício-risco, prometendo melhorar a segurança e aumentar a adesão aos princípios da farmacoterapia em idosos.

Os PIMs que mais se destacaram na população incluída foram as benzodiazepinas e os IBPs, o que sugere que há ainda muito a fazer para reduzir a prescrição destas classes farmacológicas nos idosos. Deve, pois, incentivar-se e desenhar-se estratégias para a desprescrição destes fármacos, segundo protocolos validados.

Os resultados obtidos comprovaram que a Lista PRISCUS 2.0 apresenta uma fácil e direta aplicabilidade, baseando-se apenas no perfil farmacoterapêutico do utente. Por não impor o conhecimento de informação clínica detalhada, pode ser utilizada em farmácia comunitária, onde a informação detalhada é escassa, ou mesmo inexistente. É de notar a importância de investir no uso destas ferramentas, não unicamente pelo farmacêutico, mas por todos os profissionais de saúde, de modo a otimizar e melhorar a farmacoterapia geriátrica.

Como perspetivas futuras, e tendo em conta a recente publicação desta lista, são agora necessários mais estudos de validação da mesma, nomeadamente estudos que comprovem a sua associação com *outcomes* clínicos relevantes.

Referências bibliográficas

1. BOCCARDI, Virginia - **Population Ageing: The Need for a Care Revolution in a World 2.0. Geriatrics** (Basel, Switzerland). ISSN 2308-3417. 4:3 (2019). doi: 10.3390/GERIATRICS4030047.
2. WEIL, David N. - **Population Aging**. Cambridge, MA. (2006). doi: 10.3386/W12147.
3. NATIONS DEPARTMENT OF ECONOMICS, United; AFFAIRS POPULATION DIVISION, Social - **World Population Ageing 2020 Highlights**. (2020).
4. COSTA, Filipa Alves Da *et al.* - **Potentially inappropriate medications in a sample of Portuguese nursing home residents: Does the choice of screening tools matter?** International journal of clinical pharmacy. ISSN 2210-7711. 38:5 (2016) 1103–1111. doi: 10.1007/S11096-016-0337-Y.
5. CHANG, Angela Y. *et al.* - **Measuring population ageing: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017**. The Lancet. Public health. ISSN 2468-2667. 4:3 (2019) e159–e167. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30019-2.
6. TORREJÓN, Juan Carlos Montero; CARRANZA, Joaquín Herrera - **Aspectos farmacoterapéuticos en el paciente mayor**. Parte I. Revista de la O.F.I.L. 12:2 (2002) 39–51.
7. GORZONI, Milton Luiz *et al.* - **Resumo Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos**
8. AWAD, Abdelmoneim; AL-OTAIBI, Haya; AL-TAMIMI, Sara - **Prescribing Practices in Geriatric Patients with Cardiovascular Diseases**. International journal of environmental research and public health. ISSN 1660-4601. 20:1 (2022). doi: 10.3390/IJERPH20010766.
9. ONU Portugal - **Envelhecimento - Nações Unidas** [Em linha] [Consult. 19 jan. 2023]. Disponível em WWW: <URL:https://unric.org/pt/envelhecimento/>.
10. BALLENTINE, Noel H. - **Polypharmacy in the elderly: maximizing benefit, minimizing harm**. Critical care nursing quarterly. ISSN 0887-9303. 31:1 (2008) 40–45. doi: 10.1097/01.CNQ.0000306395.86905.8B.

11. FULTON, Maryann M.; ALLEN, Elizabeth Riley - **Polypharmacy in the elderly: a literature review.** Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. ISSN 1041-2972. 17:4 (2005) 123–132. doi: 10.1111/j.1041-2972.2005.0020.X.
12. KUIJPERS, Mascha A. J. *et al.* - **Relationship between polypharmacy and underprescribing.** British journal of clinical pharmacology. ISSN 1365-2125. 65:1 (2008) 130–133. doi: 10.1111/j.1365-2125.2007.02961.X.
13. PAGE, Robert L. *et al.* - **Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: defining the problem, evaluation tools, and possible solutions.** Clinical interventions in aging. ISSN 1178-1998. 5:1 (2010) 75–87. doi: 10.2147/CIA.S9564.
14. GOMES, Daniel *et al.* - **Adverse Drug Reactions and Potentially Inappropriate Medication in Older Patients: Analysis of the Portuguese Pharmacovigilance Database.** Journal of Clinical Medicine. ISSN 20770383. 11:8 (2022). doi: 10.3390/jcm11082229.
15. SCOTTISH GOVERNMENT - **Polypharmacy Guidance, Realistic Prescribing** [Em linha]. 3rd. ed. [Consult. 2 fev. 2023]. Disponível em WWW: <URL:<https://www.therapeutics.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/04/Polypharmacy-Guidance-2018.pdf>>.
16. KAUFMANN, Carole P. *et al.* - **Inappropriate prescribing: a systematic overview of published assessment tools.** European journal of clinical pharmacology. ISSN 1432-1041. 70:1 (2014) 1–11. doi: 10.1007/S00228-013-1575-8.
17. MOHAMED, Mostafa R. *et al.* - **Association of polypharmacy and potential drug-drug interactions with adverse treatment outcomes in older adults with advanced cancer.** Cancer. ISSN 1097-0142. 2023). doi: 10.1002/CNCR.34642.
18. SPINEWINE, Anne *et al.* - **Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised?** Lancet (London, England). ISSN 1474-547X. 370:9582 (2007) 173–184. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61091-5.
19. JANG, Suhyun *et al.* - **Association of potentially inappropriate medications and need for long-term care among older adults: a matched cohort study.** BMC geriatrics. ISSN 1471-2318. 22:1 (2022) 972. doi: 10.1186/S12877-022-03681-5.
20. MONTEIRO, Cristina *et al.* - **Medication Evaluation in Portuguese Elderly Patients According to Beers, STOPP/START Criteria and EU(7)-PIM List - An**

Exploratory Study. Patient preference and adherence. ISSN 1177-889X. 14:2020) 795–802. doi: 10.2147/PPA.S247013.

21. HAZEN, Ankie C. M. *et al.* - **Non-dispensing pharmacists' actions and solutions of drug therapy problems among elderly polypharmacy patients in primary care.** Family practice. ISSN 1460-2229. 36:5 (2019) 544–551. doi: 10.1093/FAMPRA/CMY114.
22. SPINEWINE, Anne *et al.* - **Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised?** Lancet (London, England). ISSN 1474-547X. 370:9582 (2007) 173–184. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61091-5.
23. AKANDE-SHOLABI, Wuraola; FAFEMI, Adeola - **Potentially inappropriate medication use in the elderly: physicians' and hospital pharmacists knowledge, practice, confidence, and barriers.** Journal of pharmaceutical health care and sciences. ISSN 2055-0294. 8:1 (2022). doi: 10.1186/S40780-022-00267-6.
24. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **Orientações para a Revisão da Medicação** (2021).
25. GALÁN RETAMAL, Carmen *et al.* - **Prevalencia de medicación potencialmente inapropiada en pacientes ancianos hospitalizados utilizando criterios explícitos.** Farmacia Hospitalaria. ISSN 21718695. 38:4 (2014) 305–316. doi: 0.7399/FH.2014.38.4.1148.
26. HANLON, Joseph T.; SCHMADER, Kenneth E. - **The Medication Appropriateness Index: A Clinimetric Measure.** Psychotherapy and Psychosomatics. ISSN 0033-3190. 91:2 (2022) 78–83. doi: 10.1159/000521699.
27. RIBEIRO, Andréia Queiroz *et al.* - **Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis.** Ciência & Saúde Coletiva. ISSN 1413-8123. 10:4 (2005) 1037–1045. doi: 10.1590/S1413-81232005000400026.
28. RENOM-GUITERAS, Anna; MEYER, Gabriele; THÜRMAN, Petra A. - **The EU(7)-PIM list: a list of potentially inappropriate medications for older people consented by experts from seven European countries.** European journal of clinical pharmacology. ISSN 1432-1041. 71:7 (2015) 861–875. doi: 10.1007/S00228-015-1860-9.
29. NOVAES, Priscila Horta *et al.* - **Comparison of four criteria for potentially inappropriate medications in Brazilian community-dwelling older adults.**

Geriatrics & gerontology international. ISSN 1447-0594. 17:10 (2017) 1628–1635. doi: 10.1111/GGI.12944.

30. MANN, Nina-Kristin *et al.* - **Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0 - first update of the PRISCUS list.** Deutsches Ärzteblatt international. (2023). doi: 10.3238/arztebl.m2022.0377.

31. HEFNER, Gudrun *et al.* - **Potentially inappropriate medication in older psychiatric patients.** European journal of clinical pharmacology. ISSN 1432-1041. 77:3 (2021) 331–339. doi: 10.1007/S00228-020-03012-WV.

32. HOLT, Stefanie; SCHMIEDL, Sven; THÜRMAN, Petra A. - **Potenziell inadäquate medikation für ältere menschen: Die PRISCUS-liste.** Deutsches Ärzteblatt. ISSN 00121207. 107:31–32 (2010) 543–551. doi: 10.3238/arztebl.2010.0543.

33. AMANN, Ute; SCHMEDT, Niklas; GARBE, Edeltraut - **Ärztliche Verordnungen von potenziell inadäquater Medikation bei Älteren: Eine Analyse basierend auf der PRISCUS-Liste.** Deutsches Ärzteblatt International. ISSN 18660452. 109:5 (2012) 69–75. doi: 10.3238/arztebl.2012.0069.

34. RUDOLF, Henrik *et al.* - **Reduction of Potentially Inappropriate Medication in the Elderly: Results of a Cluster-Randomized, Controlled Trial in German Primary Care Practices (RIME).** Deutsches Ärzteblatt International. ISSN 18660452. 118:51–52 (2021) 875. doi: 10.3238/ARZTEBL.M2021.0372.

35. THIEM, Ulrich *et al.* - **Reduction of potentially inappropriate medication in the elderly: design of a cluster-randomised controlled trial in German primary care practices (RIME).** Therapeutic Advances in Drug Safety. ISSN 20420994. 12:2020). doi: 10.1177/2042098620918459.

36. PRIMEJDIE, Daniela Petruta; BOJITA, Marius Traian; POPA, Adina - **Potentially inappropriate medications in elderly ambulatory and institutionalized patients: An observational study.** BMC Pharmacology and Toxicology. ISSN 20506511. 17:1 (2016). doi: 10.1186/s40360-016-0081-x.

37. LEVINE, Allison M. P. *et al.* - **Pharmacist Identification of Medication Therapy Problems Involving Cognition Among Older Adults Followed by a Home-Based Care Team.** Drugs and Aging. ISSN 11791969. 38:2 (2021) 157–168. doi: 10.1007/s40266-020-00821-7.

38. LOCKERY, Jessica E. *et al.* - **Prescription Medication Use in Older Adults Without Major Cardiovascular Disease Enrolled in the Aspirin in Reducing Events in the Elderly (ASPREE) Clinical Trial.** *Pharmacotherapy*. ISSN 18759114. 40:10 (2020) 1042–1053. doi: 10.1002/phar.2461.
39. LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra L. G. - **Inappropriate prescribing in older persons: A systematic review of medications available in different criteria.** *Archives of Gerontology and Geriatrics*. ISSN 18726976. 68:2017) 55–61. doi: 10.1016/j.archger.2016.09.003.
40. DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE - **Abordagem Terapêutica da Ansiedade e Insónia Médicos do Sistema Nacional de Saúde** - [Em linha] [Consult. 02 ago. 2023]. Disponível em WWW: <URL:www.dgs.pt>.
41. AIRAGNES, Guillaume *et al.* - **Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management.** *Current Psychiatry Reports*. ISSN 15351645. 18:10 (2016). doi: 10.1007/s11920-016-0727-9.
42. LI, Min *et al.* - **Proton pump inhibitor use and risk of dementia: Systematic review and meta-analysis.** *Medicine (United States)*. ISSN 15365964. 98:7 (2019). doi: 10.1097/MD.00000000000014422.
43. CHINZON, Decio *et al.* - **Safety of long-term proton pump inhibitors: facts and myths.** *Arquivos de Gastroenterologia*. ISSN 16784219. 59:2 (2022) 219–225. doi: 10.1590/S0004-2803.202202000-40.
44. KANNO, Takeshi; MOAYYEDI, Paul - **Proton Pump Inhibitors in the Elderly, Balancing Risk and Benefit: an Age-Old Problem.** *Current Gastroenterology Reports*. ISSN 1534312X. 21:12 (2019). doi: 10.1007/s11894-019-0732-3.
45. AFONSO HENRIQUES, Alameda D. - **Supressão Ácida: Utilização dos Inibidores da Bomba de Protões e das suas Alternativas Terapêuticas** [Em linha] [Consult. 03 ago. 2023]. Disponível em WWW: <URL:www.dgs.pt>.
46. WEI, Jie *et al.* - **Association of Tramadol Use With Risk of Hip Fracture.** *Journal of Bone and Mineral Research*. ISSN 15234681. 35:4 (2020) 631–640. doi: 10.1002/jbmr.3935.

47. RIBEIRO, Hugo *et al.* - **Opioides em ambulatório na dor não oncológica: uma revisão sobre os desafios da farmacologia no envelhecimento.** Revista Portuguesa de Clínica Geral. ISSN 21825173. 37:3 (2021) 233–241. doi: 10.32385/rpmgf.v37i3.12852.
48. OLIVEIRA, Márcio Galvão *et al.* - **Consensus of potentially inappropriate medication for elderly people.** Geriatrics, Gerontology and Aging. ISSN 24472115. 10:4 (2017) 168–181. doi: 10.5327/Z2447-211520161600054.
49. BATLOUNI, Michel - **Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: Cardiovascular, Cerebrovascular and Renal Effects**
50. GRÜTZMANN FAUSTINO, Christine; ARRUDA MARTINS, Milton DE; JACOB-FILHO, Wilson - **Potentially inappropriate medication prescribed to elderly outpatients at a general medicine unit**
51. SCALCO Z, Mônica - **Depression treatment of elderly patients using tricyclics, MAOI, SSRI, and other antidepressants.** Rev Bras Psiquiatr. (2002) 55–63.
52. ASSATO, Cíntia Pincelli; BORJA-OLIVEIRA, Caroline Ribeiro - **Psicofármacos Potencialmente Inapropriados Para Idosos.** (2015).
53. KOVACS, Boldizsar *et al.* - **Medical therapy with flecainide and propafenone in atrial fibrillation: Long-term clinical experiencin the tertiary care setting.** Cardiology Journal. ISSN 1898018X. 30:1 (2023) 82–90. doi: 10.5603/CJ.a2022.0116.
54. SANTOS, R. F. *et al.* - **Cognitive Performance, SPECT, and Blood Viscosity in Elderly Non-dementec People Using Ginkgo Biloba**
55. TAVARES, Guilherme *et al.* - **Cognitive and balance dysfunctions due to the use of zolpidem in the elderly: A systematic review.** Dementia e Neuropsychologia. ISSN 19805764. 15:3 (2021) 396–404. doi: 10.1590/1980-57642021dn15-030013.
56. ANDRADE, Kaio Vinicius Freitas De; SILVA FILHO, Cintya Da; JUNQUEIRA, Letícia Lima - **Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: Um estudo transversal em instituição psiquiátrica.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. ISSN 19820208. 65:2 (2016) 149–154. doi: 10.1590/0047-2085000000116.
57. INFARMED I.P, - **Circular Informativa: Metoclopramida - alteração das recomendações de utilização [Em linha] [Consult. 04 ago. 2023].** Disponível em WWW: <URL:www.infarmed.pt>.

58. VINOGRADOVA, Yana; COUPLAND, Carol; HIPPISEY-COX, Julia - **Use of hormone replacement therapy and risk of venous thromboembolism: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases.** *BMJ (Online)*. ISSN 17561833. 364:2019). doi: 10.1136/bmj.k4810.

ANEXO I

Protocolo de revisão do uso de medicamentos

I. Ficha do utente



MUR nº _____

Revisão do Uso dos Medicamentos (MUR) _____ Data da Consulta MUR: ___/___/_____

Iniciais do Utente: _____ Data de Nascimento: ___/___/_____

Sexo: M (M) F (F) _____ Contacto: _____

Unidade Cuidados de Saúde Primários: _____ Nome do Médico de Família: _____

Estilo de Vida: Fumador: S (S) N (N) _____ Consumo excessivo de álcool: S (S) N (N) _____

Intolerâncias/alergias: _____

Duração da Consulta (min.): _____ Motivo(s) de inclusão: _____

Comentários:

MUR nº _____

Nome (DCI)	Informação sobre o medicamento						Informação do utente				
	Classificação quanto à dispensa	Dosagem	Forma farmacêutica	Via administração	Posologia utilizada	Posologia prescrita	Há quanto tempo toma (anos)	Toma o medicamento conforme lhe foi prescrito/RCM	Sabe para que serve o medicamento	Precisa de mais informação sobre o uso do medicamento	Reporta efeitos adversos
								Sim(1); Não(0)	Sim(1); Não(0)	Sim(1); Não(0)	Sim(1); Não(0)
Comentários adicionais:											

2. Questionário MAUQ

MUR nº _____

Questionário MAUQ

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas à sua doença e aos medicamentos que toma para a controlar. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de Resposta:

1 - Discordo totalmente

5 - Concordo ligeiramente

2 - Discordo moderadamente

6 - Concordo moderadamente

3 - Discordo ligeiramente

7 - Concordo totalmente

4 - Não discordo nem concordo

Questionário MAUQ

Discordo
totalmente → Concordo
totalmente

3	Sinto-me melhor ao tomar a medicação todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
5	Se eu tomar a minha medicação todos os dias, acredito que a minha doença está sob controlo	1	2	3	4	5	6	7
7	As vantagens de tomar a medicação pesam mais do que as desvantagens	1	2	3	4	5	6	7
9	Quando a minha doença está sob controlo na consulta médica, eu quero tomar menos medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
13	Não gosto de tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
14	Tenho medo dos efeitos secundários	1	2	3	4	5	6	7
16	Penso que não é saudável para o organismo tomar medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
20	Tenho o cuidado de fazer exercício suficiente para cuidar da minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
21	Faço uma alimentação saudável para cuidar da minha saúde	1	2	3	4	5	6	7
22	Evito comportamentos que podem prejudicar a minha saúde (ex. tabaco, álcool)	1	2	3	4	5	6	7
23	Às vezes não tenho a certeza se tomei os meus medicamentos	1	2	3	4	5	6	7
24	Tenho uma vida agitada; é por isso que às vezes me esqueço de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
26	Durante as férias, ou fins de semana, às vezes esqueço-me de tomar a minha medicação	1	2	3	4	5	6	7
35	Penso que contribuo para uma melhoria da minha doença quando tomo os medicamentos todos os dias	1	2	3	4	5	6	7
36	Acho difícil cumprir o meu esquema diário de toma de medicação	1	2	3	4	5	6	7
39	Reúno informação sobre as possibilidades de resolver problemas de saúde	1	2	3	4	5	6	7

3. Questionário BMQ

MUR nº _____

Questionário BMQ

Em seguida são apresentadas algumas afirmações relativas às suas crenças sobre a medicação. Por favor, leia cada uma das seguintes frases e faça um círculo à volta dos números à frente de cada afirmação, de acordo com o grau em que concorda ou discorda com a frase.

Não há respostas certas ou erradas. É na sua opinião que estamos interessados.

Escala de resposta:

1 - Discordo completamente

2 - Discordo

3 - Não tenho a certeza

4 - Concordo

5 - Concordo completamente

BMQ - Questionário acerca das crenças específicas sobre o medicamento						
	Opinião sobre os medicamentos que lhe foram receitados:	discordo completamente	discordo	não tenho a certeza	concordo	concordo completamente
N2	A minha vida seria impossível sem estes medicamentos	1	2	3	4	5
C4	Estes medicamentos perturbam a minha vida	1	2	3	4	5
N1	Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos	1	2	3	4	5
C2	Às vezes, preocupo-me com os efeitos a longo prazo destes medicamentos	1	2	3	4	5
N4	A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos	1	2	3	4	5
C6	Estes medicamentos dão-me desagradáveis efeitos secundários	1	2	3	4	5
N3	Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente	1	2	3	4	5
C5	Às vezes, preocupo-me em ficar demasiado dependente destes medicamentos	1	2	3	4	5
N5	Estes medicamentos protegem-me de ficar pior	1	2	3	4	5
C1	Preocupa-me ter de tomar estes medicamentos.	1	2	3	4	5
C3	Estes medicamentos são um mistério para mim	1	2	3	4	5

ANEXO II

Fármacos identificados como PIM dentro de cada grupo farmacoterapêutico com a respetiva alternativa proposta pela Lista PRISCUS 2.0

Ansiosítos, Sedativos e Hipnóticos (Benzodiazepinas)

Número	Fármaco	Alternativa
22	Alprazolam	Melatonina, Mirtazapina, Valeriana
13	Lorazepam	
11	Diazepam	Melatonina, Mirtazapina
5	Mexazolam	
3	Bromazepam	Melatonina, Mirtazapina, Valeriana
2	Clorazepato dipotássico	Melatonina, Mirtazapina
2	Oxazepam	Melatonina, Mirtazapina, Valeriana
1	Cetazolam	
1	Estazolam	
1	Loprazolam	

Inibidores da Bomba de Protões

Número	Fármaco	Alternativa
21	Pantoprazol (> 8 semanas)	IBP (< 8 semanas) Quando indicado, Famotidina
14	Esomeprazol (> 8 semanas)	
14	Omeprazol (> 8 semanas)	
3	Lansoprazol (> 8 semanas)	

Analgésicos Estupefacientes

Número	Fármaco	Alternativa
15	Tramadol	Tilidina, outros opióides
4	Tapentadol	
3	Codeína	Sem alternativa

Antieméticos e Antivertiginosos

Número	Fármaco	Alternativa
17	Beta-histina	Sem alternativa

Antidepressores

Número	Fármaco	Alternativa
6	Fluoxetina	Citalopram, Mirtazapina
2	Amitriptilina	
2	Paroxetina	
1	Maprotilina	
1	Fluvoxamina	
1	Sertralina (>100 mg/dia)	Sertalina (<100mg/dia)

Anti-inflamatórios Não Esteróides

Número	Fármaco	Alternativa
3	Ibuprofeno (> 3 × 400 mg/dia, > 1 semana ou > 3 × 400 mg/dia, com IBP > 8 semanas)	Ibuprofeno (≤ 3 × 400 mg/dia, ≤ 1 semana ou ≤ 3 × 400 mg/dia, com IBP ≤ 8 semanas)
2	Acemetacina	Agentes tópicos, Paracetamol
2	Diclofenac	
2	Etoricoxib	
2	Naproxeno (> 2 × 250 mg/dia, > 1 semana ou > 2 × 250 mg/dia, com IBP > 8 semanas)	Naproxeno (≤ 2 × 250 mg/dia, ≤ 1 semana ou ≤ 2 × 250 mg/dia, com IBP ≤ 8 semanas)
1	Aceclofenac	Agentes tópicos, Paracetamol
1	Dexcetoprofeno	

Anti-hipertensores

Número	Fármaco	Alternativa
7	Espironolactona (> 25mg/dia)	Espironolactona (≤ 25 mg/dia)
4	Propranolol	Outros (bloqueadores-beta seletivos)

Antipsicóticos

Número	Fármaco	Alternativa
4	Quetiapina (> 100 mg/dia, > 6 semanas)	Quetiapina (< 100 mg/dia, < 6 semanas)
1	Amissulprida	Risperidona (< 6 semanas)
1	Olanzapina	

1	Risperidona (> 6 semanas)
---	---------------------------

Anti-arrítmicos

Número	Fármaco	Alternativa
4	Propafenona	Bloqueadores-beta, quando indicado Amiodarona
1	Flecainida	

Ansiolíticos, Sedativos e Hipnóticos (imidazopiridinas)

Número	Fármaco	Alternativa
4	Zolpidem	Melatonina, Mirtazapina, Valeriana

Antidiabéticos Orais

Número	Fármaco	Alternativa
4	Gliclazida	Metformina, Inibidores da DPP-4

Antiespasmódicos

Número	Fármaco	Alternativa
4	Mebeverina	<i>Psyllium</i> , medidas não farmacológicas

Medicamentos utilizados no tratamento sintomático das alterações das funções cognitivas

Número	Fármaco	Alternativa
4	Ginkgo biloba	Memantina

Vasodilatadores

Número	Fármaco	Alternativa
2	Nicergolina	Memantina
2	Pentoxifilina	Memantina, Ácido Acetilsalicílico, treino de memória e caminhadas

Medicamentos usados na incontinência urinária

Número	Fármaco	Alternativa
3	Cloreto de tróspio	Medidas não farmacológicas

Antiepilépticos e Anticonvulsivantes

Número	Fármaco	Alternativa
I	Fenobarbital	Lamotrigina, valproato
I	Primidona	

Modificadores da motilidade gastrointestinal

Número	Fármaco	Alternativa
I	Domperidona	Setrons, Preparações à base de plantas
I	Metoclopramida	

Cardiotónicos

Número	Fármaco	Alternativa
2	Digoxina	Bloqueadores-beta, Digitoxina

Anti-histamínicos H1 Não Sedativos

Número	Fármaco	Alternativa
2	Ebastina	Cetirizina, Loratadina

Analgésicos e Antipiréticos

Número	Fármaco	Alternativa
I	Ácido acetilsalicílico	Paracetamol

Antiasmáticos e Broncodilatadores

Número	Fármaco	Alternativa
I	Aminofilina	Salbutamol, LABA, LAMA, Corticosteróides por via inalatória

Antiparkinsónicos

Número	Fármaco	Alternativa
I	Pramipexol	Levodopa, Ropinirol

Estrogénios e Progestagénios

Número	Fármaco	Alternativa
I	Tibolona	Estrogénios vaginais, Cohosh preto

Laxantes de contato

Número	Fármaco	Alternativa
I	Sene (> 1 semana)	Sene (< 1 semana), Macrogol