



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Nadine Fonseca Figueiredo

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Polimedicação e desprescrição no doente paliativo- até quando tratar” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação, do Dr. Raúl Almeida, da Dra. Marisa Costa e da Dra. Ana Cristina Cabral apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho de 2019

Nadine Fonseca Figueiredo

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Polimedicação e desprescrição no doente paliativo- até quando tratar” referentes à Unidade Curricular "Estágio", sob a orientação do Dr. Raúl Almeida, da Dr.^a Marisa Costa e da Dr.^a Ana Cristina Cabral e apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas.

Julho 2019

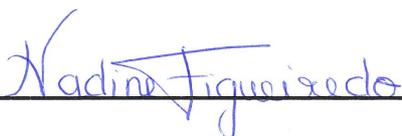


UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Eu, Nadine Fonseca Figueiredo, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o nº 2014202042, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Polimedicação e desprescrição no doente paliativo – até quando tratar” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade 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, 9 de julho de 2019.



Agradecimentos

Chega ao fim este ciclo de 5 anos repleto de felicidade mas também de momentos de choro e desespero. Agora, apresento o meu agradecimento a todos os que caminharam comigo ao longo desta importante etapa da minha vida.

À minha mãe, Rosa Figueiredo, pessoa que mais me ouviu, apoiou, incentivou e preencheu o coração de amor! Obrigada mãe! Foste, és e serás a minha maior força, o melhor de mim, o meu braço direito! Amo-te!

Ao meu pai, Mário Fonseca, pelo apoio, confiança e força! Sem ti, este sonho nunca se teria tornado realidade. Obrigada por teres acreditado sempre em mim! Amo-te!

À melhor irmã do mundo, Stéphanie Figueiredo que, mesmo longe, sempre esteve perto! Obrigada por seres a melhor amiga do mundo, o meu porto seguro, onde sei que posso sempre recorrer nos maus momentos! És o meu exemplo a seguir, o meu orgulho! Amo-te!

Ao meu namorado, Gonçalo Marques! Obrigada, amor da minha vida, por todos os nossos momentos. Obrigada por teres aguentado toda a minha ansiedade e negativismo. Sem ti, teria metade da minha felicidade! Amo-te!

Às minha avós, Odete e Florinda, por todo o apoio e ensinamentos!

Aos meus avôs, Américo e Manuel (*In Memoriam*) que sei que, em algum lugar, estão orgulhosos desta minha conquista.

Aos meus animais de estimação, que foram o meu porto de abrigo nos maus momentos. Obrigada por me proporcionarem o amor mais verdadeiro e puro que existe no mundo!

À Ana Couto, a minha amiga do coração! Obrigada por teres dado outro sentido a esta caminhada! Levo-te comigo para o resto da vida!

Aos meus amigos da Figueira, Rita Nascimento, Adriana Lourenço, Ana Leite, Rita Afonso, Rafael Curto, Ana Rita Correia e Filipe Monteiro, o meu obrigada! Todos vocês foram fundamentais nesta minha caminhada! De 2011 para o resto da vida!

À Joana Santos, por todos os conselhos, risadas, choros e noites de estudo! Obrigada minha companheira de Coimbra, desde o início até ao fim.

À Ana Rita Santos, que conheci no estágio e se revelou uma pessoa espetacular. Sem ti, o estágio não teria sido a mesma coisa! Obrigada pela troca de ideias e constante ajuda mútua.

A todos os meus professores, universitários ou não, por terem contribuído para a minha formação profissional ao longo de todos estes anos.

À Professora Doutora Ana Cristina Cabral, minha orientadora de monografia, por todo o apoio, paciência, acessibilidade e incentivo durante a realização deste trabalho. Sem dúvida alguma que os seus conhecimentos foram fulcrais para o sucesso do mesmo.

Ao Dr^o. Raúl Almeida, meu orientador de estágio em farmácia comunitária e à restante equipa da Farmácia Santa Ana, por todos os conhecimentos transmitidos e todo o apoio que me disponibilizaram durante todos estes meses.

À Dr^a. Marisa Costa, minha orientadora de estágio em farmácia hospitalar e à restante equipa do CMRRC-RP, pela dedicação, acompanhamento e partilha de conhecimentos.

À Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, por me proporcionar um ensino de excelência e me preparar da melhor forma para o futuro.

A ti Coimbra, que não te digo adeus, porque te levarei sempre comigo!

Não é um fim. Só uma nova etapa que começa!

Índice

Parte I Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Abreviaturas	9
1. Introdução	10
2. Análise SWOT	11
2.1 Strengths (Pontos Fortes)	11
2.1.1 Localização da farmácia.....	11
2.1.2 Remodelação das instalações.....	11
2.1.3 Equipa de trabalho.....	11
2.1.4 Preparação individualizada da medicação.....	12
2.1.5 Disponibilização de outros serviços.....	12
2.1.6 Planificação do período de estágio.....	13
2.1.6.1 Receção de encomendas e gestão de <i>stocks</i>	13
2.1.6.2 Atendimento ao balcão.....	13
2.1.6.3 Preparação de manipulados.....	14
2.1.6.4 Conferência do receituário.....	14
2.1.7 Adequação do MICF à realidade da Farmácia Comunitária.....	15
2.2 Weaknesses (Pontos Fracos)	15
2.2.1 Posição do estagiário na perspetiva da população.....	15
2.2.2 Aconselhamento farmacêutico.....	16
2.2.3 Receitas manuais.....	16
2.2.4 Adequação do MICF à realidade da Farmácia Comunitária.....	16
2.3 Opportunities (Oportunidades)	17
2.3.1 Exploração do sistema informático Sifarma2000®	17
2.3.2 Formações externas e apresentações de delegados de informação médica.....	17
2.3.3 Aconselhamento farmacêutico.....	17
2.3.4 Consultas de Nutrição.....	18
2.4 Threats (Ameaças)	18
2.4.1 Locais concorrentes.....	18
2.4.2 Medicamentos esgotados.....	18
3. Considerações Finais	19
4. Anexos	20

Parte II Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

Abreviaturas	25
1. Introdução	26
2. O CMRRC-RP	27
3. Análise SWOT	28
3.1 Strengths (Pontos Fortes)	28
3.1.1 Localização e instalações do CMRRC-RP.....	28
3.1.2 Equipa de trabalho.....	28

3.1.3	Planificação do período de estágio.....	28
3.1.3.1	Familiarização com normas da Direção Geral da Saúde de aplicação hospitalar.....	28
3.1.3.2	Gestão do stock da farmácia e elaboração de encomendas.....	29
3.1.3.3	Receção de encomendas.....	30
3.1.3.4	Conferência do armazém de cada serviço e respectivos carros de emergência.....	30
3.1.3.5	Visualização da validação de prescrições no GHAF.....	31
3.1.3.6	Preparação da dose unitária.....	31
3.1.3.7	Rotulagem de medicamentos, prateleiras e gavetas.....	32
3.1.3.8	Reembalagem de medicamentos.....	32
3.1.3.9	Preparação das caixas de psicotrópicos e estupefacientes.....	33
3.1.3.10	Participação no circuito da Toxina Botulínica.....	33
3.1.3.11	Visitas médicas.....	34
3.1.4	Registo obrigatório de lotes.....	35
3.1.5	Existência de carros elétricos autónomos.....	35
3.1.6	Adequação do MICF à realidade da Farmácia Hospitalar.....	35
3.2	Weaknesses (Pontos Fracos)	36
3.2.1	Duração do estágio.....	36
3.2.2	Inexistência de distribuição ambulatória de medicamentos.....	36
3.2.3	Distância entre os SF e os restantes serviços.....	36
3.2.4	Essência dos cuidados do hospital.....	37
3.3	Opportunities (Oportunidades)	37
3.3.1	Exploração do sistema informático GHAF.....	37
3.3.2	Contacto com medicamentos de receita médica restrita e uso exclusivo hospitalar.....	37
3.3.3	Comunicação com outros profissionais de saúde.....	38
3.3.4	Visita às antigas instalações da Leprosaria Nacional Rovisco Pais.....	38
3.4	Threats (Ameaças)	39
3.4.1	Vagas disponíveis para farmácia hospitalar.....	39
3.4.2	Inadaptação dos laboratórios ao serviço de DU.....	39
3.4.3	Impossibilidade de acesso ao processo clínico dos doentes.....	39
4.	Considerações Finais	40
5.	Anexos	41
PARTE III “Polimedicação e desprescrição no doente paliativo – até quando tratar”		
	Resumo	44
	Abstract	45
	Abreviaturas	46
	1. Introdução	47
	2. Cuidados paliativos	48
	2.1 Noção de cuidados paliativos.....	48

2.2	Áreas de atuação	49
2.3	Modelos de prestação de cuidados.....	50
2.4	Cuidados Paliativos em Portugal.....	50
2.5	O doente paliativo e as suas particularidades.....	50
2.5.1	Conceito de polimedicação.....	51
2.5.2	Polimedicação e medicamentos potencialmente inapropriados.....	52
2.5.3	Importância da revisão da medicação no doente paliativo	53
3.	Desprescrição em cuidados paliativos.....	54
3.1	Compreensão do termo “desprescrição”.....	54
3.2	Quando desprescrever.....	55
3.3	Benefícios da desprescrição.....	56
3.4	Barreiras à desprescrição.....	56
3.4.1	Médicos.....	56
3.4.2	Outros profissionais de saúde.....	57
3.4.3	Doentes e familiares.....	57
3.4.4	Reações de abstinência ou retorno da condição inicial.....	58
3.4.5	Ausência de critérios.....	58
3.5	Como motivar o doente para a desprescrição.....	58
3.6	O processo de desprescrição em cuidados paliativos.....	59
3.7	Exemplos de medicamentos passíveis de desprescrição em cuidados paliativos.....	61
3.7.1	Estatinas.....	61
3.7.2	Bifosfonatos.....	62
3.7.3	Inibidores da bomba de prótons.....	63
3.7.4	Hipoglicemiantes.....	64
3.7.4.1	Insulina.....	65
3.7.5	Anti-hipertensores.....	66
3.7.6	Anticoagulantes.....	66
3.7.7	Ácido acetilsalicílico e outros antiagregantes plaquetares.....	68
3.7.8	Medicamentos antidemência.....	68
3.7.9	Antimicrobianos.....	69
3.8	O papel do farmacêutico na desprescrição.....	70
4.	Considerações finais e perspectivas futuras.....	71
5.	Anexos.....	72
	Bibliografia.....	73

Parte I

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Farmácia Santa Ana



Orientador: Drº. Raúl Almeida

Abreviaturas

ANF	Associação Nacional de Farmácias
CCF	Centro de Conferência de Faturas
DCI	Denominação Comum Internacional
EC	Estágio Curricular
IMC	Índice de Massa Corporal
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
MNSRM	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamento Não Sujeito a Receita Médica de Venda Exclusiva em Farmácia
MSRM	Medicamento Sujeito a Receita Médica
PA	Pressão arterial
PFM	Postos Farmacêuticos Móveis
PIM	Preparação individualizada da medicação
PV	Prazo de validade
PVP	Preço de venda ao público
RM	Receitas manuais
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats</i>

I. Introdução

O farmacêutico é um profissional de saúde capaz de exercer diversas atividades focadas no uso racional do medicamento, contribuindo para a promoção da saúde na comunidade [1]. Ao farmacêutico é possível atribuir atividades como a gestão da terapêutica, a determinação de parâmetros bioquímicos, a preparação e administração de medicamentos, a identificação de utentes de risco, entre outras [2].

O título de farmacêutico é obtido através do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), um curso que oferece um conjunto de nove semestres e estágio curricular (EC) integrado, proporcionando um vasto conhecimento fundamental para o exercício da profissão.

Entre as diversas atividades que podem ser exercidas pelo farmacêutico, a farmácia comunitária é, sem dúvida, a que mais se destaca por ser a primeira opção da população relativamente a questões de saúde [2]. Por conseguinte, a farmácia comunitária é imprescindível para a sociedade, não se tratando apenas da simples dispensa dos medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) mas também do aconselhamento de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) e medicamentos de venda exclusiva em farmácia (MNSRM-EF), de acordo com as necessidades de cada utente. Tendo em conta a importância e complexidade desta atividade o MICF apresenta um estágio obrigatório em farmácia comunitária, proporcionando aos estudantes uma maior assimilação de conhecimentos.

Relativamente ao meu EC optei por fazer em farmácia comunitária e farmácia hospitalar por serem as áreas mais interessantes do meu ponto de vista. O estágio teve início em farmácia comunitária sendo que foi realizado na Farmácia Santa Ana, em Santana, entre o dia 7 de janeiro e o dia 30 de abril de 2019, sob a orientação do Dr. Raúl Almeida. Este estágio demonstrou-se deveras completo, incluindo atividades como a gestão de *stocks*, atendimento ao balcão, preparação de manipulados e conferência do receituário.

O estágio em farmácia comunitária culmina no presente relatório de estágio que faz uma avaliação global do mesmo através de uma análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Esta funciona como uma ferramenta de análise do estágio quanto aos fatores internos (Forças e Fraquezas) e externos (Oportunidades e Ameaças) permitindo uma apreciação geral do funcionamento do mesmo.

2. Análise SWOT

2.1 Strengths (Pontos Fortes)

2.1.1 Localização da Farmácia

A Farmácia Santa Ana está situada na localidade de Santana pertencente ao concelho da Figueira da Foz. Trata-se de uma farmácia bem localizada, integrada numa região com aproximadamente 1050 habitantes de diversas faixas etárias, destacando-se no entanto, a população mais idosa. Desta forma, a farmácia detém um atendimento diferenciado, garantido o contacto com diversas situações de aconselhamento.

As instalações da Farmácia Santa Ana acomodam também a Clínica Médica Salutana, que dispõe de serviços de saúde e bem-estar e consultas de neurologia, psicologia, podologia, psiquiatria, ginecologia, urologia, clínica geral, fisioterapia e medicinas alternativas. Esta associação permite à farmácia articular-se com a Clínica Salutana, possibilitando uma maior fidelização de utentes.

2.1.2 Remodelação das instalações

No dia 1 de abril foram iniciadas obras de remodelação na Farmácia Santa Ana. Esta remodelação incluiu a renovação da zona de atendimento, com a aposta num estilo mais moderno e numa disposição melhorada dos diversos produtos. Para além disso, foi também alterado o gabinete de atendimento que tinha, até então, dimensões reduzidas, permitindo agora um atendimento privado mais confortável. Esta intervenção demonstrou-se um ponto forte na medida em que foi possível verificar a satisfação dos diversos utentes assim como um maior entusiasmo por parte do pessoal da farmácia, garantindo assim, melhor ambiente e consequentemente melhores resultados.

2.1.3 Equipa de trabalho

A Farmácia Santa Ana é constituída por uma equipa de três farmacêuticos, uma técnica de farmácia, três ajudantes técnicos e duas auxiliares de serviços indiferenciados. Encontra-se nesta farmácia uma equipa coesa e segura, onde os diversos profissionais se completam e lutam pelo mesmo objetivo: o de satisfazer ao máximo as necessidades dos utentes. Para além do excelente desempenho que todos apresentam enquanto profissionais de saúde, destaca-se também o notável ambiente entre os colegas da equipa, o que contribui sem dúvida para o sucesso da farmácia.

Quanto há relação equipa-estagiário é necessário enaltecer a amabilidade com que fui recebida e o que aprendi com a equipa da Farmácia Santa Ana, sendo que durante os 4 meses de estágio senti-me integrada por completo.

2.1.4 Preparação individualizada da medicação

A preparação individualizada da medicação (PIM) consiste num dispositivo de acondicionamento bem selado e inviolável, destinado a organizar as doses dos medicamentos orais sólidos de acordo com o dia da semana e o horário de toma. Desta forma, a PIM é uma iniciativa praticada pelo farmacêutico com o objetivo de auxiliar os utentes mais envelhecidos, com múltiplas comorbilidades e/ou em regime de polimedicação por forma a organizar a sua medicação e, conseqüentemente, evitar confusões, duplicações e esquecimentos [3].

A Farmácia Santa Ana iniciou a disponibilização da PIM recentemente, constituindo desta forma um ponto forte tanto para os utentes, que desta forma têm a sua medicação organizada, como para a farmácia e para os seus colaboradores e estagiários, que garantem assim, uma melhor relação com os utentes.

2.1.5 Disponibilização de outros serviços

A Farmácia Santa Ana destaca-se muito pela prestação de diversos serviços aos seus utentes. Para além da PIM, a farmácia disponibiliza avaliações de Pressão Arterial (PA), Colesterol, Triglicéridos, Glicémia e de Índice de Massa Corporal (IMC). Para a prestação destes serviços, a farmácia dispõe de um gabinete de atendimento privado totalmente equipado com os diversos equipamentos necessários. Estes serviços são de extrema importância sendo que o farmacêutico deve avaliar o perfil do utente, assim como os resultados obtidos por forma a disponibilizar aconselhamento ou até encaminhar o utente para o médico.

No estágio tive a oportunidade de aprender os procedimentos a seguir, bem como o funcionamento dos equipamentos necessários, sendo que considero a prestação destes serviços um ponto forte tanto para a farmácia como para mim, uma vez que me permitiu contactar com o utente através da realização dos serviços e conseqüente explicação dos resultados e aconselhamento farmacêutico.

2.1.6 Planificação do período de estágio

2.1.6.1 Receção de encomendas e gestão de stocks

Inicialmente o estágio focou-se essencialmente no *backoffice* da farmácia com a receção de encomendas, verificação dos produtos rececionados (quantidade, data de validade e conservação da embalagem) e armazenamento dos mesmos nos respetivos locais. De seguida, iniciou-se a realização de encomendas tendo em conta as reservas dos utentes, os *stocks* mínimos e máximos definidos para cada produto, o número de vendas, a época do ano (no caso de produtos de uso sazonal) e as condições oferecidas pelos fornecedores. Desta forma, foi possível definir criteriosamente as encomendas, e por conseguinte, garantir uma boa rentabilização de *stocks* e bons resultados económicos. Posteriormente, realizou-se também a gestão de produtos com prazo de validade (PV) curto e a devolução de artigos quando estes não reuniam as condições pretendidas.

Estas atividades de *backoffice* foram de extrema importância, permitindo uma maior familiarização com os produtos e medicamentos existentes na farmácia, uma perceção da determinação de preços de acordo com a margem definida e uma melhor aprendizagem do funcionamento do Sifarma 2000®.

2.1.6.2 Atendimento ao balcão

O atendimento ao balcão é, sem dúvida, a atividade de maior destaque em farmácia comunitária. É no atendimento ao balcão que o farmacêutico contacta com os utentes sendo, por isso, a atividade mais exigente e com maior grau de responsabilidade com que o mesmo se depara. O atendimento deve ser orientado para o utente, ou seja, deve ser individualizado e adequado tendo em conta as suas características e necessidades. Cabe ao farmacêutico esclarecer as possíveis dúvidas do utente de forma clara e fornecer toda a informação possível quanto ao uso correto dos medicamentos e/ou produtos de saúde e bem-estar dispensados.

Algumas semanas após o início do estágio, começou a familiarização com o atendimento ao balcão. Inicialmente consistiu apenas na observação dos atendimentos realizados pelos membros da farmácia, posteriormente foi possível a participação sob orientação, e por fim culminou em atendimentos autónomos. Esta evolução do atendimento foi muito vantajosa uma vez que permitiu assimilar melhor o funcionamento do Sifarma 2000®, proporcionou uma noção mais correta do funcionamento das receitas médicas e respetivos planos de comparticipação e garantiu ainda uma maior familiarização com os produtos da farmácia, contribuindo assim para a qualidade dos atendimentos prestados.

2.1.6.3 Preparação de manipulados

Os medicamentos manipulados podem ser denominados por Preparados Oficiais, quando o manipulado é preparado segundo uma farmacopeia ou formulário, ou por Fórmulas Magistrais, quando estes são preparados segundo uma dada receita médica destinada a um dado doente. A preparação de um manipulado é uma atividade de extrema importância sendo que o farmacêutico deve garantir a qualidade e segurança do medicamento preparado assim como deve fornecer todas as informações necessárias ao utente no momento da sua dispensa [4].

A preparação de um manipulado envolve, inicialmente, o preenchimento de uma ficha descritiva do mesmo, assim como o cálculo do preço de venda ao público (PVP) que é feito através do valor dos honorários de preparação e preço das matérias-primas e embalagens usadas. Posteriormente é elaborado um rótulo que deve ter informações básicas como a composição do manipulado, a data de preparação, a data de validade, o lote e a posologia, sendo que este é posteriormente aplicado na embalagem do manipulado (Anexo 3).

No decorrer do estágio, a preparação de manipulados foi bastante frequente na Farmácia Santa Ana, sendo que tive a oportunidade de preparar diversos tipos de medicamentos, como por exemplo, uma pomada de vaselina salicilada a 6%, uma pomada de enxofre a 3% e uma pomada de dinitrato de isossorbida a 0,1%. Desta forma, tendo em conta a frequente preparação de manipulados na farmácia, foi-me possível adquirir mais experiência no que a esta atividade diz respeito.

2.1.6.4 Conferência do receituário

A maioria da faturação de uma farmácia deriva da dispensa de MSRM. Parte dessa faturação resulta do reembolso relativo à comparticipação que esses medicamentos apresentam, no entanto, para que este reembolso exista é necessário garantir a conformidade das receitas médicas, ou seja, é necessário conferir o receituário.

A conferência do receituário integra exclusivamente as receitas materializadas [receitas manuais (RM) e receitas eletrónicas materializadas (REM)] que, hoje em dia, representam uma pequena percentagem do total de receitas, que se apresentam maioritariamente na forma de receita sem papel (RSP). Neste tipo de receitas a dispensa de medicamentos comparticipados pressupõe a impressão da faturação no seu verso. Essa impressão contém o número da receita, a identificação dos medicamentos dispensados, o número de série e o lote. Cada receita passa pela primeira verificação no momento da dispensa, devendo ser carimbada e assinada.

Posteriormente, as receitas são organizadas em lotes de 30 unidades, por organismo de comparticipação, sendo novamente verificadas para uma eventual correção de erros. De seguida, procede-se à impressão, para cada lote, do Verbete de Identificação do Lote.

Findado este processo, as receitas verificadas e corrigidas são enviadas mensalmente para o Centro de Conferência de Faturas (CCF) do Serviço Nacional de Saúde (SNS) quando a entidade responsável é o SNS, ou enviadas para a Associação Nacional de Farmácias (ANF) quando se trata de outras entidades responsáveis. Seguidamente, a farmácia recebe o valor das comparticipações e as receitas consideradas inválidas são devolvidas para a farmácia, sendo que a comparticipação não é acionada.

No decorrer do estágio pude participar nesta atividade tendo, desta forma, aprendido as diversas regras incutidas às receitas médicas ainda materializadas, assim como a importância de uma análise atenta das mesmas no momento da dispensa. Por outro lado, esta atividade permitiu-me conhecer os diversos organismos de comparticipação e os regimes especiais que se aplicam aos utentes pensionistas e a medicamentos referentes a dadas patologias.

2.1.7 Adequação do MICF à realidade da Farmácia Comunitária

No decorrer do estágio em farmácia comunitária, os conhecimentos adquiridos no MICF foram fulcrais para a realização de atendimentos adequados. O curso contempla unidades curriculares que abordam conhecimentos fundamentais e que preparam os estudantes para o exercício em farmácia comunitária. Entre as diversas unidades curriculares é imprescindível destacar Farmacologia I, Farmacologia II, Farmácia Galénica, Farmacoterapia, Farmácia Clínica, Indicação Farmacêutica e Fitoterapia que são as unidades mais direcionadas para a farmácia comunitária e que contribuíram, em muito, para o sucesso do estágio.

2.2 Weaknesses (Pontos Fracos)

2.2.1 Posição do estagiário na perspetiva da população

Como expectável, foi possível verificar alguma insegurança por parte de certos utentes, principalmente devido ao estágio se inserir num meio rural. Em alguns casos foram solicitados outros membros da farmácia para executar os atendimentos, especialmente quando estes se tratavam de assuntos veterinários. Desta forma, a relação população-estagiário dificultou os atendimentos iniciais dada a insegurança que sentia. Felizmente, a empatia com os utentes foi crescendo ao longo do tempo, contribuindo para a qualidade dos atendimentos realizados.

2.2.2 Aconselhamento farmacêutico

Entre as diversas atividades realizadas no estágio em farmácia comunitária, o atendimento destaca-se pelo maior grau de exigência principalmente no que diz respeito ao aconselhamento farmacêutico. Inicialmente, o limitado conhecimento dos produtos e medicamentos comercializados na farmácia dificultou a elaboração de aconselhamentos completos. Foi necessário algum estudo pós-laboral por forma a relembrar alguma teórica lecionada no MICF com o objetivo de melhorar os aconselhamentos em situações muito recorrentes na farmácia, onde destaco casos de constipação, alergias, obstipação e diarreia.

2.2.3 Receitas Manuais

Hoje em dia, excepcionalmente, a prescrição médica pode ser executada via manual. Para que o farmacêutico possa ceder os medicamentos presentes neste tipo de receitas é necessário que estas cumpram uma série de requisitos. Primeiramente, o uso das RM tem de ser justificado, sendo que as razões possíveis contemplam a falência informática, a inadaptação do prescritor, a prescrição no domicílio ou a prescrição de, no máximo, 40 RM/mês. Adicionalmente, é necessária a vinheta do local de prescrição (se aplicável), o nome e número do utente, a assinatura do prescritor, a vinheta identificativa do mesmo, a especialidade médica, a entidade financeira responsável e o número de beneficiário, e a data em que a receita foi emitida, sendo esta válida até 30 dias depois dessa data. De notar que nas RM só podem ser prescritos até 4 medicamentos distintos e um total de 4 embalagens por receita, sendo que só podem ser prescritas 2 embalagens por medicamento, com exceção dos medicamentos com embalagem unidose onde se podem prescrever até 4 embalagens [5].

Tal como referido anteriormente, após a dispensa, as RM com medicamentos comparticipados obrigam a uma impressão da faturação no verso, que deve corresponder à prescrição, sendo que essa impressão tem de ser rubricada pelo cliente/utente [5].

Desta forma, as RM apresentam um grau de dificuldade superior dada a necessidade de verificação do cumprimento das regras que se lhe aplicam. Além disso, a caligrafia do prescritor dificulta muitas vezes a identificação das dosagens e medicamentos prescritos. Assim, no início, as RM contribuíram para uma maior insegurança no atendimento ao balcão.

2.2.4 Adequação do MICF à realidade da farmácia comunitária

Como referido anteriormente, o plano curricular do MICF demonstrou-se muito importante para o estágio. Não obstante, considero que certos temas deveriam ser mais

abordados principalmente no que toca ao aconselhamento farmacêutico. Primeiramente, destaco a unidade curricular Dermofarmácia e Cosmética onde, na minha opinião, deveria haver uma maior familiarização com os produtos de pele e cabelo existentes nas farmácias. Por outro lado, destaco a unidade curricular de Preparações de Uso Veterinário uma vez que os atendimentos neste campo foram dos maiores obstáculos a ultrapassar durante o estágio. Assim, considero que esta unidade curricular incide pouco no aconselhamento em patologias bastante recorrentes na farmácia, não preparando suficientemente os estudantes.

2.3 Opportunities (Oportunidades)

2.3.1 Exploração do sistema informático Sifarma 2000®

O Sifarma 2000® é um sistema informático disponibilizado pela Associação Nacional de Farmácias (ANF) a 90% das farmácias portuguesas, incluindo a Farmácia Santa Ana. Este sistema consiste numa ferramenta de auxílio nas atividades realizadas na farmácia onde se destacam a gestão de *stocks*, a receção de encomendas e o atendimento ao público [6]. No estágio tive a oportunidade de compreender melhor o seu funcionamento o que me permitiu realizar diversas atividades de forma mais segura. Esta aprendizagem demonstra-se fulcral para o meu futuro uma vez que a maioria das farmácias possui este sistema informático.

2.3.2 Formações externas e apresentações de delegados de informação médica

No decorrer do estágio foi possível participar em formações e apresentações de delegados de informação médica. No campo das formações destaco a realizada nas instalações da distribuidora Plural, com o tema “Preparação Individualizada da Medicação- Ambulatório e Instituições de Terceira Idade”. Relativamente às apresentações de delegados de informação médica, estas demonstraram-se também bastante oportunas uma vez que permitiram conhecer melhor os produtos apresentados, assim como o tipo de aconselhamento a ser feito na sua dispensa. Destaco as apresentações realizadas pela Paranix®, Enstilar® e Arkopharma®.

2.3.3 Aconselhamento farmacêutico

Durante o estágio, foi-me possível contactar com situações muito diversas o que contribuiu para uma ampla aprendizagem no que toca ao aconselhamento farmacêutico. De facto, de todas as atividades desempenhadas pelo farmacêutico numa farmácia, é o aconselhamento que o distingue, daí ser fundamental uma boa preparação durante o estágio.

Posto isto, considero que o estágio me possibilitou momentos de grande aprendizagem, apresentando no Anexo 1 e 2, exemplos de aconselhamentos que pude realizar neste período.

2.3.4 Consultas de nutrição

A Farmácia Santa Ana aliou-se à marca Arkopharma® e apostou na aquisição de diversos produtos, disponibilizando também consultas de nutrição. Esta associação permitiu contactar com medicamentos e suplementos alimentares à base de plantas e assim responder de forma mais eficaz às necessidades dos utentes. Assim, a presença da nutricionista Joana Papel foi benéfica, não só para os utentes, como para mim e para os restantes membros da farmácia, permitindo explorar mais conceitos relacionados com a nutrição.

2.4 Threats (Ameaças)

2.4.1 Locais concorrentes

Uma farmácia tem como principais ameaças as parafarmácias, postos farmacêuticos móveis (PFM) e outras farmácias. A Farmácia Santa Ana não tem parafarmácias na vizinhança, no entanto, tem próximo de si duas farmácias e dois PFM. Estes locais de dispensa de medicamentos são claras ameaças visto que dispõem de vários produtos em comum com a farmácia e com preços competitivos. Não obstante, considero que esta ameaça deve funcionar como um incentivo para as farmácias apostarem na qualidade do seu aconselhamento que é, sem dúvida, o que as diferencia dos restantes locais de dispensa de medicamentos.

2.4.2 Medicamentos esgotados

Os medicamentos representam a maioria das vendas de uma farmácia e, portanto, a existência de medicamentos esgotados influencia negativamente o desempenho e condiciona a relação com os utentes. O problema associado a medicamentos esgotados centra-se nos casos em que não há alternativa terapêutica com a mesma molécula, como o caso de medicamentos que ainda estão protegidos com patente.

Durante o estágio, deparei-me com a falta de alguns medicamentos, destacando o Lasix® 40 mg, o Adalat CR® 60 mg, o Inderal® 10 mg e a Aspirina GR®, que foram diversas vezes requisitados mas sem sucesso. Não obstante, considero que a Farmácia Santa Ana conseguiu realizar uma boa gestão de stocks tendo-se precavido previamente à rotura de Lasix® 40 mg, Inderal® 10 mg e Aspirina GR®, o que permitiu assegurar estes medicamentos durante mais tempo aos seus clientes.

3. Considerações Finais

Findado o estágio em farmácia comunitária, fica a sensação de dever cumprido. Foram 4 meses de grande empenho, esforço e dedicação, tendo aprendido bastante com a equipa da Farmácia Santa Ana. Considero, sem dúvida, que o estágio foi bastante completo, tendo tido a oportunidade de conhecer e executar um pouco de cada função do farmacêutico na farmácia comunitária.

Por outro lado, torna-se impossível não mencionar a importância do EC na fase final do MICF. Na verdade, este funciona não só como um meio de aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo dos 9 semestres, mas também como um meio de obtenção de muito mais conhecimento.

Em suma, considero que o estágio me fez compreender melhor a importância que o farmacêutico possui na sociedade. Tal como referi anteriormente, os farmacêuticos são muito mais do que simples dispensadores de medicamentos como muitos julgam. Somos mestres do medicamento mas também somos mestres no cuidado aos utentes, já que muitas vezes somos nós que contactamos com os mesmos quando eles mais precisam. De facto, é inegável que o farmacêutico está na primeira linha dos cuidados de saúde, principalmente em zonas rurais, tendo notado isso ao longo de todo o estágio.

Assim, chegada a esta etapa final, concluo que há 5 anos atrás tomei a melhor decisão possível: ingressar no MICF e ser farmacêutica!

4. Anexos

Anexo I (Caso I)

Uma senhora com cerca de 35 anos dirigiu-se à farmácia com uma prescrição médica de fosfomicina, um fármaco pertencente à classe dos antibióticos com indicação para prevenção e tratamento das infeções bacterianas das vias urinárias.

Inicialmente, tentei perceber a situação clínica da utente tendo-lhe perguntado que sintomas apresentava, a duração desses mesmos sintomas e a sua medicação habitual. A utente referiu não tomar qualquer medicação e queixou-se de ardor e frequente necessidade de urinar, sendo que as infeções urinárias eram frequentes.

Tendo em conta a situação clínica da utente, dispensei a fosfomicina prescrita e realizei algum aconselhamento farmacêutico. Primeiramente disponibilizei indicações não farmacológicas como a ingestão abundante de água, o evitar pensos diários e roupa interior sintética e salientei a importância de lavar a zona genital após as relações sexuais.

Para complementar o meu atendimento disponibilizei alguns produtos. Primeiramente, associei à fosfomicina o Cistisil® (1cp 12/12^H), um suplemento alimentar constituído por extratos de Arando Vermelho, Cavalinha e Uva-ursina. O Arando Vermelho é constituído por proantocianidinas que inibem a adesão bacteriana ao epitélio urinário não atuando, no entanto, nas bactérias já instaladas, ou seja, possui uma ação de prevenção de infeções urinárias recorrentes (o que se verificava nesta utente) e não de tratamento. A Cavalinha é constituída por flavonóides e apresenta uma ação diurética, facilitando a eliminação das bactérias. A Uva-ursina é constituída pela arbutina, um composto com ação antibacteriana, sendo portanto recomendada para infeções leves do trato urinário. Desta forma, ao associar o Cistisil® à fosfomicina garante-se um tratamento mais eficaz prevenindo também futuras infeções.

Para terminar o atendimento aconselhei também o uso de Lactacyd® Antisséptico para uma correta higiene da zona íntima dado que está comprovado que reforça as defesas naturais da zona íntima, inibindo o crescimento de bactérias.

Anexo 2 (Caso 2)

Um rapaz com cerca de 30 anos deslocou-se à farmácia e solicitou algo para a obstipação.

Primeiramente, questionei o utente quanto aos sintomas que apresentava, a duração desses mesmos sintomas, qual a medicação que tomava e se era portador de alguma doença. O utente referiu não tomar qualquer medicação e não possuir nenhuma doença, tendo-se queixado de dificuldade ao defecar, mal-estar e distensão abdominal, mencionando também que não evacuava naturalmente há 3 dias. Perguntei-lhe se estes episódios de obstipação eram frequentes e se já estava a tomar algum laxante ao qual o utente respondeu negativamente.

Face a esta situação, dispensei ao utente Dulcosoft[®] saquetas (1saqueta em água de manhã) uma vez que este possui como princípio ativo o macrogol, um laxante osmótico com capacidade de se ligar à água, atrasando a sua absorção intestinal e causando a sua conseqüente acumulação no intestino. Assim, as fezes duras são amolecidas e o volume fecal aumenta, culminando num maior movimento intestinal e maior facilidade de evacuação. O utente foi, no entanto, alertado que o uso do Dulcosoft[®] não se deve prolongar no tempo.

Para além do Dulcosoft[®], disponibilizei algumas indicações não farmacológicas fundamentais para contrariar o episódio de obstipação. Salientei, desta forma, a importância de beber muitos líquidos e de aumentar o teor de fibras na dieta, apostando, por exemplo, na ingestão de frutas com casca, verduras e cereais. Por outro lado, enalteci a importância de não ignorar o reflexo de defecação, assim como a importância da prática de exercício físico (principalmente abdominal) e da reeducação do intestino através do estabelecimento de horários.

Anexo 3

	Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados	Data: 08/02/2019
		Página 1 de 2

Medicamento: Pomada de enxofre a 3%

Teor em substância (s) ativa (s): 100g contém 3g de Enxofre
 Forma farmacêutica: Pomada
 Data de preparação: 08/02/2019
 Número de lote: 3/19

Matérias-Primas	Lote	Origem	Farmaco-peia	Quantidade Para 100g (ml ou unid.)	Quantidade e calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Enxofre	13657	José Manuel Gomes dos Santos, LDA	FP VIII	3g	3 g	3g	Nadine F.	22.1.15 h27
Vaselina	1114196	Vencilab	FP VIII	q.b.p 100g	q.b.p 100g	q.b.p.100 g ≈ 97g	Nadine F.	h27

Preparação

	Operador
1. Pesar os componentes.	Nadine F.
2. Pesar a vaselina e incorporar o pó.	Nadine F.
3. Homogeneizar no unguator.	Nadine F.
4. Acondicionar e rotular.	Nadine F.

Embalagem

Tipo	Material	Capacidade	Lote	Origem	Operador
Cx unguator		100			Nadine F.

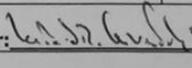
Prazo de utilização e condições de conservação:

Condições de conservação: T < 25 °C; ao abrigo da luz
Prazo de utilização: 1 mês

Verificação

Ensaio	Especificação	Resultado	Operador
Aspecto	Homogêneo	Conforme	Nadine F.
Quantidade	100 g ± 5 %	Conforme	Nadine F.

Aprovado Rejeitado

Supervisor:  08/02/2019

Anexo 4

	Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados	Data: 08/02/2019 Página 2 de 2

Utente	Nome: ██████████	Telefone: ██████████
	Morada: ██████████	

Prescritor	Nome: ██████████	Telefone: ██████████
	Morada: ██████████	

Anotações	_____ _____
------------------	----------------

Matérias Primas							
Preço Custo (s/IVA)	Vaselina pura	Enxofre					
Custo	7,39	4,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Quantidade	1000,00	1000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Preço Custo Unitário (s/IVA)	0,007	0,005	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Quantidade	97,00	3,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Custo da Quantidade Necessária	0,72	0,01	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Factor Multiplicativo							
Kg	1,3	0,93	0,02	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Hg	1,6	1,15	0,02	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Dg	1,9	1,36	0,03	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
g	2,2	1,58	0,03	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
dg	2,5	1,79	0,03	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
mg	2,8	2,01	0,04	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Honorários de Manipulação – Factor1 – 4,92							
Valor F	4,92	Quant// Base	Honorários 1	Quant// Extra	Factor2	Honorários 2	Total Honorários
Pomadas, Geles, Pomadas de incorporação de subst activas em sist pré-preparados industrial/		até 100g	14,76	0,000	0,010	0,000	14,76
Pastas			22,14	0,000	0,010	0,000	22,14
Crems			44,28	0,000	0,015	0,000	44,28
Soluções Liq de incorporação de subst activas em sist pré-preparados industrial/		até 100g/100ml	14,76	0,000	0,005	0,000	14,76
Xaropes			44,28	0,000	0,005	0,000	44,28
Suspensões			22,14	0,000	0,007	0,000	22,14
Emulsões			44,28	0,000	0,013	0,000	44,28

Materiais de Embalagem	
Preço Custo (s/IVA)	0,63
Quantidade	1
Factor	1,2
Total	0,756

PVP do Manipulado		
Matérias Primas	1,39	Sub total
Honorários de Manipulação	14,76	16,906
Materiais de Embalagem	0,76	
Factor	1,30	
Total Manipulado IVA 6%	23,30	

Dispositivos auxiliares de Administração	
Dispositivo	
Quantidade	0,00
Preço	0,00
Total dos Dispositivos	0,00

Total Manipulado	IVA 6%	
	23,29647	

Car. J. Costa

Parte II

Relatório de Estágio em Farmácia Hospitalar

Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro- Rovisco Pais



Orientadora: Dr^a. Marisa Costa

Abreviaturas

AO	Assistentes Operacionais
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde
CE	Carros de Emergência
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CMRRC-RP	Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro- Rovisco Pais
DCI	Denominação Comum Internacional
DGS	Direção Geral de Saúde
DU	Dose unitária
EC	Estágio Curricular
GHAf	Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia
LASA	<i>Look-Alike, Sound-Alike</i>
LM	Lesionados Medulares
MAM	Medicamentos de alerta máximo
MICF	Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas
PV	Prazo de Validade
RAMs	Reações Adversas Medicamentosas
RGA	Reabilitação Geral de Adultos
SF	Serviços Farmacêuticos
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
ST+I	Serviços Técnicos de Informática
SWOT	<i>Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats</i>
TDT	Técnico de Diagnóstico e Terapêutica
UCC	Unidade de Cuidados Continuados

I. Introdução

O farmacêutico é um profissional de saúde completo, qualificado e apto a exercer atividades de extrema importância para a sociedade, sendo uma delas a atividade no âmbito hospitalar. Todos os hospitais possuem serviços farmacêuticos (SF), sendo que estes representam uma estrutura fundamental para a dispensa de cuidados de saúde em meio hospitalar [7]. Ao farmacêutico hospitalar é inculcida a responsabilidade de boa gestão e aquisição dos medicamentos, assim como a sua preparação e distribuição pelos diversos serviços do hospital. Desta forma, o farmacêutico exerce um controlo máximo sobre a qualidade e segurança dos medicamentos dispensados, sendo fundamental para a prestação de cuidados hospitalares de excelência [8].

Como referi anteriormente, decidi realizar o estágio curricular (EC) do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) em farmácia comunitária e farmácia hospitalar. Relativamente ao estágio em farmácia hospitalar, este foi realizado no Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro - Rovisco Pais (CMRRC-RP), localizado na Tocha, entre o dia 2 de maio e o dia 28 de junho de 2019, sob a orientação da Dr.^a Marisa Costa.

O estágio em farmácia hospitalar culmina, também, no presente relatório de estágio que faz uma avaliação global do mesmo através de uma análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).

2. O CMRRC-RP

Em 1938, Portugal encontrava-se perante uma extensa evolução da Doença de Hansen, mais conhecida por Lepra. Desta forma, iniciaram-se tentativas de combate à doença ocorrendo a inauguração da Leprosaria Nacional Rovisco Pais em 1947. Felizmente, dados os imensos esforços nacionais, a Doença de Hansen foi considerada erradicada, em Portugal, na década de 80. Assim, em 1996, a Leprosaria Nacional Rovisco Pais foi extinta, dando lugar ao atual CMRRC-RP que, em 2002, recebeu os seus primeiros doentes de medicina física e reabilitação [9].

O CMRRC-RP possui atualmente cerca de 140 camas e assume como principal objetivo a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, focados na reabilitação física, psíquica e social dos doentes [10]. Apresenta, atualmente, uma unidade de consultas externas, 12 unidades habitacionais, três unidades de internamento de longa duração [Unidade Ex-Hansen, Unidade de Lesionados Medulares (ULM) e Unidade de Reabilitação Geral de Adultos (URGA)] e uma unidade de internamento de curta duração [Unidade de Cuidados Continuados (UCC)] [11]:

- Unidades Habitacionais - são usadas para auxiliar o doente e familiares no processo de transição do meio hospitalar para o meio domiciliário;
- Unidade Ex-Hansen - unidade residencial onde ainda se mantêm seis doentes da Leprosaria Nacional Rovisco Pais, sendo-lhe prestados cuidados relacionados com a doença e cuidados gerais;
- Unidade ULM - onde se encontram doentes lesionados medulares independentemente da etiologia (tetraplégicos, paraplégicos, com doenças neurodegenerativas, entre outros);
- Unidade URGA - onde se encontram essencialmente doentes com histórico de acidente vascular cerebral (AVC) extenso, traumatismo cranioencefálico, esclerose múltipla, entre outros;
- Unidade UCC - para tratamento de doentes em regime pós-AVC e pós-cirurgia do aparelho locomotor.

Para garantir uma melhor recuperação dos seus doentes, o CMRRC-RP disponibiliza ainda desporto adaptado terapêutico, enfermagem de reabilitação, fisioterapia, psicologia, terapia da fala e terapia ocupacional [11].

3. Análise SWOT

3.1 Strengths (Pontos Fortes)

3.1.1 Localização e instalações do CMRRC-RP

O CMRRC-RP encontra-se estrategicamente localizado uma vez que abrange a população de seis distritos da região centro: Coimbra, Aveiro, Leiria, Castelo Branco, Guarda e Viseu. Desta forma, o hospital consegue responder às necessidades de uma grande percentagem da população portuguesa com necessidade de reabilitação física, psíquica e social [9].

Para além da sua excelente localização, o CMRRC-RP disponibiliza aos seus doentes condições de excelência. O ambiente envolvente consiste em espaços verdes, longe dos barulhos típicos da cidade, oferecendo uma atmosfera mais tranquila para os doentes. Quanto às infraestruturas, o hospital disponibiliza um pavilhão para a prática de desporto adaptado, uma piscina para hidroterapia e um ginásio destinado a fisioterapia [9]. Todos estes fatores favorecem a prestação de cuidados de extrema qualidade por parte CMRRC-RP.

3.1.2 Equipa de trabalho

Os SF do CMRRC-RP possuem uma equipa de quatro farmacêuticos, duas técnicas de diagnóstico e terapêutica (TDT) e duas assistentes operacionais (AO). Esta equipa demonstra ser bastante profissional, verificando-se uma realização exímia das diversas atividades que lhe são incutidas. Para além disso, é notório o excelente ambiente entre os diversos profissionais, observando-se bastante entajuda entre os mesmos. Relativamente à relação equipa-estagiário, é fundamental referir que foi bastante positiva, tendo aprendido muito com cada profissional dos SF. Levo comigo momentos de grande aprendizagem mas, também, bons momentos de convívio.

3.1.3 Planificação do período de estágio

3.1.3.1 Familiarização com normas da Direção Geral de Saúde (DGS) de aplicação hospitalar

A DGS dispõe de normas de aplicação hospitalar de extrema importância, sendo necessário o seu conhecimento por parte de todos os profissionais de saúde, incluindo os farmacêuticos. Por esta razão, no início do estágio, houve uma importante familiarização com a norma nº 014/2015 [12], a norma nº 020/2014 [13] e a norma nº 008/2011 [14].

A norma nº 014/2015 refere-se aos medicamentos de alerta máximo (MAM), ou seja, medicamentos que apresentam elevado risco de provocar dano significativo ao doente no caso de ocorrerem erros no seu uso. A norma salienta a necessidade de sinalizar estes medicamentos por forma a diferenciá-los dos restantes [12]. O CMRRC-RP cumpre esta norma, estando estes medicamentos (por exemplo anticoagulantes e insulinas) devidamente sinalizados com o símbolo de perigo.

Relativamente à norma nº 020/2014, esta aborda os medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, conhecidos por *Look-Alike, Sound-Alike (LASA)*, que representam uma das principais causas da ocorrência de erros de medicação. No CMRRC-RP são aplicados métodos para diferenciação dos mesmos, incluindo o método de inserção de letras maiúsculas (*Tall man lettering*) e a utilização de cores diferentes e negrito na sua identificação. Assim, os *LASA* são acompanhados pelo símbolo de stop e na sua designação, a parte que difere é escrita a vermelho e em letras maiúsculas [13].

Quanto à norma nº 008/2011, esta aborda a organização dos carros de emergência (CE) dos serviços e unidades de saúde, que consistem numa estrutura móvel com fármacos e equipamentos previamente definidos e fundamentais à reanimação de doentes. A norma aborda a importância da sua manutenção, incluindo a gestão da sua organização, da sua composição e do prazo de validade (PV) dos diversos materiais. Os CE devem ser repostos imediatamente após a sua utilização e ser selados após cada verificação [14]. No CMRRC-RP cabe ao farmacêutico verificar a integridade do carro de emergência, mensalmente.

3.1.3.2 Gestão do stock dos SF e elaboração de encomendas

Para garantir uma resposta eficaz a todas as necessidades do hospital, é fundamental conferir todos os medicamentos e produtos dos SF, por forma a evitar erros de *stock* e realizar uma boa gestão de compras. Assim, ao longo do estágio, procedi à conferência das existências dos SF e dos armazéns dos serviços através do sistema informático de Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF), verificando os produtos próximos do *stock* de alarme, ou seja, próximos da quantidade mínima estabelecida. Por outro lado, analisei as tendências terapêuticas por forma a avaliar as quantidades necessárias encomendar.

Relativamente ao processo de encomendas, este difere bastante do verificado em farmácia comunitária uma vez que estas não são realizadas a armazenistas, mas sim diretamente aos laboratórios. Antes de iniciar a encomenda, é necessário aceder ao Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde (CAPS), disponibilizado online pelos Serviços

Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS) onde, através do código hospitalar ou descrição do artigo, se conseguem identificar todos os fornecedores disponíveis, os respetivos preços e valores mínimos de encomenda, se aplicáveis. Por fim, o farmacêutico hospitalar deve escolher, se possível, o fornecedor mais barato tendo de atingir o montante mínimo exigido por este. Desta forma, torna-se fulcral um controlo rigoroso do *stock*, de modo a conseguir conciliar as necessidades do hospital e todas as burocracias associadas ao processo de encomenda.

3.1.3.3 Receção de encomendas

A receção de encomendas nos SF compreende um conjunto de etapas com o objetivo de garantir a total conformidade dos produtos recebidos. Assim, inicialmente as AO realizam uma primeira análise, verificando a fatura, a integridade das embalagens, o nome do produto, a quantidade, o lote e o PV. De seguida, uma segunda verificação é efetuada por um farmacêutico, sendo posteriormente enviada a documentação para o setor de aprovisionamento onde ocorre o registo de entrada dos produtos e a atualização de *stocks*. Por fim, caso o aprovisionamento não registe qualquer anormalidade, é comunicado aos SF que os produtos podem ser arrumados no armazém, cumprindo a regra “*First Expire, First Out*”. Durante o estágio, tive a oportunidade de ver e participar nesta atividade concluindo que todo este processo é bastante rigoroso e altamente controlado.

3.1.3.4 Conferência do armazém de cada serviço e respetivos carros de emergência

Mensalmente, é da responsabilidade dos SF a conferência das quantidades e prazos de validade dos produtos existentes nos armazéns de cada serviço e nos respetivos CE. Relativamente aos armazéns, estes dispõem de produtos e quantidades previamente definidas pelo enfermeiro chefe, diretor de serviços e SF, sendo que, apenas se utilizam estes produtos quando os SF estão encerrados (fins de semana, feriados e horário pós-laboral) ou quando se tratam de medicamentos prescritos em SOS. No caso dos CE, estes também possuem produtos e quantidades previamente estabelecidas sendo que, após cada verificação e reposição, estes devem ser devidamente selados e a folha de verificação deve ser assinada por um enfermeiro de serviço. Desta forma, o farmacêutico deve conferir quantidades, lotes e PV dos produtos, trocando os que apresentam PV perto de expirar ou repondo produtos que, por falta de comunicação aos SF, foram gastos e não repostos no imediato. Relativamente a artigos com PV a expirar, estes são guardados em local apropriado até ao momento de devolução ao laboratório ou até à sua inutilização.

Durante o estágio foi possível realizar esta tarefa que se assume crucial na garantia de que os serviços do hospital dispõem de todos os produtos/medicamentos nas quantidades e condições exigidas.

3.1.3.5 Visualização da validação de prescrições médicas no GHAF

As prescrições médicas hospitalares são geralmente informatizadas, representando uma vantagem por diminuir a probabilidade de erros e tornar o processo de validação das mesmas mais rápido. A validação das prescrições no GHAF, consiste numa avaliação das mesmas por parte do farmacêutico que verifica a substância ativa, a forma farmacêutica, a dosagem, a frequência de toma, a via de administração e possíveis duplicações ou interações medicamentosas por forma a alertar o médico em caso de alguma inconformidade. Através da validação, o farmacêutico define os medicamentos/produtos a enviar para cada serviço sendo que, no caso dos medicamentos prescritos em SOS é necessário verificar se estes existem no armazém dos serviços, enviando-se apenas se estes não fizerem parte do seu stock. Este processo de validação é realizado várias vezes até ao momento de envio da medicação para cada serviço, garantindo assim, que quando esta é enviada está em conformidade com a prescrição do médico, incluindo as alterações mais recentes.

Durante o estágio foi possível observar a validação das prescrições e compreender a extrema importância do desempenho desta tarefa no controlo de possíveis erros de prescrição.

3.1.3.6 Preparação da Dose Unitária

A dose unitária (DU) consiste na dispensa de medicamentos de forma individualizada e de acordo com a prescrição médica de cada doente, sendo que esta deve incluir toda a medicação para um período de 24 horas. Assim, após validação da prescrição pelo farmacêutico, os medicamentos são organizados em “cassetes” devidamente identificadas com o nome do doente, o serviço e o número da cama, sendo posteriormente enviados para o serviço correspondente. No caso de medicamentos não tomados, estes permanecem nas “cassetes”, sendo posteriormente realizada a sua revertência pelas TDT. De realçar que, nos dias em que os SF estão encerrados, como feriados e fins de semana, a DU é preparada no dia anterior, em duplicado ou triplicado respetivamente, por forma a garantir que os doentes não deixem de receber os seus medicamentos nesses dias.

O CMRRC-RP autoriza, se a condição dos doentes assim o permitir, que estes se ausentem durante o fim de semana para que possam estar com os seus familiares o que, por vezes, influencia positivamente a sua evolução clínica. Desta forma, os SF devem garantir que os doentes levam a medicação consigo, sendo, neste caso, a DU preparada numa caixa individual que acompanha o doente desde a sua saída até ao regresso ao hospital.

No decorrer do estágio, foi possível participar na preparação da DU, sendo que esta atividade contribuiu muito para o contacto com diversos medicamentos e terapêuticas, enriquecendo bastante o conhecimento farmacêutico.

3.1.3.7 Rotulagem de medicamentos, prateleiras e gavetas

Para uma correta utilização dos diversos artigos, é fundamental garantir que todos se encontram devidamente identificados e organizados no armazém dos SF. Assim, os medicamentos com maior rotação encontram-se em gavetas de acesso rápido e os restantes em diferentes prateleiras. Todos os medicamentos encontram-se identificados com a denominação comum internacional (DCI), a dosagem e o respetivo código hospitalar, sendo que, por forma a facilitar a sua identificação, o CMRRC-RP utiliza uma série de critérios de distinção. Assim, todos possuem a DCI escrita a azul e o código hospitalar a vermelho, com exceção dos transdérmicos onde a DCI é escrita a verde. Por outro lado, as preparações auriculares e oftálmicas possuem a identificação com fundo rosa, os injetáveis com fundo amarelo, os cremes/pomadas com fundo verde, os pensos com fundo laranja e as soluções orais com fundo azul. De realçar que, quando um medicamento possui dosagens diferentes, a dosagem maior é escrita a vermelho e a menor a preto.

Os medicamentos que são enviados na DU precisam igualmente de estar identificados por forma a serem reconhecidos nos serviços. Assim, quando os blisters não possuem identificação em cada unidade, é necessário preparar rótulos com a respetiva DCI, forma farmacêutica, dosagem, lote e PV, sendo estes colados na parte posterior do blister.

3.1.3.8 Reembalagem de medicamentos

Na preparação da DU, é crucial aferir a necessidade de reembalagem de comprimidos e cápsulas dado que alguns vêm embalados a granel sendo, portanto, incompatíveis com o processo de DU. Por outro lado, podem ser requisitadas dosagens específicas que obrigam à divisão de comprimidos. Nestes casos, é necessário proceder à reembalagem individual sendo que, para tal, o CMRRC-RP dispõe da máquina de reembalagem *Auto-Print® Unit Dose Packaging*

System e da máquina de selagem a vácuo *KRUPS Vacupack plus*[®], sendo esta última apenas usada em comprimidos/ cápsulas de grandes dimensões ou quando é necessária uma pequena quantidade do medicamento. Após a reembalagem, é crucial garantir a correta identificação dos medicamentos, sendo que a *Auto-Print*[®] *Unit Dose Packaging System* realiza a rotulagem de forma automática.

3.1.3.9 Preparação das caixas de psicotrópicos e estupefacientes

Os psicotrópicos e estupefacientes são substâncias muito importantes tendo benefício terapêutico em várias patologias, no entanto, estes apresentam alguns riscos como a habituação e a dependência física e psíquica. Assim, estes medicamentos devem ser altamente controlados sendo que, no CMRRC-RP, estes são armazenados num cofre devidamente fechado e de acesso restrito. Tendo em conta os cuidados a ter com este tipo de medicamentos, o seu envio para os diversos serviços não é incluído na DU. Desta forma, um farmacêutico é responsável pela preparação dos psicotrópicos e estupefacientes prescritos em caixas individuais para cada serviço, devendo esta preparação ser novamente confirmada por outro farmacêutico antes do envio. Depois da dupla verificação, as caixas são fechadas e enviadas ao mesmo tempo da DU para cada serviço.

No estágio, a preparação destas caixas permitiu adquirir maior conhecimento relativamente a este tipo de medicamentos e aos cuidados que se deve ter no seu manuseamento.

3.1.3.10 Participação no circuito da Toxina Botulínica

A toxina botulínica consiste numa neurotoxina obtida através da bactéria *Clostridium botulinum*, que possui capacidade de bloquear sinais nervosos musculares, causando relaxamento muscular, sendo maioritariamente usada em episódios de espasticidade [15]. Nos SF do CMRRC-RP estão disponíveis três apresentações: *Xeomin*[®], *Botox*[®] e *Dysport*[®].

Esta toxina apresenta um circuito diferente tendo em conta o serviço a que se destina. No caso do serviço de consultas externas, o circuito está devidamente definido, tanto quanto ao número de unidades enviadas, quanto aos dias de entrega (todas as segundas, quartas e quintas-feiras) e de recolha das unidades não utilizadas (todas as terças, quintas e sextas-feiras). Para os restantes serviços, as toxinas são apenas enviadas se existirem prescrições médicas.

Quando uma toxina que foi enviada é utilizada (no caso do serviço de consultas externas), ou quando existe uma prescrição (no caso dos restantes serviços), é necessário

apresentar aos SF o Modelo nº1804 de Requisição/Distribuição/Administração de Medicamentos Hemoderivados (Anexo I). Este modelo possui duas vias, sendo a via farmácia guardada nos SF e a via serviço anexada ao processo do doente. Neste modelo, o médico deve preencher o campo A e B, identificando o doente, o medicamento, a dose, a duração do tratamento e a justificação clínica. Posteriormente, o farmacêutico deve preencher o campo C, identificando o número de registo de distribuição, o medicamento, a quantidade, o lote e o laboratório/ fornecedor. Por fim, o farmacêutico deve ainda registar a utilização da toxina em questão no GHAF, por forma a acertar o *stock* dos SF.

Durante o estágio, pude participar neste processo de “empréstimo” da toxina botulínica, verificando que se trata de uma atividade bastante complexa e de extrema responsabilidade.

3.1.3.11 Visitas médicas

No CMRRC-RP, o farmacêutico tem a possibilidade de contactar com os doentes através das visitas médicas semanais, sendo que, durante o estágio, tive a oportunidade de estar presente em algumas. Estas visitas consistem em reuniões de debate, sendo os seus intervenientes os médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, farmacêuticos e o doente. Aqui, os profissionais de saúde abordam o estado clínico do doente, por forma a realizar, se necessário, alterações na sua terapêutica. Cabe ao enfermeiro informar todas as suas observações semanais, como por exemplo, problemas na alimentação ou a capacidade do doente realizar as suas tarefas básicas diárias. Por outro lado, os fisioterapeutas comunicam todos os exercícios que o doente realizou nessa semana e os resultados atingidos. Relativamente aos farmacêuticos, estes auxiliam na abordagem à terapêutica, mencionando os medicamentos que se encontram disponíveis nos SF e oferecendo alternativas terapêuticas quando requisitadas pelos médicos. Por fim, o médico reúne toda a informação disponibilizada e decide o que alterar ou manter na terapêutica do doente em questão.

Na minha opinião, a realização destas visitas médicas é extremamente importante, uma vez que permite o debate da situação do doente entre diferentes profissionais de saúde, garantindo uma adequada avaliação e possível intervenção. Por outro lado, os doentes também se demonstram agradados com as visitas, visto que lhe é dispensada a oportunidade de esclarecer as suas dúvidas e referir possíveis situações do seu desagrado.

3.1.4 Registo obrigatório de lotes

No CMRRC-RP, todos os processos que envolvem o movimento de medicamentos exigem o registo dos seus lotes. Assim, na rotulagem, na preparação da DU e na gestão dos armazéns e carros de emergência é necessário identificar corretamente cada medicamento com o respetivo lote. Este registo obrigatório de lotes assume-se como uma prática de segurança dos doentes visto que, em caso de reações adversas medicamentosas (RAMs) ou qualquer outro problema relacionado com um dado medicamento, se consegue rapidamente identificar o lote responsável, procedendo-se a uma intervenção direcionada.

3.1.5 Existência de carros elétricos autónomos

Em 2010, o CMRRC-RP adquiriu dois veículos elétricos e autónomos, conhecidos por MOVE. Cada veículo apresenta capacidade para 24 pessoas, transportando-as entre as diferentes unidades do hospital, sendo monitorizado remotamente sem necessidade de um motorista. O MOVE (Anexo 2) é um transporte silencioso e amigo do ambiente visto ser 100% elétrico, sendo o seu custo de instalação baixo uma vez que circulam numa via já existente. Desta forma, considero que o MOVE contribui bastante para distinção do hospital e para a facilidade de transporte dos doentes entre todos os locais, representando uma excelente aposta para um meio hospitalar.

3.1.6 Adequação do MICEF à realidade da Farmácia Hospitalar

Ao longo do estágio no CMRRC-RP foi possível aplicar diversos conhecimentos adquiridos durante o MICEF. De todas as unidades curriculares, destaco principalmente Farmácia Hospitalar que permitiu conhecer todas as atividades que o farmacêutico desempenha neste contexto, facilitando o primeiro contacto com a realidade do estágio. Nesta cadeira foi ainda possível visitar os SF do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) o que proporcionou um contacto direto com o ambiente hospitalar. Desta forma, considero que o plano curricular do MICEF vai de encontro com as necessidades dos estudantes, principalmente no que ao estágio em farmácia hospitalar diz respeito.

3.2 Weaknesses (Pontos Fracos)

3.2.1 Duração do estágio

O estágio em farmácia hospitalar apresenta uma duração mínima de 280 horas sendo, comparativamente ao período mínimo exigido em farmácia comunitária, um estágio de duração extremamente curta. Na minha opinião, o tempo cedido atualmente aos estudantes é insuficiente para a aprendizagem de todas as atividades desempenhadas pelo farmacêutico em meio hospitalar. Deste modo, considero que a atividade de um farmacêutico hospitalar em nada é inferior à de um farmacêutico comunitário, devendo por isso, existir uma menor discrepância entre a duração de ambos os estágios, preparando os estudantes de igual forma para as diferentes áreas.

3.2.2 Inexistência de distribuição ambulatória de medicamentos

A distribuição ambulatória de medicamentos consiste na dispensa dos mesmos a utentes que não se encontram internados no hospital dado que existem vários medicamentos que possibilitam ao doente iniciar ou continuar o tratamento no domicílio. Assim, por razões de segurança e por vezes económicas, o acompanhamento prestado a estes doentes carece de farmacêuticos com formação especializada na área, devendo ser realizado em farmácias hospitalares [16].

Dado o contexto dos cuidados prestados pelo CMRRC-RP, este não apresenta distribuição ambulatória de medicamentos. Desta forma, considero este facto um ponto fraco do meu estágio no CMRRC-RP, uma vez que não tive a oportunidade de conhecer e desempenhar esta atividade, que poderia ter executado noutro hospital.

3.2.3 Distância entre os SF e os restantes serviços

O CMRRC-RP possui uma estrutura peculiar, apresentando cada um dos seus serviços em diferentes edifícios. As unidades RGA, UCC e Ex-Hansen encontram-se completamente individualizadas, sendo que, a unidade LM partilha o edifício com os SF. Desta forma, para a realização de transferências de medicamentos e produtos entre as unidades e os SF, é necessária uma carrinha que se responsabiliza pelo seu transporte várias vezes ao dia. Desta forma, é obrigatório um maior controlo durante o transporte dos medicamentos principalmente no que às condições de estabilidade diz respeito. Por outro lado, torna-se necessária a existência de pessoal inteiramente disponível para assegurar estas transferências nos momentos necessários.

Outro ponto negativo relacionado com a localização dos diversos serviços consiste na distância entre os SF e o serviço de aprovisionamento que, na minha opinião, deveriam estar próximos por forma a facilitar todo o processo de gestão económica, incluindo a receção de encomendas.

3.2.4 Essência dos cuidados do CMRRC-RP

Como mencionado anteriormente, o CMRRC-RP presta cuidados de saúde direcionados para a medicina física e reabilitação, aceitando apenas doentes adultos. Tendo em conta a natureza dos serviços prestados e o número reduzido de doentes, o contacto com algumas situações e terapêuticas revelou-se um pouco limitado, destacando principalmente a inexistência de casos de oncologia. Por outro lado, como se trata de um hospital apenas destinado a adultos, não foi possível contactar com crianças, o que impediu a familiarização com medicamentos e respetivas posologias em contexto pediátrico.

3.3 Opportunities (Oportunidades)

3.3.1 Exploração do sistema informático GHAF

O GHAF é um sistema informático desenvolvido pelos Serviços Técnicos de Informática (ST+I) e disponibilizado a vários hospitais portugueses, incluindo o CMRRC-RP. Este sistema informático visa dar resposta a toda a logística hospitalar e ao circuito do medicamento, garantindo uma correta gestão dos hospitais. O GHAF assume-se o braço direito dos farmacêuticos uma vez que permite, por exemplo, a gestão de stocks, a prescrição e respetiva validação de forma informatizada e a preparação da DU, tornando todos estes processos muito mais céleres.

No decorrer do estágio, tive a oportunidade de explorar o funcionamento deste sistema informático, o que considero ter sido de extrema importância uma vez que este foi essencial para a realização de diversas atividades propostas.

3.3.2 Contacto com medicamentos de receita médica restrita e uso exclusivo hospitalar

Segundo o artigo 118º do Decreto-Lei nº176/2006, existem medicamentos sujeitos a receita médica restrita, sendo estes, medicamentos de utilização reservada a meios especializados, se cumprirem certas condições. Esta situação pode verificar-se, por exemplo,

em medicamentos que se destinam a uso exclusivo hospitalar dadas as suas características farmacológicas, a sua recente comercialização ou por motivos de saúde pública [17].

No decorrer do estágio, foi possível contactar com medicamentos de receita médica restrita e uso exclusivo hospitalar. Entre os vários casos, destaco a solução injetável de amicacina 500 mg/2 mL, a solução injetável de amiodarona 150 mg/3 mL, a solução injetável intratecal de baclofeno 10 mg/ 5mL, o pó para solução injetável de ceftriaxona 1000 mg e a solução injetável de lidocaína 200 mg/ 20mL. Desta forma, foi possível explorar novos medicamentos que, por serem de uso exclusivo hospitalar, não tive a oportunidade de contactar no estágio de farmácia comunitária.

3.3.3 Comunicação com outros profissionais de saúde

Ao longo do estágio, foi possível verificar que existe uma excelente cooperação entre os diversos profissionais de saúde do CMRRC-RP. De facto, os SF encontram-se em constante comunicação com os mais variados profissionais, observando-se uma contante ajuda mútua entre estes. No estágio, principalmente através das visitas médicas, tive a oportunidade de comunicar e interagir com diversos profissionais, incluindo outros farmacêuticos, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. Desta forma, considero que a oportunidade que tive de conferenciar com estes profissionais tornou o estágio bastante interessante, tendo aprendido muito com cada um.

3.3.4 Visita às antigas instalações da Leprosaria Nacional Rovisco Pais

Como referido anteriormente, o atual CMRRC-RP está localizado onde, no passado, funcionou a Leprosaria Nacional Rovisco Pais. Há aproximadamente um ano, os doentes leprosos que ainda hoje permanecem no hospital, foram transferidos do edifício original da Leprosaria para um outro, mais recente. Desde então, este edifício encontra-se abandonado e num estado bastante degradado.

Nos últimos dias do estágio foi possível realizar uma visita a estas instalações, o que permitiu observar os quartos, as salas de convívio, as salas de enfermagem, a sala de operações e o laboratório da antiga Leprosaria. Considero que a visita foi deveras interessante uma vez que possibilitou o contacto com instalações diferentes das existentes atualmente, assim como, permitiu viajar no tempo e imaginar o que se vivenciou naquele mesmo sítio há muitos anos atrás.

3.4 Threats (Ameaças)

3.4.1 Vagas disponíveis em farmácia hospitalar

Não há dúvidas que o farmacêutico é fundamental numa unidade hospitalar. O seu conhecimento sobre os medicamentos é claramente uma vantagem para qualquer equipa, no entanto, de um modo geral, o número de farmacêuticos existentes por hospital é limitado. De facto, por razões principalmente económicas, existe atualmente uma reduzida contratação de farmacêuticos para a área hospitalar, verificando-se uma maior facilidade dos mesmos ingressarem noutras áreas. Assim, como estudante finalista, considero a realidade atual uma verdadeira ameaça ao futuro farmacêutico, com impacto principalmente nos farmacêuticos mais jovens.

3.4.2 Inadaptação dos laboratórios ao serviço de DU

Como referi anteriormente, na preparação da DU é necessário garantir que todos os medicamentos reúnem as condições necessárias para serem enviados de forma individualizada. Infelizmente, existem muitos laboratórios cujos medicamentos não se encontram adaptados à DU por não apresentarem identificação, lote e prazo de validade em cada unidade, ou por se apresentarem a granel, sendo necessário proceder à sua rotulagem e reembalagem respetivamente.

Desta forma, esta inadaptação à DU representa uma ameaça à boa gestão económica dos SF visto que acarreta gastos extras associados à rotulagem e reembalagem, para além do tempo que é inevitável despendido para a realização destas tarefas.

3.4.3 Impossibilidade de acesso ao processo clínico dos doentes

Como referido anteriormente, o farmacêutico é responsável pela validação das prescrições médicas, garantindo a sua conformidade, no entanto, este apenas tem acesso à identificação do doente e à lista de medicamentos que este toma, não tendo qualquer informação sobre o seu processo clínico. Desta forma, considero que o farmacêutico não possui toda a informação necessária para uma correta avaliação das prescrições médicas, principalmente em casos de medicamentos cuja dosagem influencia a indicação terapêutica e em situações de uso de medicamentos em *off-label*. Assim, julgo que esta situação representa uma ameaça à atividade do farmacêutico, sendo que seria benéfico para todos permitir aos SF o acesso ao processo clínico de cada doente, por forma a otimizar o processo de validação e consequentemente diminuir os erros associados à prescrição.

4. Considerações Finais

Chegado o fim do estágio no CMRRC-RP, é crucial enaltecer a sua importância na minha formação profissional. Ao longo destes dois meses, tive a oportunidade de conhecer melhor a função farmacêutica no contexto hospitalar que é, sem dúvida, fundamental para a prestação de cuidados de saúde de excelência.

Posto isto, considero que o estágio foi estrategicamente organizado, tendo tido a possibilidade de exercer várias das funções inculcadas ao farmacêutico no âmbito hospitalar. Por outro lado, o contacto que estabeleci com os utentes e os diversos profissionais de saúde, representou uma grande oportunidade para o meu crescimento quer pessoal, quer profissional. Destaco também a qualidade dos serviços prestados pelo CMRRC-RP uma vez que este possui todas as condições e profissionais de saúde necessários para o cuidado dos seus utentes, sendo um hospital de renome a nível nacional.

Em suma, acredito que este estágio foi essencial para conhecer uma realidade completamente diferente da farmácia comunitária que representa, de um modo geral, a principal área de ingresso dos farmacêuticos.

5. Anexos

Anexo I

Número de série 2676176 VIA FARMÁCIA



MEDICAMENTOS HEMODERIVADOS
REQUISIÇÃO/DISTRIBUIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO
(Arquivar pelos Serviços Farmacêuticos)*

HOSPITAL _____
SERVIÇO _____

<p>Médico _____ <small>(Nome legível)</small></p> <p>N.º Mec. ou Vinheta _____</p> <p>Assinatura _____</p> <p style="text-align: right;">Data ____/____/____</p>	<p>Identificação do doente <small>(Nome, n.º de identificação civil, n.º do processo, n.º de unidade do SUS)</small></p> <p style="font-size: small;">Apor etiqueta autocolante, original ou cópia. Enviar antes autocolantes, com identificação do doente, quando as unidades requisitadas.</p>	QUADRO A
---	--	-----------------

REQUISIÇÃO/JUSTIFICAÇÃO CLÍNICA (a preencher pelo médico)

<p>Hemoderivado _____ <small>(Nome, forma farmacéutica, via de administração)</small></p> <p>Dose/Frequência _____ Duração do tratamento _____</p> <p>Diagnóstico/Justificação Clínica _____</p>	QUADRO B
---	-----------------

REGISTO DE DISTRIBUIÇÃO N.º _____ (a preencher pelos Serviços Farmacêuticos)

Hemoderivados	Quantidade	Lote	Lab. origin/Fonte	N.º Cat. INFARMED

Enviado ____/____/____ Farmacêutico _____ N.º Mec. _____

(*) Basicamente, o plasma fresco congelado liofilizado poderá ser distribuído e ser registo e arquivado nos Serviços de Imuno-Hemoterapia.

Recebido ____/____/____ Serviço requisitante (assinatura) _____ N.º Mec. _____

I. Instruções relativas à documentação:

A requisição, constituída por 2 vias (**VIA FARMÁCIA** e **VIA SERVIÇO**), é enviada aos Serviços Farmacêuticos após preenchimento dos Quadros A e B pelo serviço requisitante. O Quadro C é preenchido pelos Serviços Farmacêuticos.

VIA SERVIÇO – A preencher pelo serviço requisitante e arquivar no processo clínico do doente.

VIA FARMÁCIA – Permanece em arquivo nos Serviços Farmacêuticos. *Excepcionalmente, a distribuição e registo do plasma fresco congelado liofilizado, bem como o arquivo da via farmácia, poderá ser feito pelos Serviços de Imuno-Hemoterapia.*

II. Instruções relativas ao produto medicamentoso:

- Cada unidade medicamentosa fornecida será etiquetada pelos Serviços Farmacêuticos com as respetivas condições de conservação e identificação do doente e do serviço requisitante;
- Os produtos não administrados no prazo de 24 horas e atendendo às condições de conservação do rótulo serão obrigatoriamente devolvidos aos Serviços Farmacêuticos. No Quadro D será lavrada a devolução, datada e assinada (n.º mecanográfico).

Circular n.º 105/2000 (2.ª série), dos Serviços da Defesa Nacional e da Saúde, publicada no Diário da República, 2.ª série, n.º 251, de 30 de outubro de 2000. Modelo n.º 1804 (Edição de 2002, 2.ª) 

Modelo nº 1804 de Requisição/Distribuição/Administração de Medicamentos Hemoderivados

Anexo 2



MOVE- veículo elétrico e autónomo

Parte III

*Polimedicação e desprescrição no doente paliativo –
até quando tratar*

Orientadora: Dr^a. Ana Cristina Cabral

Resumo

O avanço na medicina e o conseqüente aumento da esperança média de vida têm contribuído para um maior consumo de medicamentos culminando, por vezes, em casos de polimedicação. No contexto de cuidados paliativos, em que os doentes apresentam doenças graves e/ou incuráveis e a expectativa de vida é geralmente curta, o uso de alguns medicamentos pode deixar de ser apropriado, ponderando-se a sua desprescrição.

Este trabalho teve como finalidade avaliar a polimedicação e a existência de medicamentos potencialmente inapropriados, incluindo as suas causas e o seu impacto na qualidade de vida. Além disso, o objetivo incluiu a revisão do conceito de desprescrição e os casos onde esta deve ser iniciada, propondo um conjunto de etapas a seguir na sua aplicação. Por fim, pretendeu-se identificar medicamentos passíveis de serem inapropriados no doente paliativo e, por conseguinte, possíveis de desprescrever.

Após pesquisa bibliográfica, foi possível verificar que a polimedicação e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados são frequentes em doentes paliativos. Medicamentos como estatinas, antimicrobianos, anticoagulantes, bifosfonatos, protetores gástricos e antidiemência representam alguns exemplos apontados para a desprescrição nestes doentes.

Em suma, foi possível concluir que a revisão da medicação e a desprescrição são processos essenciais para evitar a polimedicação e existência de medicamentos potencialmente inapropriados, principalmente quando em contexto paliativo. Desta forma, é fundamental apostar mais na desprescrição, por forma a torná-la uma prática comum nos cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Cuidados Paliativos, Polimedicação, Medicamentos potencialmente inapropriados, Revisão da medicação, Desprescrição.

Abstract

The advance in medicine and the consequent increase in the average life expectancy have contributed to a greater consumption of medicines culminating sometimes in cases of polypharmacy. In context of palliative care in which patients have severe and/or incurable illnesses and life expectancy is generally short so the use of some medicines may no longer be appropriated at which time deprescribing is pondered.

The purpose of this study was to evaluate the polymedication and the existence of potentially inappropriate medicines including their causes and impacts on quality of life. In addition the objective included the review of the concept of deprescribing and the cases where it should be initiated proposing a set of steps to follow in its application. Finally it was intended to identify medicines that could be inappropriated in the palliative patients and therefore possible to be deprescribed.

After the bibliographic research it was possible to verify that the polypharmacy and the use of potentially inappropriate medications are frequent in palliative patients. Medicines such as statins, antimicrobials, anticoagulants, bisphosphonates, gastric protectors and antidementia are some examples pointed to deprescribing in these patients.

Therefore it was possible to conclude that medication review and deprescribing are essential processes to avoid polypharmacy and the existence of potentially inappropriate medicines especially when in a palliative context. In this way it is fundamental to focus more on deprescribing in order to make it a common practice in health care.

Keywords: Palliative care, Polypharmacy, Potentially inappropriate medicines, Medication review, Deprescribing.

Abreviaturas

CP	Cuidados Paliativos
DMI	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
DRGE	Doença do refluxo gastroesofágico
ECSCP	Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos
EIHSCP	Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos
GI	Gastrointestinal
HbA1c	Hemoglobina glicada
HBPM	Heparinas de baixo peso molecular
IACHe	Inibidores da acetilcolinesterase
IBP	Inibidores da bomba de prótons
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
MNSRM	Medicamentos não sujeitos a receita médica
MPI	Medicamentos potencialmente inapropriados
NMDA	N-metil-D-Aspartato
NOAC	Novos anticoagulantes orais
RAMs	Reações adversas medicamentosas
TE	Tromboembolismo
TV	Trombose venosa
UCP	Unidade de cuidados paliativos

I. Introdução

A ideia de que nada há a fazer perante pessoas com doenças crónicas, incuráveis ou terminais é errada. Na realidade, nestes doentes, em termos curativos nada há a fazer, no entanto, na linha de cuidados sim, destacando-se neste contexto os cuidados paliativos (CP). Estes cuidados representam uma ação ativa e rigorosa, que combina a ciência e o humanismo, tendo como objetivo o alívio do sofrimento, o conforto geral dos doentes e o tratamento de problemas a curto prazo. Assim, os CP atuam em nome da dignidade humana sendo fundamental apostar na sua implementação [18,19].

Tendo em conta os objetivos mencionados acima e a limitada expectativa de vida destes doentes, alguns dos seus medicamentos tornam-se potencialmente inapropriados ao longo do tempo. Além disso, a prescrição inadequada e a polimedicação são uma realidade constante, tornando necessária a revisão frequente da medicação por forma a orientar a terapêutica da melhor forma [20,21].

A polimedicação e o uso de medicamentos potencialmente inapropriados (MPI) representam um grave problema atual [22]. Desta forma, no âmbito dos CP, uma abordagem “menos é mais” no controlo da medicação parece benéfica, chegando-se ao conceito da desprescrição [21]. No entanto, esta abordagem ainda não é uma prática comum, sendo que a terapêutica não é corretamente adaptada à evolução do doente [23].

Desta forma, é fundamental interiorizar a ideia de que, em CP, os medicamentos que prolongam a vida ou que servem de prevenção primária ou secundária geralmente não devem ser mantidos visto que o tempo para o benefício é superior à expectativa de vida [23]. Assim, a avaliação regular da terapêutica destes doentes é de extrema importância, devendo ocorrer uma discussão com o doente sobre o seu estado clínico, os seus objetivos terapêuticos e a possível necessidade de ajustes nos seus medicamentos [24]. Esta monografia apresentará de seguida uma abordagem mais completa desta temática, incluindo uma referência geral aos CP e a todo o processo, benefícios e barreiras da desprescrição.

2. Cuidados Paliativos

2.1 Noção de Cuidados Paliativos

Os CP são cuidados direcionados a pessoas com problemas decorrentes de doenças graves e/ou incuráveis com prognóstico limitado, assim como aos seus familiares [25,26]. De facto, estes cuidados são maioritariamente direcionados para a fase final da vida dos doentes sem possibilidade de cura. Assim, estes cuidados visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e familiares mediante a prevenção e alívio do sofrimento, permitindo atuar sobre os problemas não só físicos como também psicológicos e sociais que advêm da situação. Desta forma, os CP não são cuidados curativos, sendo a sua função minimizar a dor e outros sintomas, permitindo aos doentes viver o mais confortável possível, afirmando a vida mas considerando a morte como algo natural [27].

A prática de CP é atribuída a equipas multidisciplinares com formação especializada, podendo ser constituídas por médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros profissionais. O serviço destas equipas pode ser disponibilizado em diferentes contextos médicos ou hospitalares, incluindo o domicílio do doente, se este o desejar [25].

Contrariamente à ideia mais generalista, os CP não se aplicam apenas ao doente terminal. Na realidade, estes cuidados podem ser prestados durante os tratamentos, no controlo de sintomas que podem advir tanto da doença como do próprio tratamento, quando a doença se prolonga no tempo ou quando o tratamento deixa de ser eficaz, sendo transversais a diversas patologias [25].

Por outro lado, estes cuidados são frequentemente associados apenas a doentes idosos, o que não corresponde inteiramente à verdade uma vez que também as crianças podem sofrer de doenças com necessidades paliativas. Na verdade, os CP pediátricos podem começar no nascimento ou até mesmo durante a gravidez [28]. Desta forma, os CP destinam-se a crianças, adultos e idosos com [29]:

- Doença aguda, grave e ameaçadora de vida, em que a cura é a meta mas a doença ou o próprio tratamento tem impacto negativo na qualidade de vida (traumatismos, acidente vascular agudo, entre outros);
- Malformações congénitas e outras situações com dependência de terapêutica de suporte de vida e/ou auxílio para as atividades diárias;

- Doença crónica progressiva (insuficiência renal, insuficiência hepática, doenças neurodegenerativas, demência, neoplasias, entre outros);
- Lesões crónicas;
- Doença ameaçadora de vida, sendo que, por opção, não é realizado tratamento para a mesma ou suporte de vida;
- Doença em fase terminal sem expectativa de recuperação [cancro em fase terminal, demência avançada, acidente vascular cerebral (AVC) altamente incapacitante, entre outros].

De notar que os CP devem ser aplicados o mais precocemente possível, podendo ser introduzidos no momento do diagnóstico, associados aos cuidados curativos, e sendo completamente integrados numa fase mais avançada da situação clínica. Desta forma, torna-se exequível uma cooperação entre os cuidados curativos e os CP, assumindo-se uma ação preventiva quanto ao sofrimento físico e psicológico do doente. Assim, assegura-se melhor qualidade de vida para o doente e familiares/cuidadores, durante mais tempo, não havendo restrição apenas aos últimos momentos da vida [19].

2.2 Áreas de atuação

Os CP destacam-se pela sua atuação em diversas áreas, sendo cuidados verdadeiramente complexos. Neste tipo de cuidados, os diversos profissionais de saúde devem intervir em vários âmbitos entre os quais se destacam [25]:

- Intervenção na dor e outros sintomas (vómitos, dificuldade respiratória, entre outros);
- Participação na tomada de decisões terapêuticas importantes (introdução, não introdução ou suspensão de dada terapêutica);
- Suporte em situações de ansiedade, depressão, luto, entre outros;
- Apoio na resposta a possíveis conflitos terapêuticos entre o doente/família e a equipa de profissionais, entre o doente e a família ou até entre os diversos profissionais de saúde envolvidos.

2.3 Modelos de prestação de cuidados

Tal como referido anteriormente, os CP são focados no doente, nos seus desejos e preferências. Desta forma, é necessário averiguar o local onde o doente pretende receber estes cuidados, estando disponíveis ao doente os seguintes recursos [30]:

- **Unidades de CP (UCP)** - consistem na prestação dos CP em doentes internados, sendo que a UCP pode localizar-se num hospital ou numa estrutura adjacente a um hospital.
- **Equipas intra-hospitalares de suporte em CP (EIHSCP)** - fornecem orientações sobre os CP ao hospital e aos doentes e familiares, garantindo uma maior qualidade dos cuidados prestados.
- **Equipas comunitárias de suporte em CP (ECSCP)** - disponibilizam CP no domicílio do doente, fornecendo também, aconselhamento a médicos e enfermeiros que prestam cuidados ao domicílio.

2.4 Cuidados Paliativos em Portugal

A prática de CP em Portugal ainda é recente, tendo surgido tardiamente quando comparado com outros países europeus. Desde então, tem-se verificado uma evolução destes cuidados, com notória aposta na formação de profissionais nesta área. No entanto, a quantidade de serviços paliativos disponibilizados aos portugueses é ainda limitada, sendo que, dados apresentados pelo SNS referentes a abril de 2019, referem a existência de 28 UCP, 45 EIHSCP e 21 ECSCP [31,32]. Estes dados confirmam a precariedade de oferta de CP em Portugal que ainda estão longe de satisfazer as necessidades do país.

Assim, é imprescindível um maior progresso nos CP, por forma a responder à extensa percentagem de portugueses com necessidade destes serviços, sendo fundamental aumentar o número de profissionais com formação neste campo e assegurar a qualidade destes serviços [31].

2.5 O doente paliativo e as suas particularidades

Tal como referido anteriormente, os CP são prestados a pessoas com doenças graves e/ou incuráveis com prognóstico limitado, sendo transversais a várias patologias e faixas etárias, no entanto, são maioritariamente disponibilizados a idosos e doentes já em fim de vida [25,26].

O diagnóstico de uma doença ameaçadora de vida é um fator importante para o desenvolvimento de estados emocionais alterados. De facto, a maioria dos doentes e familiares não enfrenta facilmente a aproximação à morte, sendo a ansiedade e a depressão os sintomas psicológicos de maior prevalência nos doentes paliativos [33,34]. O aparecimento destes quadros de ansiedade e de depressão relaciona-se diretamente com o conhecimento que o doente possui do seu estado clínico, sendo que, quando o conhecimento é limitado, o doente tende a desenvolver medos e, quando este está completamente consciente, surge a tristeza e a frustração [33].

Para além dos sintomas psicológicos, o doente paliativo é geralmente um doente que apresenta vários sintomas físicos, destacando-se a dor e o mau estar geral. De seguida, apresenta-se a Tabela I que resume a grande diversidade de sintomas que frequentemente se verificam neste tipo de doentes, independentemente das patologias que estes possuem [33-35].

Tabela I: Sintomas mais frequentes no doente paliativo.

Dor	Anorexia
Ansiedade	Incontinência urinária
Depressão	Dispneia
Náusea	Insónia
Vómitos	Sonolência
Diarreia	Mau estar geral
Falta de apetite	Cansaço

Desta forma, o controlo sintomático no doente paliativo torna-se o principal objetivo uma vez que o seu controlo inadequado acarreta sofrimento acrescido para o doente e para a família, podendo mesmo ter impacto negativo na progressão da doença [33].

2.5.1 Conceito de polimedicação

Uma das características do doente paliativo, principalmente do doente paliativo idoso, é o consumo simultâneo de vários medicamentos, resultando frequentemente em situações de polimedicação [36-38].

A polimedicação é definida como a administração simultânea e crónica de vários medicamentos num dado doente [38]. Atualmente, ainda não existe consenso quanto ao número mínimo de medicamentos necessários para se considerar um doente como polimedicado, no entanto, a maioria dos estudos considera a toma simultânea de cinco ou mais medicamentos [37,38]. De realçar que o conceito de polimedicação não se aplica apenas

a medicamentos que tenham sido prescritos pelo médico, incluindo também, os medicamentos não sujeitos a receita médica (MNRSM) que o doente possa estar a tomar [39]. Neste sentido, torna-se fundamental avaliar os casos de polimedicação, por forma a garantir uma correta gestão terapêutica e evitar polimedicação inapropriada.

Os casos de polimedicação são, desta forma, comuns nos dias de hoje, sendo que nos países desenvolvidos, 30% dos doentes com idade superior a 65 anos tomam cinco ou mais medicamentos. Esta elevada prevalência da polimedicação pode resultar da combinação de vários fatores onde se destaca [21,36]:

- Idade
- Presença de várias patologias
- Frequentes hospitalizações
- Consultas com diferentes médicos e em especialidades diferentes
- Possíveis erros de medicação
- Falta de comunicação entre o doente e o médico quanto a medicamentos anteriormente prescritos
- Interpretação incorreta de reações adversas medicamentosas (RAMs) com consequente adição de mais medicamentos
- Perceção do doente e da sua família de que a medicação é necessária

2.5.2 Polimedicação e Medicamentos Potencialmente Inapropriados

Ao longo do tempo, tem-se verificado que a polimedicação apresenta consequências potencialmente negativas para os doentes. Na prática torna-se indiscutível o facto do número de medicamentos tomados por um doente ser preditor da existência de MPI, sendo que, um medicamento é classificado como inapropriado quando este não é benéfico para o doente ou quando a sua utilização acarreta riscos elevados para o mesmo através da ocorrência de interações medicamentosas, interações medicamento-doença ou RAMs [40].

Nos CP, os medicamentos são também considerados inapropriados quando não apresentam benefício a curto prazo, ou seja, quando o tempo para o seu benefício não é compatível com o tempo de vida expectável do doente uma vez que, na maioria dos casos, o doente paliativo apresenta uma expectativa de vida curta [20,39]. De facto, hoje em dia, muitos

doentes que mudam do tratamento curativo para os CP continuam com prescrições de medicamentos sem benefício ou até com efeitos nefastos sendo assim, uma situação que carece de atenção por parte dos demais profissionais de saúde [20].

Desta forma, a polimedicação e o uso de MPI consistem hoje num problema de saúde prioritário dadas as suas consequências clínicas, económicas e éticas enunciadas na Tabela 2 [36,37,39,41]. Por esta razão, torna-se fundamental identificar estes casos o mais precocemente possível por forma a evitar todas as consequências associadas e assim melhorar a qualidade de vida dos doentes paliativos [20].

Tabela 2: Consequências da polimedicação e do uso de MPI.

Clínicas	Económicas	Éticas
RAMs	Consultas devido a RAM ou interações	Ausência de benefício
Interações medicamentosas e medicamento-doença	Hospitalizações devido a RAM ou interações	Lesões devido a RAM ou interações
Menor adesão à terapêutica	Custo de fármacos desnecessários	Perda de confiança por parte do doente
Erros no cumprimento da terapêutica	Cuidados adicionais	Má relação entre o doente e o profissional de saúde
Mais hospitalizações		
Menor qualidade de vida		
Maior risco de mortalidade /morbilidade		

2.5.3 Importância da revisão da medicação no doente paliativo

A situação clínica de um doente não é constante ao longo do tempo, daí a importância de avaliar regularmente toda a sua medicação, uma vez que um medicamento pode ser apropriado numa dada fase da vida mas não em outras, ou seja, um medicamento que era bom até um dado momento, pode deixar de o ser posteriormente [37,39]. Desta forma, o tratamento instituído a um doente deve ser dinâmico e adaptado à evolução da sua situação clínica, recorrendo-se a adições e suspensões de medicamentos de acordo com as necessidades existentes [39].

A revisão da medicação consiste numa avaliação completa da medicação de um dado doente por forma a garantir o uso apropriado dos medicamentos. Desta forma, a revisão torna-se uma boa estratégia de gestão da medicação, assim como de controlo da polimedicação e de redução do uso de MPI [37].

No doente paliativo, a revisão da medicação assume um papel ainda mais importante. Primeiramente, como é geralmente uma pessoa em fim de vida, este pode apresentar alterações fisiológicas com impacto na farmacocinética e farmacodinâmica dos medicamentos, alterando o seu perfil de eficácia e segurança [36]. No caso de doentes idosos, a frequente presença de múltiplas comorbidades, a maior probabilidade de RAMs e a menor possibilidade de resposta favorável à terapêutica, também implica maior controlo [42]. Por outro lado, quando falamos em pessoas com necessidade de CP, surge a questão de continuar ou não dadas medicações previamente prescritas, principalmente as de foro preventivo ou curativo, já que o objetivo da terapêutica nestes doentes está no controlo sintomático [36]. Por estas razões, torna-se imperativo realizar regularmente a revisão da medicação no doente paliativo, sendo que, no seguimento deste procedimento e em resposta a todas as consequências da polimedicação e do uso de MPI, surge o processo de desprescrição [36].

3. Desprescrição em Cuidados Paliativos

3.1 Compreensão do termo “desprescrição”

A desprescrição consiste num processo em que os medicamentos de um dado doente são analisados e removidos quando constituem potenciais riscos para o doente ou quando não beneficiam a situação clínica do mesmo, isto é, quando são inapropriados [26,37]. Desta forma, a desprescrição consiste numa avaliação individualizada da terapêutica de um dado doente, através da sua revisão, culminando na retirada de alguns medicamentos, tendo sempre em conta a situação clínica, prognóstico e expectativa de vida da pessoa [36,37].

O processo de desprescrição aplica-se em qualquer momento da vida e é independente da quantidade de medicamentos que um dado doente toma, no entanto, este apresenta maior pertinência nos doentes polimedcados, mais debilitados e com expectativa de vida reduzida, ganhando desta forma, relevância nos CP [20,24,37].

O objetivo da desprescrição é, de facto, otimizar a terapêutica e reduzir a polimedicação inapropriada, melhorando a qualidade de vida dos doentes e diminuindo os custos associados [36]. O plano de desprescrição deve ser elaborado e discutido com o doente e, se este o entender, com a sua família, tendo sempre em conta os objetivos, preferências e crenças dos mesmos [36,43]. De realçar que a desprescrição deve ser um processo contínuo, já que, como mencionado anteriormente, a pertinência de um medicamento pode alterar-se ao longo do tempo, podendo este tornar-se um MPI [26,37].

Durante a desprescrição é fundamental garantir ao doente de que não se trata de um processo de abandono mas sim de aposta no benefício, por forma a que este não sinta que já não vale a pena tratar [36]. Na realidade, é necessário enaltecer que uma terapêutica de qualidade também significa saber suspender ou até mesmo não iniciar determinados medicamentos e que, a desprescrição é um processo reversível podendo um medicamento desprescrito voltar a ser reintroduzido [36,44].

Apesar da importância atual da desprescrição, há ainda pouca informação disponível para orientação dos profissionais de saúde, no entanto, vários estudos demonstram que a desprescrição é um processo em crescimento e com impacto positivo na qualidade de vida dos doentes [39].

3.2 Quando desprescrever

Nos doentes paliativos, torna-se fundamental estabelecer objetivos terapêuticos, ponderar até quando tratar faz sentido e a partir de quando a desprescrição deve ser considerada [36].

Existem diversas razões para que um dado medicamento seja candidato a descontinuação, devendo o mesmo ser fortemente avaliado em vários aspetos. Desta forma, é necessário avaliar se o medicamento é seguro, devendo averiguar-se a existência de RAMs, de interações medicamentosas e interações medicamento-doença. Por outro lado, é fundamental garantir que o medicamento possui indicação clínica e que, por isso, apresenta benefício para a qualidade de vida do doente, sendo que, a nível dos CP, um medicamento considera-se benéfico se atuar a nível sintomático ou se a sua ação beneficiar de algum modo o doente em tempo compatível com a sua expectativa de vida. No caso de medicamentos preventivos, é necessário avaliar se se trata de prevenção primária, secundária ou terciária, sendo que geralmente a prevenção primária e secundária não se mantêm nestes doentes. Para além disso, é essencial analisar toda a medicação por forma a corrigir possíveis duplicações ou erros de prescrição [26,36,37].

A Figura I apresentada na página seguinte indica todos os critérios que podem direcionar os profissionais de saúde para o processo de desprescrição de dado medicamento [26,36,37].

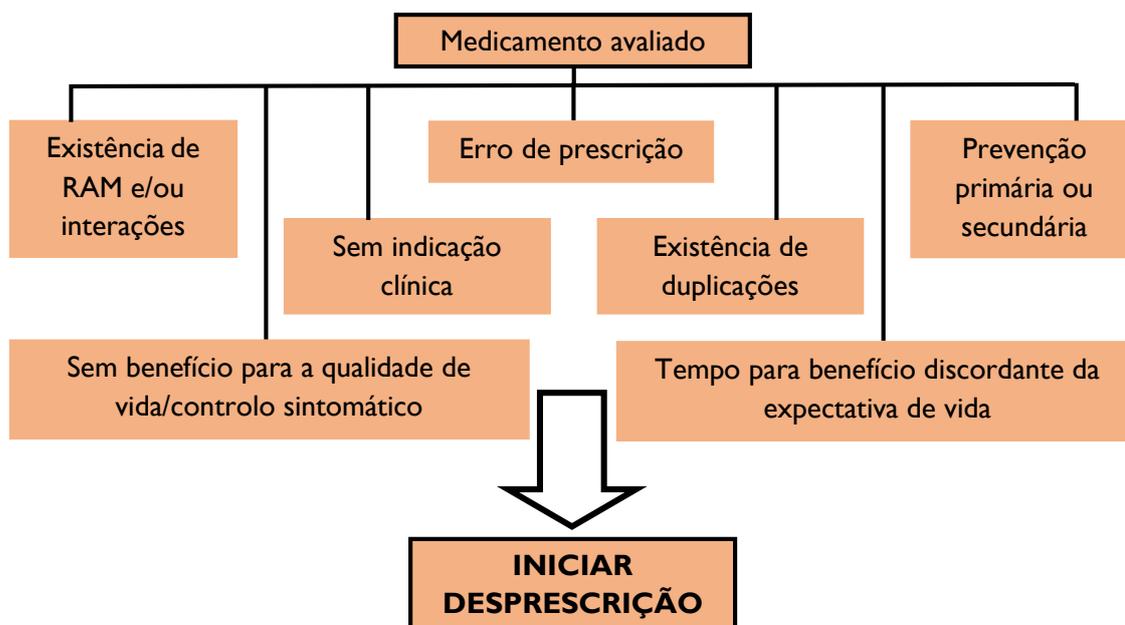


Figura 1: Critérios para iniciar a desprescrição de um dado medicamento.

3.3 Benefícios da desprescrição

A desprescrição é ainda um processo em crescimento, no entanto, são apontadas diversas vantagens na sua realização. De facto, a desprescrição de MPI consegue ter impacto tanto a nível económico como humanístico. A remoção deste tipo de medicamentos diminui a polimedicação e indica uma tendência para menor ocorrência de RAMs, interações medicamentosas, interações medicamento-doença e hospitalizações, resultando numa melhoria da qualidade de vida do doente, melhor adesão à terapêutica e menor risco de morbilidade/mortalidade [26]. O impacto económico também se destaca, visto que se verifica menor recurso a cuidados de saúde primários e menor gasto em medicamentos, culminando em menores encargos para o doente e para o sistema de saúde [18].

3.4 Barreiras à desprescrição

3.4.1 Médicos

Os médicos são, sem dúvida, os profissionais que mais influenciam a prescrição e a desprescrição. Por tal motivo, estes profissionais de saúde constituem uma das maiores barreiras a este processo, mantendo diversas vezes os MPI. Algumas das causas apontadas para este comportamento prendem-se com o facto dos médicos [20,23,26,39]:

- Temerem o conflito com outros profissionais de saúde, principalmente outros prescritores;

- Recearem ver afetada a sua relação com o doente e familiares;
- Preocuparem-se com o aparecimento de consequências clínicas para o doente, decorrentes da descontinuação do medicamento (reações de abstinência ou deterioração do estado clínico);
- Subavaliarem os possíveis danos causados pela medicação.

3.4.2 Outros profissionais de saúde

Outros profissionais de saúde podem influenciar de forma positiva ou negativa a prescrição e a desprescrição, destacando-se principalmente os enfermeiros que, ao partilharem as suas observações podem, em alguns casos, conduzir a uma incorreta avaliação da situação clínica do doente e consequente prescrição inapropriada ou desprescrição não realizada.

Os farmacêuticos também podem influenciar este processo uma vez que podem avaliar a medicação dos doentes e sugerir a inserção ou suspensão de fármacos. Na verdade, o envolvimento dos diferentes profissionais de saúde pode levar a divergências de ideias entre estes, dificultando a implementação da desprescrição. Não obstante, é necessário enaltecer que a intervenção de todos os profissionais de saúde é fundamental, sendo de extrema importância um trabalho multidisciplinar [39].

3.4.3 Doentes e familiares

De um modo geral, os doentes e familiares associam a toma de um dado medicamento a uma melhoria do estado de saúde, sentindo-se mais seguros com a sua prescrição e recusando a ideia de que estes podem causar danos [23]. De facto, a ideia de retirar um dado medicamento cria medos associados à possibilidade de retorno da condição anterior ou ocorrência de reações de abstinência. Por outro lado, os doentes enfrentam a desprescrição como uma perda de esperança, ou seja, como uma indicação de que já não vale a pena tratar [26,39]. Por estas razões, os doentes e a sua família são uma grande barreira à desprescrição, exercendo regularmente uma pressão sobre o médico com o intuito de continuar o tratamento [26].

3.4.4 Reações de abstinência ou retorno da condição inicial

Outra barreira à desprescrição consiste na possibilidade de ocorrência de reações de abstinência ou reaparecimento da condição clínica inicial. Em medicamentos com estes riscos, torna-se necessário proceder a uma redução gradual da dose antes da suspensão, por forma a minimizar estas ocorrências e identificar se os sintomas são reações de abstinência ou advêm do retorno da condição inicial, sendo que, se os sintomas ocorrerem com a mesma intensidade, então provavelmente trata-se de regressão da condição clínica. No entanto é preciso salientar que a redução gradual da dose não previne totalmente as reações de abstinência [24].

Nestes casos, antes de se iniciar a desprescrição, os profissionais de saúde devem mencionar os potenciais efeitos adversos ao doente, sendo que, se os sintomas forem graves ou angustiantes para o mesmo, deve ponderar-se reiniciar o tratamento [24,45]. A prevenção destas ocorrências é então crucial para salvaguardar o conforto do doente e para garantir que este continua de acordo com o processo de desprescrição [24].

3.4.5 Ausência de critérios

A desprescrição é ainda um processo em evolução, sendo que, a inexistência de critérios amplamente aceites representa uma barreira à sua aplicação [20,26]. Para além disso, existem ainda poucos instrumentos de avaliação específica de MPI nos doentes em CP, o que condiciona a identificação de medicamentos alvo e por conseguinte, dificulta o processo [18]. Assim, é fundamental o desenvolvimento de ferramentas específicas de identificação de MPI e de estratégias de desprescrição por forma a auxiliar os profissionais a atuar eficazmente nestes casos [39].

3.5 Como motivar o doente para a desprescrição

Harmonizar a opinião do doente com os objetivos terapêuticos propostos pelos profissionais de saúde pode ser um desafio [24]. Como referido anteriormente, a opinião do doente e dos seus familiares assume extrema importância na desprescrição, consistindo muitas vezes uma barreira à sua implementação. Para contrariar esta dificuldade, é importante uma boa comunicação com o doente, sendo que este deve conhecer as razões da desprescrição e ser acompanhado durante e após a intervenção [39]. De facto é preciso relembrar o doente que o alívio sintomático é o principal objetivo e que, por isso, fármacos que não contribuam para este fim podem ser desprescritos [21].

Posto isto, os profissionais de saúde devem usar abordagens estratégicas para que o doente aceite mais facilmente a ideia de descontinuar alguns dos seus medicamentos. O primeiro contacto com a ideia de desprescrição deve ser de tal forma que não assuste o doente e não prejudique a sua relação com os profissionais de saúde, recorrendo a termos positivos como “otimizar”, “minimizar danos” e “maximizar benefícios”. Por outro lado, deve ficar claro para o doente que a desprescrição está de acordo com os seus objetivos terapêuticos e que não é aconselhada por este já não ser digno de tratar. Todo o processo deve ser discutido em conjunto com o doente, considerando sempre as suas opiniões e crenças, abordando também o seu futuro, incluindo medidas para lidar com possíveis reações de abstinência decorrentes da descontinuação [21,24].

3.6 O processo de desprescrição em Cuidados Paliativos

A desprescrição é um processo complexo devendo seguir um conjunto de etapas por forma a ser executada de forma eficiente e segura [39]. Assim, deve englobar os seguintes passos [24,26,36,39,46-48]:

- Avaliar a situação clínica do doente e estimar a sua expectativa de vida- é importante saber a expectativa de vida por forma a averiguar se o tempo necessário para o benefício dos medicamentos é compatível com a vida do doente;
- Definir objetivos terapêuticos, considerando os valores e preferências do doente/família e a sua expectativa de vida;
- Obter uma lista com toda a medicação atual do doente- é fundamental verificar todos os medicamentos tomados, incluindo também os não sujeitos a receita médica e os tomados apenas em SOS. Nesta lista deve constar a máxima informação possível incluindo posologia, formulação, via de administração e indicação clínica;
- Avaliar todos os medicamentos e identificar os MPI - seguir a avaliação indicada na Figura I do ponto 3.2;
- Averiguar se os medicamentos identificados como inapropriados podem ser suspensos- nem sempre um MPI pode ser imediatamente interrompido. Inicialmente é necessário o consentimento do doente, já que a sua escolha deve ser respeitada. Por outro lado, é fundamental averiguar se a desprescrição desse medicamento já foi tentada anteriormente e se falhou. Por fim, é preciso garantir que o doente se encontra

cl clinicamente estável, por forma a ser possível associar a desprescrição ao surgimento de possíveis sintomas;

- Identificar os medicamentos com necessidade de desmame progressivo- a redução gradual da dose acontece para evitar reações adversas de abstinência, para detetar precocemente o retorno da condição inicial e para garantir maior conforto para o doente. No caso de retorno da condição inicial, a redução da dose permitirá definir a dose mínima eficaz a manter. O desmame progressivo está aconselhado a, por exemplo, antidepressores, benzodiazepinas, anticolinérgicos e esteroides;
- Esclarecer o doente quanto às razões da desprescrição, assegurando que este concorda com o processo a iniciar;
- Iniciar o processo de desprescrição- se tiver sido identificado mais que um MPI, estes devem ser retirados sequencialmente e nunca simultaneamente, por forma a identificar o medicamento responsável pelo possível aparecimento de reações de abstinência ou retorno da condição inicial. A ordem de retirada deve ser decidida entre o médico e o doente;
- Otimizar a terapêutica a manter- optar, se possível, por um regime simplificado de uma toma diária e em doses mínimas eficazes;
- Reavaliar periodicamente a situação clínica do doente e assegurar acompanhamento no pós-desprescrição- é fundamental disponibilizar apoio em caso de dúvida, avaliar o aparecimento de sintomas após o processo e a necessidade de novas alterações ou até reintrodução da medicação desprescrita, garantindo um controlo regular do estado do doente;
- Documentar todo o processo de desprescrição- o resultado deve ser documentado, mencionando os medicamentos interrompidos, os que sofreram redução de dose e os que não puderam ser suspensos, incluindo a respetiva razão. Assim, minimiza-se a possibilidade de um medicamento interrompido voltar a ser prescrito no futuro.

A Figura 2 traduz um esquema simplificado do processo de desprescrição [24,26,36,39,46-48].

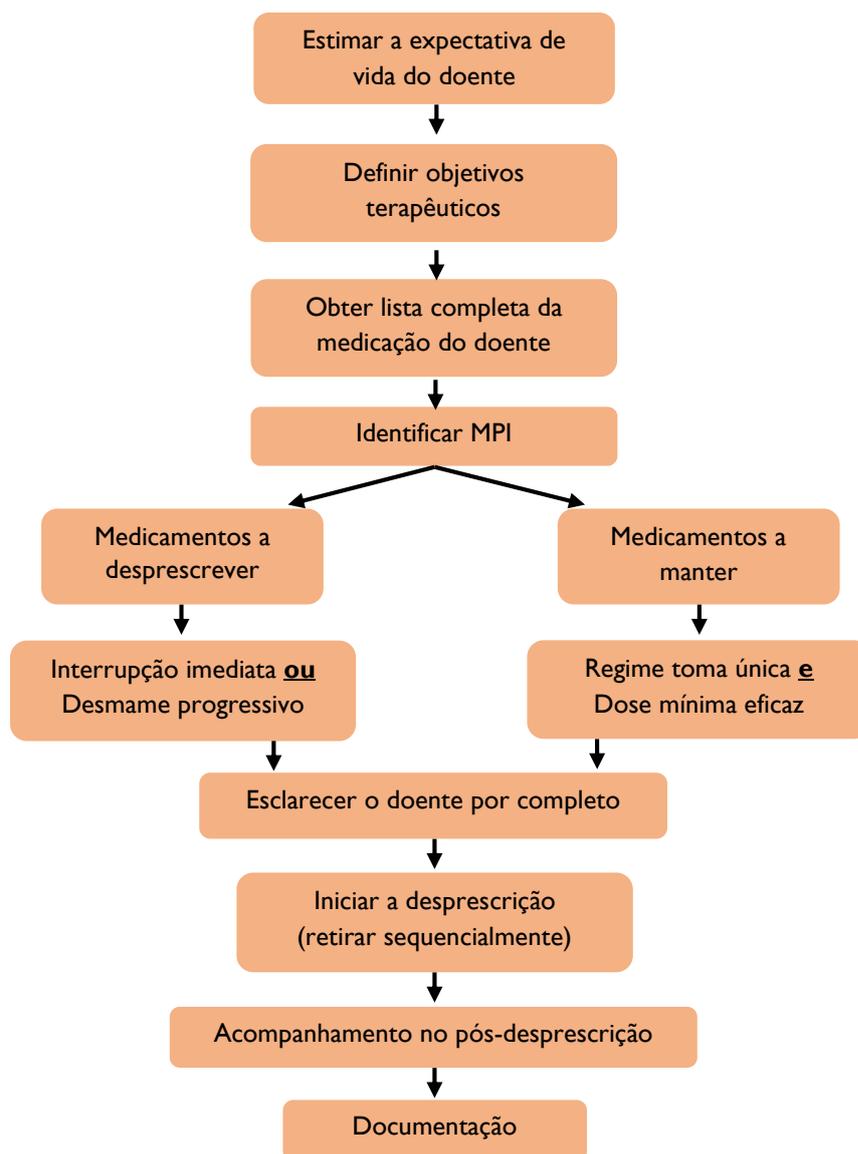


Figura 2: Etapas do processo de desprescrição.

3.7 Exemplos de medicamentos passíveis de desprescrição em Cuidados Paliativos

3.7.1 Estatinas

Como referido anteriormente, em pessoas sujeitas a CP, os medicamentos usados na prevenção de complicações a longo prazo geralmente não integram os objetivos terapêuticos dado o seu curto tempo de vida [36]. As estatinas são regularmente usadas para prevenção primária e secundária de problemas cardiovasculares, sendo que o tempo necessário para o seu benefício é geralmente superior a 2 anos, não havendo assim qualquer evidência de benefício quando o doente apresenta curta expectativa de vida [26,35,36]. Para além disso, os doentes paliativos apresentam diversas vezes perda de peso e nutrição inadequada logo, o

controlo rigoroso do colesterol deixa de fazer sentido [21]. Por outro lado, as estatinas apresentam também efeitos adversos bem reconhecidos como mialgias, miopatias, insuficiência renal e disfunção hepática [36].

Hoje em dia, as estatinas representam mais de metade (56%) dos medicamentos inapropriados usados por doentes paliativos, daí a importância de discutir o seu uso nestes doentes [36,49]. Felizmente, vários estudos demonstram que, de um modo geral, é seguro realizar a sua desprescrição, afirmando ainda que é possível verificar uma melhoria significativa da qualidade de vida após a sua retirada [21,39,50,51]. Assim, considera-se que as estatinas são dos medicamentos mais facilmente desprescritos, quer sejam usadas na prevenção primária, quer na prevenção secundária, não sendo necessária a redução da dose antes da retirada [37,50]. Pelos mesmos motivos, os fibratos e a ezetimiba podem igualmente ser desprescritos visto que também só apresentam benefícios a longo prazo [18].

Importante realçar que é fundamental avaliar de forma individualizada cada doente, uma vez que, no caso de doentes com eventos cardiovasculares recentes ou sintomáticos, ou doentes submetidos a intervenção coronária percutânea, o uso de estatinas continua a ser benéfico, independentemente do tempo de vida [20,49,51].

3.7.2 Bifosfonatos

Os bifosfonatos são medicamentos destinados ao tratamento de doenças com perda de mineral ósseo, sendo usados no tratamento da osteoporose e de outras doenças ósseas [52]. Esta classe de medicamentos, assim como outros medicamentos destinados ao tratamento de problemas ósseos, incluindo o raloxifeno e o denosumab, são vulgarmente alvos de desprescrição em doentes paliativos visto que o tempo para o seu benefício excede geralmente a sua expectativa de vida [18,26,36]. Não obstante, existem também situações onde a desprescrição destes medicamentos não é adequada, como os casos de hipercalemia secundária a metástases ósseas ou dor óssea, situações em que a expectativa de vida não influencia a sua adequação [18,20]. Quanto ao modo de descontinuação dos bifosfonatos, é importante referir que não há necessidade de redução progressiva de dose, simplificando, desta forma, o seu processo de desprescrição [37].

Felizmente, comparativamente às estatinas, verificam-se menos casos de inutilidade de bifosfonatos o que indica que existe uma prescrição mais criteriosa desta classe de medicamentos [20].

3.7.3 Inibidores da bomba de prótons (IBP)

Os IBP representam outra classe de medicamentos com elevada prevalência na população portuguesa, no entanto, o seu uso é por vezes inapropriado, já que dado o seu baixo custo e a sua fácil acessibilidade, são frequentemente prescritos sem indicação [20]. Apesar de serem considerados seguros, o seu uso continuado está associado a má absorção de vitamina B12, infeções por *Clostridium difficile*, diarreia, pneumonia, dor de cabeça, náuseas, hipomagnesémia e maior risco de fraturas [53,54].

Para saber se um dado IBP pode ser alvo de desprescrição, torna-se necessário avaliar a sua indicação, tal como apresentado na Tabela 3 [18,20,26,36,53].

Tabela 3: Situações em que um IBP pode ou não ser desprescrito.

Quando não desprescrever	Quando desprescrever
Esófago de Barret	*Tratamento de esofagite leve/moderada ou DRGE com IBP durante 4-8 semanas, com resolução dos sintomas GI superiores
Esofagite severa	Tratamento de <i>Helicobacter pylori</i> com IBP durante, no mínimo, 2 semanas e sem sintomas
Uso crónico de anti-inflamatórios (>30 dias)	**Tratamento de úlcera péptica com IBP durante 2 a 12 semanas
Hemorragia gastrointestinal (GI)	
Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) [exceto *]	
Úlcera péptica (exceto **)	
Gastrite	

No caso de se proceder à desprescrição do IBP, é fundamental ter em conta que esta pode ser imediata ou através de uma redução gradual da dose, sendo esta última preferível por diminuir o reaparecimento de sintomas. Assim, é recomendado uma monitorização do doente à 4ª e 12ª semana, por forma a avaliar o aparecimento de sintomas GI como azia, regurgitação, dispepsia, dor epigástrica, perda de apetite e perda de peso. Nestes casos, pode indicar-se medidas não farmacológicas como evitar refeições 2h antes de dormir e elevar a cabeça da cama e medidas farmacológicas de gestão de sintomas através da toma ocasional de antiácidos ou antagonistas H₂. Se os sintomas persistirem por um período superior a 3 dias, pode ponderar-se retomar a toma do IBP [53].

A Figura 3, apresentada na página seguinte, sumariza todo este processo.

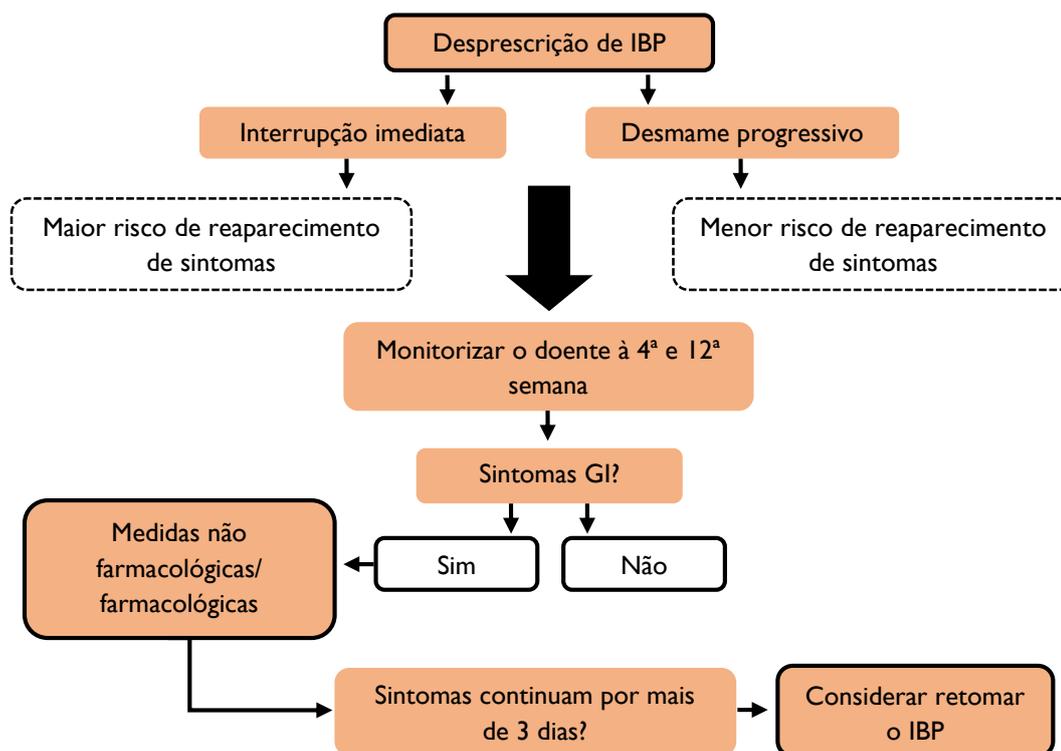


Figura 3: Processo de desprescrição de IBP.

3.7.4 Hipoglicemiantes

Os objetivos terapêuticos de um diabético em final de vida diferem muito dos exigidos a um diabético com uma expectativa de vida superior [18]. Na verdade, nos doentes paliativos com tempo de vida limitado, o controlo glicémico rigoroso deixa de fazer sentido uma vez que este apenas apresenta benefícios a longo prazo, prevenindo, por exemplo, a ocorrência de complicações futuras como retinopatia diabética e pé diabético [21,36,55]. Por outro lado, tal como mencionado anteriormente, o objetivo terapêutico nestes doentes passa por garantir a máxima qualidade de vida, logo, é preciso ter em conta que os doentes se queixam frequentemente de desconforto nas regulares medições de glicémia, assim como nas administrações da insulina [36]. Desta forma, nestes doentes, os riscos de continuar hipoglicemiantes a curto prazo, superam claramente os seus benefícios [18,26].

A abordagem a realizar nos doentes paliativos passa por evitar episódios de hipoglicémia (que são de maior gravidade) e diminuir toda a carga associada à terapêutica hipoglicemiante, ou seja, suspender a restrição dietética, reduzir o número de monitorizações de glicémia e hemoglobina glicada (HbA1c), apostar num regime de monoterapia ou até recorrer à desprescrição [35-37,43]. Por conseguinte, considera-se que os hipoglicemiantes devem ser desprescritos quando usados para reduzir hiperglicémias leves na prevenção

secundária de eventos associados à diabetes e em casos onde os valores de glicémia se encontrem abaixo dos 270 mg/dL (15 mmol/L), uma vez que nestes doentes, glicémias inferiores a este valor podem ser aceitáveis [18,20,26,56].

Desta forma, é preciso avaliar o risco de hipoglicémia já que a presença de malnutrição, náuseas, vômitos e insuficiência renal e hepática são frequentes nestes doentes [21,36]. Assim, nestes casos, deve recorrer-se à redução de dose ou até desprescrição dos hipoglicemiantes que mais podem contribuir para episódios de hipoglicémia como é o caso das sulfonilureias. De um modo geral, nos doentes paliativos, deve evitar-se sulfonilureias, metformina e tiazolinedinonas dados os efeitos adversos que lhe são associados [18,36].

Após a intervenção, torna-se necessário monitorizar o doente diariamente durante as duas primeiras semanas, de modo a aferir a necessidade de novas alterações sendo que, se o doente apresentar hiperglicemia sintomática, incluindo sede excessiva, poliúria e fadiga, pode tornar-se necessário reintroduzir a terapêutica [36].

3.7.4.1 Insulina

Nos casos de uso de insulina, o tempo de vida esperado, o tipo de diabetes e o risco de hipoglicémia que o doente apresenta, assumem um papel ainda mais importante nas decisões terapêuticas [36]. A Figura 4 esquematiza o processo a ter em conta nestes casos.

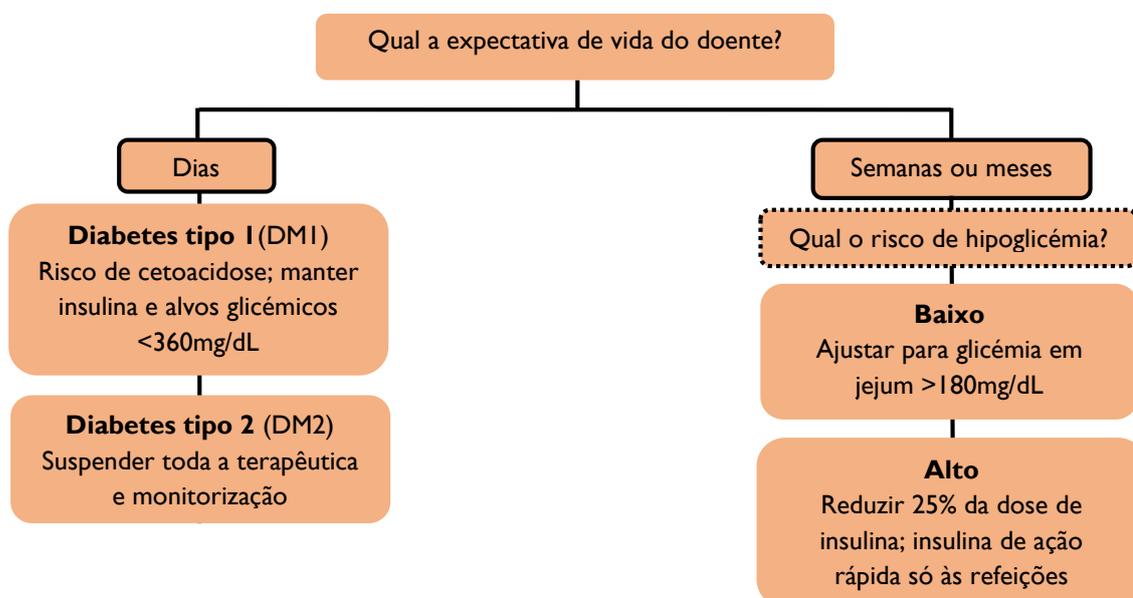


Figura 4: Processo de desprescrição de insulina.

3.7.5 Anti-hipertensores

Os anti-hipertensores são regularmente considerados MPI em doentes paliativos [18]. Nestes doentes, um valor superior de pressão arterial é aceitável desde que estes se mantenham assintomáticos logo, estes devem ser desprescritos quando a sua indicação clínica passa apenas pelo controlo da hipertensão leve a moderada, com vista à prevenção secundária de eventos cardiovasculares, já que nestes casos, o benefício é apenas a longo prazo [18,20,21].

No entanto, tal como nas classes mencionadas anteriormente, existem também situações onde os anti-hipertensores não devem ser descontinuados, principalmente quando estes são usados no controlo de sintomas associados à insuficiência cardíaca ou no controlo da frequência cardíaca em doentes com alterações do ritmo cardíaco [18,26].

Relativamente ao processo de desprescrição, é preciso ter em conta a necessidade de redução gradual da dose, principalmente no caso dos α e β -bloqueadores [20,26,48]. Torna-se assim fundamental a monitorização do doente por forma a identificar, por exemplo, o retorno de hipertensão ou o aparecimento de palpitações [48]. Não obstante, de acordo com diversos estudos, grande percentagem dos doentes permanece normotensa após a desprescrição, demonstrando que é possível realizar a sua desprescrição com segurança [26,39].

3.7.6 Anticoagulantes

Os anticoagulantes são medicamentos que impedem a formação de trombos, podendo ser usados na prevenção primária, secundária e terciária de problemas cardiovasculares. Esta classe de medicamentos pode também ser alvo de desprescrição nos doentes paliativos, no entanto, a decisão de iniciar ou não este processo depende do tipo de prevenção atribuída ao anticoagulante em cada caso. Por outro lado, a avaliação da função hepática e renal pode também influenciar o processo de decisão uma vez que, no caso de doença hepática grave nenhum anticoagulante é recomendado e, em situações de insuficiência renal grave ($\text{CrCl} < 15$ mL/min ou $\text{CrCl} < 30$ mL/min no caso do Dabigatrano) os novos anticoagulantes orais (NOAC) são contra-indicados [36,57].

Nas situações de prevenção primária, quando a indicação dos anticoagulantes é a trombopprofilaxia, várias guidelines assumem que estes podem ser desprescritos, tendo pouco impacto na ocorrência de trombose venosa/tromboembolismo (TV/TE). Assim, nestes casos, considera-se oportuna a desprescrição de anticoagulantes [21,36].

Relativamente ao uso de anticoagulantes no âmbito da prevenção secundária e terciária, ainda não existem dados suficientes quanto aos benefícios e riscos associados. Assim, decisões de desprescrição nestes casos dependem da existência de sintomas e da expectativa de vida do doente. A Figura 5 mostra a análise a realizar nestes casos, antes da tomada de decisão [36].

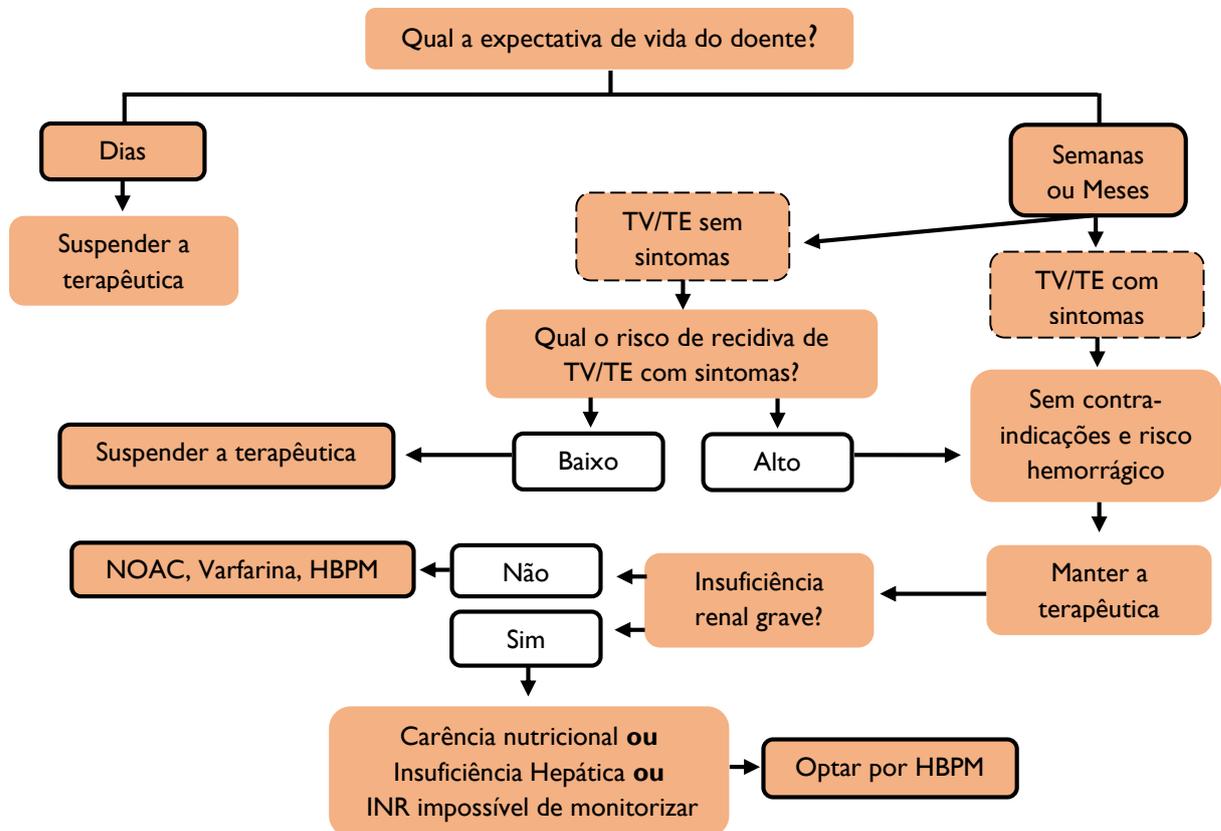


Figura 5: Desprescrição de anticoagulantes em prevenção 2ª e 3ª. Adaptado Neto et al., [36].

No caso de se manter a terapêutica anticoagulante, é necessário ter em conta vários aspetos. Relativamente aos antagonistas da vitamina K (varfarina e acenocumarol), é relevante considerar que estes necessitam de frequente monitorização do INR (*International Normalized Ratio*) o que não favorece de todo o conforto do doente [21,36,57]. É fundamental ter em consideração que a ação desta classe terapêutica pode ser potenciada ou reduzida por diversos fatores (interações com outros fármacos, alimentação, entre outros). Desta forma, é necessária uma avaliação regular da dose administrada. [21,36].

Quanto às heparinas de baixo peso molecular (HBPM) e aos NOAC, que incluem o apixabano, edoxabano, dabigatrano e rivaroxabano, as vantagens são notórias uma vez que não são influenciados pela dieta, não necessitam de monitorização do INR e possuem menos

interações medicamentosas, no entanto, o seu custo elevado e, no caso das HBPM a administração subcutânea, justificam várias vezes a sua suspensão [36].

3.7.7 Ácido acetilsalicílico e outros anti-agregantes plaquetares

A desprescrição de anti-agregantes plaquetares, como o ácido acetilsalicílico, faz sentido em todos os doentes, paliativos ou não, quando usados na prevenção primária de problemas cardiovasculares, isto porque, segundo as guidelines mais recentes, este tipo de utilização está contraindicada [58]. De notar que se considera prevenção primária a ação de remoção de causas e fatores de risco para um dada condição clínica, antes ainda do seu desenvolvimento [59]. Assim, e tendo em conta o baixo risco associado, é aconselhada a desprescrição deste grupo de medicamentos [18,26].

3.7.8 Medicamentos antedemência

A demência é uma doença progressiva e sem cura, caracterizada pelo declínio contínuo de capacidades incluindo perda de raciocínio, de memória e de aptidões intelectuais e sociais, sendo uma doença muito prevalente em doentes em CP [45,60]. A Doença de Alzheimer, por exemplo, consiste na forma mais frequente de demência, representando cerca de 50 a 70% da totalidade dos casos [61].

Atualmente, a terapêutica da demência divide-se em duas classes de medicamentos, os inibidores da acetilcolinesterase (IACHÉ) e a memantina. Relativamente aos IACHÉ (donepezilo, rivastigmina e galantamina), estes inibem a enzima acetilcolinesterase que destrói a acetilcolina, um importante neurotransmissor em défice nesta doença [45,60,62]. Por outro lado, nesta patologia, o neurotransmissor glutamato encontra-se em excesso, daí a importância da memantina que atua no recetor N-metil-D-Aspartato (NMDA) do glutamato, bloqueando-o [60,63].

Relativamente à adequação destes medicamentos em doentes paliativos, é necessário ter em conta que, à medida que a demência progride, a sua eficácia parece diminuir e os efeitos adversos associados tendem a aumentar, destacando-se, principalmente no caso dos IACHÉ, a ocorrência de náuseas, diarreia, vômitos e cefaleia [62]. Assim, deve iniciar-se a desprescrição destes medicamentos nas seguintes situações [62,63]:

- Efeitos adversos intoleráveis
- Agravamento da função cognitiva durante o tratamento

- Nenhum benefício observado durante o tratamento
- Expectativa de vida limitada
- Doente com demência muito avançada

Ao proceder à desprescrição destes medicamentos é necessário ter em atenção o aparecimento de sintomas de abstinência, principalmente de natureza psiquiátrica como alucinações, delírio, agitação e insónia [45]. Desta forma, deve realizar-se uma redução gradual de dose a cada quatro semanas, havendo um acompanhamento rigoroso durante e após este processo. De realçar que, no caso de reações de abstinência ou de visível progressão da doença, pode ser necessário reintroduzir a terapêutica na menor dose possível [45,63].

3.7.9 Antimicrobianos

As infeções são as complicações agudas mais frequentes nos doentes paliativos dada a sua debilidade, destacando-se as infeções do trato respiratório, urinário e GI. Hoje em dia, aproximadamente um em cada quatro doentes paliativos recebe antimicrobianos nas últimas semanas de vida, no entanto, a prescrição destes medicamentos deve depender muito de uma avaliação global prévia, tendo em conta a relação custo-benefício associada [35,64].

Na realidade, apesar do objetivo dos CP ser controlar o sofrimento, a melhor forma de atuar em situações de infeção nem sempre é clara [36]. A avaliação da existência de infeção e os tratamentos intensivos, principalmente terapias intravenosas, podem aumentar o desconforto do doente [64]. Por outro lado, a recorrente exposição destes doentes a antimicrobianos está associada à crescente resistência dos organismos patogénicos, o que, globalmente, pode contribuir para a sua desprescrição ou não introdução [36,64].

Assim, o uso de antimicrobianos deve ser bem ponderado, sendo que o recurso a estes medicamentos sem considerar o doente e com a intenção única de curar não é recomendado. Desta forma, o objetivo da terapêutica antimicrobiana em fim de vida deve apenas focar-se no controlo sintomático, fazendo apenas sentido quando há expectativa de resposta ao estado de desconforto do doente [36].

Por conseguinte, desde que haja evidências de infeção, poucos riscos associados e capacidade de controlo sintomático, os antibacterianos podem ser iniciados ou continuados pela via menos invasiva, sendo que, no caso da sua desprescrição, os sintomas associados à infeção devem ser aliviados com recurso a outros medicamentos [36,64].

3.8 O papel do farmacêutico na desprescrição

O farmacêutico é um profissional especializado no medicamento, sendo por isso, fundamental a sua presença em qualquer contexto de prestação de cuidados de saúde, incluindo nos processos de desprescrição. Tendo em conta o seu vasto conhecimento farmacológico, o farmacêutico é essencial no desenvolvimento de um esquema terapêutico individualizado, podendo, através da revisão da terapêutica e acompanhamento farmacoterapêutico, identificar MPI, comunicando aos médicos o seu parecer. Desta forma, o farmacêutico consegue avaliar minuciosamente a situação clínica do doente e auxiliar os demais profissionais de saúde na implementação de mudanças na terapêutica, incluindo adição, substituição ou até desprescrição de medicamentos. Por outro lado, segundo estudos realizados, os doentes em processo de desprescrição valorizam bastante a presença do farmacêutico, sentindo-se confortáveis com a sua presença durante o procedimento [65].

Por conseguinte, conclui-se que a desprescrição deve ser realizada de forma rigorosa e desenvolvida com base na cooperação entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos e o próprio doente, só assim garantido resultados verdadeiramente eficazes. No entanto, na maioria das vezes o farmacêutico mantém pouco contacto com o doente nos serviços de saúde, não sendo obrigatória a sua presença nas equipas de CP. Assim, torna-se essencial incentivar uma maior participação dos farmacêuticos, quer no contacto com o doente quer diretamente no processo de desprescrição, por forma a otimizar ao máximo a qualidade dos serviços prestados [65].

4. Considerações finais e perspectivas futuras

A polimedicação inapropriada e o uso de MPI andam de mãos dadas e juntos, representam um problema cuja resolução deve ser prioritária para os profissionais de saúde. Para tal, é necessário reconhecer este problema, não sendo esta tarefa exclusiva do prescritor original uma vez que é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde prestar cuidados concordantes com os objetivos terapêuticos de cada doente [39,49].

Esta monografia abordou o tema da desprescrição no âmbito dos CP, no entanto, os MPI e a polimedicação inapropriada podem existir em qualquer momento da vida e, por isso, a desprescrição pode ser realizada a qualquer altura e em qualquer doente, apesar de se aplicar maioritariamente em doentes em fim de vida. Assim, a desprescrição não deve ser realizada apenas em circunstâncias críticas, como os cuidados em final de vida, mas sempre que necessária [36,49]. O processo deve ser ajustado a cada doente sendo que um dado medicamento pode ser considerado apropriado ou inapropriado consoante as características individuais do doente. A avaliação holística do doente, incluindo as suas patologias e a sua expectativa de vida, é assim crucial para garantir uma desprescrição racional e sem consequências negativas para o mesmo. Deste modo, todos os medicamentos mencionados acima representam exemplos passíveis de desprescrição e não alvos obrigatórios.

Apesar dos indícios de benefício clínico, existem ainda várias barreiras à desprescrição, sendo que a falta de diretrizes claras dificulta a sua execução, não havendo ainda consenso sobre a melhor forma de a efetivar [23,24,39,50]. Assim, o desenvolvimento futuro de ferramentas de identificação de MPI para doentes paliativos e de estratégias de desprescrição é crucial para a correta gestão da terapêutica e implementação deste processo, sendo necessária a realização de estudos prospetivos nestes cuidados para aferir o seu real impacto e o melhor método a aplicar [24,39,50]. No Anexo I apresenta-se um caso real de desprescrição, no entanto, este não foi realizado em âmbito dos CP.

Em suma, espera-se que a desprescrição venha a ser um conceito amplamente disperso pela comunidade e frequentemente aplicado no futuro. Todos os profissionais de saúde devem atuar de imediato nesta problemática por forma a evitar que os doentes sofram não apenas das suas inevitáveis doenças, mas também de problemas relacionados com a sua medicação. É imperativa a consciencialização de que a terapêutica de um doente deve ser individualizada e ajustada regularmente à situação geral do mesmo. Assim, se a polimedicação for considerada uma doença, então, o único tratamento possível é a desprescrição [23].

5. Anexo

Anexo I: Caso real de desprescrição

Um estudo de coorte prospetivo, realizado em Israel durante 19 meses, foi aplicado a 70 idosos residentes na comunidade com o objetivo de desprescrever medicamentos e avaliar o impacto na sua qualidade de vida. A população em estudo apresentava idade média de 82,8 anos e um número médio de medicamentos por doente de 7,7 [42].

Após a avaliação de cada doente, a desprescrição foi recomendada em 64 doentes num total de 311 medicamentos, sendo que, após conversa com o doente e com os seus familiares, foram efetivamente desprescritos 256 medicamentos. O processo foi realizado em várias classes de medicamentos, destacando-se anti-hipertensores, hipoglicemiantes orais, antilipídicos, protetores gástricos, anticoagulantes, antiagregantes, suplementos e vitaminas [42].

No fim do estudo, foi possível concluir que a taxa de sucesso de desprescrição apresentou um valor de 84% nos anti-hipertensores, 100% na aspirina, 72% nas estatinas, 100% nas sulfonilureias e 90% nos IBP (omeprazol). De notar que dos medicamentos desprescritos, apenas 2% foram reiniciados por retorno da condição clínica inicial [42].

Assim, tendo em conta os casos onde foi necessário reiniciar os medicamentos e os casos onde não houve consenso entre os profissionais de saúde e o doente/família, a desprescrição foi bem sucedida em 81% dos casos. De realçar que não foi verificado nenhum evento adverso significativo ou até mortes associadas à desprescrição, sendo que, 88% dos idosos afirmaram uma melhoria geral do estado de saúde [42].

Os resultados deste estudo demonstram que é possível ultrapassar as barreiras à implementação da desprescrição, conseguindo obter resultados positivos para o doente. Assim, considero que é de extrema importância a realização de mais estudos como este, por forma a aprofundar os conhecimentos sobre esta temática e, assim, torná-la numa prática comum.

Bibliografia

1. INFARMED, I.P. - **Farmacêuticos**. [Acedido a 11 de janeiro de 2019]. Disponível na Internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/licenciamentos/farmaceuticos>
2. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **A Farmácia Comunitária**. [Acedido a 11 de janeiro de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
3. PORTUGAL. Ordem dos Farmacêuticos - **Norma Geral nº30-NGE-00-010-02**. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos, (2018)
4. INFARMED, I.P. - **Medicamentos manipulados**. [Acedido a 23 de fevereiro de 2019]. Disponível na Internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/inspecao-medicamentos/medicamentos-manipulados>
5. INFARMED, I.P. - **Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde**. [Acedido a 23 de fevereiro de 2019]. Disponível na internet: http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispena/4c1aea02-a266-4176-b3ee-a2983bdf790
6. GLINTT - **Sifarma**. [Acedido a 8 de abril de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.glintt.com/pt/o-que-fazemos/ofertas/SoftwareSolutions/Paginas/Sifarma.aspx>
7. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - **Farmácia Hospitalar**. [Acedido a 10 de maio de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-hospitalar/>
8. INFARMED, I.P. - **Manual da Farmácia Hospitalar**. [Acedido a 11 de maio de 2019]. Disponível na Internet: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/manual.pdf/a8395577-fb6a-4a48-b295-6905ac60ec6c>
9. CMRRC-RP - **História**. [Acedido a 14 de maio de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.roviscopais.pt/historia>
10. CMRRC-RP - **Missão. Visão. Valores**. [Acedido a 17 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.roviscopais.pt/missao-visao-valores>
11. CMRRC-RP - **Atividade Clínica**. [Acedido a 17 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.roviscopais.pt/atividade-clinica>
12. PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Norma nº 014/2015**. Lisboa: DGS, (2015)

13. PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Norma n° 020/2014**. Lisboa: DGS, (2014)
14. PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde - **Orientação n° 008/2011**. Lisboa: DGS, (2011)
15. SPOSITO, M.M.M. - **Toxina Botulínica do Tipo A: Mecanismo de Ação**. Revista Acta Fisiátrica. Vol. 16, n°1 (2009), p. 25-37.
16. PORTUGAL. INFARMED, I.P. - **Circular Normativa n.º 01/CD/2012**. Lisboa: INFARMED, (2012)
17. PORTUGAL. Diário da República - **Decreto-Lei n°176/2006**, de 30 de agosto, Capítulo VII, Artigo 118, Série I de 2006-08-30. Ministério da Saúde.
18. LINDSAY, J., DOOLEY, M., MARTIN, J., FAY, M., KEARNEY, A., KHATUN, M., BARRAS, M. - **The development and evaluation of an oncological palliative care deprescribing guideline: the 'OncPal deprescribing guideline'**. Supportive Care in Cancer. Vol. 23, n°1 (2015), p. 71-78.
19. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - **O que são?** [Acedido a 15 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>
20. OLIVEIRA, L., FERREIRA, M.O., ROLA, A., MAGALHÃES, M., GONÇALVES, J.F. - **Deprescription in Advanced Cancer Patients Referred to Palliative Care**. Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy. Vol. 30, n°3 (2016), p. 201-205.
21. STANDER, P.E. - **Reducing Polypharmacy in the Palliative Care Setting**. [Acedido a 12 de junho de 2019]. Disponível na Internet: https://www.pbm.va.gov/PBM/linksotherresources/ezminutes/docs/Reducing_Polypharmacy_in_the_Palliative_Care_Setting.pdf
22. GARFINKEL, D., ZUR-GIL, S., BEN-ISRAEL, J. - **The war against Polypharmacy: A New Cost-Effective Geriatric-Palliative Approach for Improving Drug Therapy in Disabled Elderly People**. Israel Medical Association Journal. Vol.9, n°6 (2007), p. 430-434.
23. GARFINKEL, D., ILHAN, B., BAHAT, G. - **Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy**. Therapeutic advances in drug safety. Vol. 6, n°6 (2015), p. 212-233.
24. REEVE, E., SHAKIB, S., HENDRIX, I., ROBERTS, M.S., WIESE, M.D. - **Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred**

deprescribing process. British Journal of Clinical Pharmacology. Vol. 78, nº4 (2014), p. 738-747.

25. CUF - Cuidados Paliativos. [Acedido a 23 de janeiro de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.saudecuf.pt/oncologia/servicos-clinicos/outros-servicos/cuidados-paliativos>

26. MACLEOD, R., VELLA-BRINCAT, J., MACLEOD, S. - “The Palliative Care Handbook”. 8ª Edição. Nova Zelândia. 2016. ISBN: 978-0-473-36095-5.

27. PAIVA, F.C.L., JÚNIOR, J.J.A., DAMÁSIO, A.C. - Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. Revista Bioética. Vol. 22, nº3 (2014), p. 550-560.

28. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIDADOS PALIATIVOS - Os cuidados paliativos são transversais a todas as faixas etárias? [Acedido a 3 de fevereiro de 2019]. Disponível na internet: <https://www.apcp.com.pt/faq/os-cuidados-paliativos-sao-transversais-a-todas-as-faixas-etarias.html>

29. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CIDADOS PALIATIVOS - Quem são os destinatários ou beneficia dos cuidados paliativos? [Acedido a 3 de fevereiro de 2019]. Disponível na internet: <https://www.apcp.com.pt/faq/quem-sao-os-destinatarios-ou-beneficiarios-dos-cuidados-paliativos.html>

30. ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS - Equipas de cuidados paliativos. [Acedido a 3 de fevereiro de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/equipas-de-cuidados-paliativos.html>

31. MARQUES, A.L., GONÇALVES, E., SALAZAR, H., NETO, I.G., CAPELAS, M.L., TAVARES, M., SAPETA, P. - O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. Revista Patient Care. Vol. 14, nº152 (2009), p. 32-38.

32. SNS - Equipas de Cuidados Paliativos. [Acedido a 14 de março de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/unidades-de-cuidados-paliativos/>

33. COSTA, M.A.C.M., ANTUNES, M.T.C. - Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. Revista de Enfermagem Referência. Série III, nº7 (2012), p. 63-72.

34. LIMA, L. - International Association for Hospice and Palliative Care list of essential medicines for palliative care. Annals of Oncology. Vol. 18, nº2 (2007), p. 395-399.

35. CURTIN, D., O'MAHONY, D., GALLAGHER, P. - **Drug consumption and futile medication prescribing in the last year of life: an observational study.** Age and Ageing. Vol. 47, nº5 (2018), p. 749-753.
36. ROMERO, I., BRAGA, B., RODRIGUES, J., RODRIGUES, R., NETO, I. G. - **“Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica.** Medicina Interna. Vol. 25, nº1 (2018), p. 45-87.
37. JIMÉNEZ, O.E., ANIÉS, M.P.A., CALDENTY, C.V., RUBIO, F.G., RODRÍGUEZ, M.A.H., MANUEL, M.S. - **Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina.** Sobrediagnóstico y sobretratamiento: la visión de la Atención Primaria. Vol. 50, nº 2 (2018), p. 1-96.
38. SILVA, P., LUÍS, S., BISCAIA, A. - **Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz.** Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Vol. 20, nº3 (2004), p. 323-36.
39. GONÇALVES, F. - **Deprescription in Advanced Cancer Patients.** Pharmacy. Vol. 6, nº3 (2018), p. 88.
40. BEMBEN, N.M. - **Deprescribing: An Application to Medication Management in Older Adults.** Pharmacotherapy. Vol. 36, nº7 (2016), p. 774-780.
41. POTTER, K., FLICKER, L., PAGE, A., ETHELTON-BEER, C. - **Deprescribing in Frail Older People: A Randomised Controlled Trial.** PLOS ONE. Vol. 11, nº3 (2016).
42. GARFINKEL, D., MANGIN, D. - **Feasibility Study of a Systematic Approach for Discontinuation of Multiple Medications in Older Adults: Addressing Polypharmacy.** Arch Intern Med. Vol. 170, nº18 (2010), p. 1648-1654.
43. MANALO, M.F.C. - **End-of-Life Decisions about Withholding or Withdrawing Therapy: Medical, Ethical, and Religio-Cultural Considerations.** Palliative care: Research and Treatment. Vol. 7, (2013), p. 1-5.
44. VAN NORDENNEN, R.T.C.M., LAVRIJSEN, J.C.M., VISSERS, K.C.P, KOOPMANSV, R.T.C.M. - **Decision Making About Change of Medication for Comorbid Disease at the End of Life: An Integrative Review.** Drugs & Aging. Vol. 31, nº7 (2014), p. 501- 512.

45. PERRI, G., LIAO, P. - **A palliative care perspective on deprescribing cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease.** Current Medical Research and Opinion. Vol. 34, nº9 (2018), p. 1695-1697.
46. SCOTT, I.A., HILMER, S.N., REEVE, E., LE COUTEUR, D., RIGBY, D. - **Reducing Inappropriate Polypharmacy: The Process of Deprescribing.** JAMA Internal Medicine. Vol. 175, nº5 (2015), p. 827-834.
47. SCOTT, I.A., ANDERSON, K., FREEMAN, C., STOWASSER, D. - **First do no harm: a real need to deprescribe in older patients.** The Medical Journal of Australia. Vol. 201, nº7 (2014), p. 390-392.
48. HARDY, J.E., HILMER, S.N. - **Deprescribing in the Last Year of Life.** Journal of Pharmacy Practice and Research. Vol. 41, nº2 (2011), p. 146-151.
49. TODD, A., HOLMES, H.M. - **Recommendations to support deprescribing medications late in life.** International journal of clinical pharmacy. Vol. 37, nº5 (2015), p. 678-681.
50. NARAYAN, S.W., NISHTALA, P.S. - **Discontinuation of Preventive Medicines in Older People with Limited Life Expectancy: A Systematic Review.** Drugs&Aging. Vol. 34, nº10 (2017), p. 767-776.
51. PALLIATIVE CARE NETWORK OF WISCONSIN - **Discontinuation of Statins at the End-of-Life.** [Acedido a 4 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/discontinuation-of-statins-at-the-end-of-life/>
52. SAMPAIO, F.C., VELOSO, H.H.P., BARBOSA, D.N. - **Mecanismos de Ação Dos Bifosfonatos e sua Influência no Prognóstico do Tratamento Endodôntico.** Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre. Vol. 51, nº1 (2010), p. 31-38.
53. FARRELL, B., POTTIE, K., BOGHOSSIAN, W.T.T., PIZZOLA, L., RASHID, F.J., ROJAS-FERNANDEZ.C., WALSH, K., WELCH, V., MOAYYEDI, P. - **Deprescribing proton pump inhibitors: Evidence-based clinical practice guideline.** Canadian family physician. Vol. 63, nº5 (2017), p. 354-364.
54. INFARMED, I.P. - **Inibidores Da Bomba De Protões (IBP).** [Acedido a 5 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <http://www.infarmed.pt/documents/15786/1909769/Inibidores+da+Bomba+de+Prot%C3%B5es/fe44c351-515c-4ab4-a437-689f2f8c1aae>

55. ASSOCIAÇÃO PROTETORA DOS DIABÉTICOS DE PORTUGAL (APDP) - **Complicações**. [Acedido a 7 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <https://apdp.pt/diabetes/complicacoes/>
56. FARRELL, B., CODY, B., THOMPSON, W., MCCARTHY, L., ROJAS-FERNANDEZ, C., LOCHNAN, H., SHAMJI, S., UPSHUR, R., BOUCHARD, M., WELCH, V. - **Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: Evidence-based clinical practice guideline**. Canadian family physician. Vol.63, nº11 (2017), p. 832-843.
57. PALLIATIVE CARE NETWORK OF WISCONSIN - **Warfarin and Palliative Care**. [Acedido a 8 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/warfarin-and-palliative-care/>
58. WILLIAMS, B., MANCIA, G. [et al.] - **2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension**. European Heart Journal. Vol. 39, nº33 (2018), p. 3021-3104.
59. DE ALMEIDA, L.M. - **Da prevenção primordial à prevenção quaternária**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol. 23, nº1 (2005), p. 91-96.
60. ALZHEIMER PORTUGAL - **Terapêutica Farmacológica**. [Acedido a 9 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-35-26-terapeutica-farmacologica>
61. ALZHEIMER PORTUGAL - **A Doença de Alzheimer**. [Acedido a 9 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer>
62. PALLIATIVE CARE NETWORK OF WISCONSIN - **Deprescribing Cholinesterase Inhibitors at the End-of-Life**. [Acedido a 10 de junho de 2019]. Disponível na Internet: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/deprescribing-cholinesterase-inhibitors-at-the-end-of-life/>
63. REEVE, E., FARRELL, B., THOMPSON, W., HERRMANN, N., SKETRIS, I., MAGIN, P.J., CHENOWETH, L., GORMAN, M., QUIRKE, L., BETHUNE, G., HILMER, S.N. - **Deprescribing cholinesterase inhibitors and memantine in dementia: guideline summary**. The Medical Journal of Australia. Vol. 210, nº4 (2019), p. 174-179.
64. JUTHANI-MEHTA, M., MALANI, P.N., MITCHELL, S.L. - **Antimicrobials at the End of Life: An Opportunity to Improve Palliative Care and Infection Management**. JAMA. Vol. 314, nº19 (2015), p. 2017-2018.

65. NG, W.L., TAN, M.Z.W., KOH, E.Y.L., TAN, N.C. - Deprescribing: What are the views and factors influencing this concept among patients with chronic diseases in a developed Asian community? Proceedings of Singapore Healthcare. Vol. 26, n°3 (2017), p. 172-179.