



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Ana Rita Pinto Amaral

**DESPRESCRIÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS E
PALIATIVOS: UMA *SCOPING REVIEW***

Dissertação no âmbito do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos orientada pela Professora Doutora Marília Assunção Rodrigues Ferreira Dourado, com a coorientação do Professor Doutor Manuel Luís Vila Capelas, apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Julho de 2021

Ana Rita Pinto Amaral

**DESPRESCRIÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS: UMA SCOPING
REVIEW**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Marília De Assunção Rodrigues Ferreira
Dourado e co-orientada pelo Professor Doutor Manuel Luís Vila Capelas, no âmbito do
Mestrado Cuidados Continuados e Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de
Coimbra

Julho, 2021



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

“When you grow up you tend to get told that the world is the way it is and your life is just to live your life inside the world. Try not to bash into the walls too much. Try to have a nice family life, have fun, save a little money. That’s a very limited life. Life can be much broader once you discover one simple fact: Everything around you that you call life was made up by people that were no smarter than you. And you can change it, you can influence it... Once you learn that, you’ll never be the same again.”

— Steve Jobs

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Marília Dourado pela coordenação e organização do mestrado em cuidados continuados e paliativos que me permitiu “pensar fora da caixa” e alargar os meus horizontes. Um obrigado também pela orientação ao longo do processo de realização da dissertação.

Ao Professor Doutor Manuel Capelas, que mais de perto me acompanhou nesta caminhada da realização da dissertação, e que me encorajou ao longo destes últimos meses, muito obrigada por encontrar sempre um tempo na sua agenda para me ajudar e ensinar.

À Professora Doutora Isabel Vitória pela oportunidade de aprendizagem que me proporcionou dentro do mestrado em farmacologia aplicada.

A todos os professores do mestrado em cuidados continuados e paliativos, o meu sincero agradecimento pela partilha de conhecimentos e disponibilidade apresentada.

A todos os professores do mestrado em farmacologia aplicada com os quais tive a oportunidade de contactar, por terem contribuído para enriquecer a minha formação.

Aos meus colegas de mestrado pelo caminhar conjunto e por toda a partilha ao longo destes 2 anos.

À minha família pelo apoio incondicional pois, sem eles nada disto tinha sido possível.

Aos meus amigos, por todo o apoio, encorajamento, compreensão e pelos momentos para recarregar energias.

A todos aqueles de quem cuidei e aos que continuo a cuidar, por toda a força que me demonstraram ao longo do seu percurso de vida, impulsionando-me na busca da minha melhor versão, este trabalho é para vocês.

RESUMO

Introdução: A inadequação terapêutica e a polifarmácia são fenómenos bastante prevalentes, assumindo particular importância no contexto dos cuidados continuados e paliativos. Isto porque, trata-se de uma população fragilizada, quer seja pelas comorbilidades, normal processo de envelhecimento, ou existência de uma doença limitadora da vida. Nesta sequência, também as suas necessidades sofrem flutuações que carecem de ser atendidas por forma a realizar uma prestação de cuidados de saúde eticamente aceitável. É neste sentido que surge o conceito de desprescrição, foco desta dissertação, alicerçado aos cuidados centrados no doente, procurando melhorar a adequação terapêutica através da suspensão ou redução de fármacos.

Objetivo: Descrever o estado da arte do papel do enfermeiro, enquanto elemento da equipa multidisciplinar, na desprescrição no contexto dos cuidados continuados e paliativos.

Métodos: *Scoping review* com base nas linhas orientadoras do *Joanna Briggs Institute*. A pesquisa bibliográfica foi efetuada nas bases de dados CINAHL, Scopus, Pubmed e *Academic Search Complete* em janeiro de 2021. Principais descritores usados: desprescrição, enfermagem, cuidados continuados e cuidados paliativos. Seleção dos estudos que integraram esta revisão realizada por dois revisores independentes.

Resultados: Da pesquisa efetuada, 1726 diferentes publicações foram recolhidas e após duas fases de análise dos estudos (1- leitura de títulos e resumo; 2- leitura do texto completo), 39 publicações foram selecionadas para realizar a presente revisão mediante as questões de investigação elaboradas. Para a questão 1: “Quais as intervenções de enfermagem na desprescrição em cuidados continuados e paliativos?” foram mapeadas intervenções agrupadas em 9 domínios: ação formativa, avaliação do doente, educação em saúde, revisão terapêutica, relação terapêutica, liderança/ coordenação, gestão de cuidados, investigação e sensibilização. Da questão 2: “Quais as ferramentas de apoio usadas, ou mencionadas como passíveis de ser usadas, por enfermeiros na desprescrição?” foram associadas ferramentas aos 5 domínios identificados: Identificação de potenciais fármacos a desprescrever, adequação do regime terapêutico, fundamentar a retirada de um fármaco, avaliação de processo e resultados e por fim recetividade dos doentes face à desprescrição.

Conclusões: Dos domínios identificados, bem como das respetivas intervenções e ferramentas elencadas, foi possível depreender que o enfermeiro detém um vasto campo de atuação na desprescrição em cuidados continuados e paliativos, enquanto elemento da equipa multiprofissional. Assim sendo, esta revisão apresenta-se como um ponto de partida para a implementação deste conceito na prática de enfermagem de forma sustentada.

Palavras-chave: desprescrição; cuidados continuados; cuidados paliativos; polifarmácia; enfermagem.

ABSTRACT

Introduction: medication appropriateness and polypharmacy are a prevalent phenomenon, assuming particular importance in the context of long-term care and palliative care. In these settings we face a fragile population, whether due to comorbidities, normal aging process, or the existence of a life-limiting disease. So, their needs also suffer fluctuations that must be addressed to provide a health care service that is ethically acceptable. Here arises the concept of deprescribing, the core of this dissertation, based on patient-centred care, to improve medication appropriateness through suspension or reduction of drugs.

Objective: To describe the state of the art of the nurse's role, as a member of the multidisciplinary team, on deprescribing, in the context of long-term care and palliative care.

Methods: Scoping review based on Joanna Briggs Institute guidelines. The literature search was carried out in January 2021 at the following databases: CINAHL, Scopus, Pubmed and Academic Search Complete. Main descriptors used: deprescribing, nursing, long-term care and palliative care. Studies selection conducted by two independent reviewers.

Results: Through this research, 1726 publications were collected and, after two phases of analysis (1- reading of titles and abstract; 2- reading of the full text), 39 publications were selected to become part of this review, based on the research questions. For question 1: "Which ones are nursing interventions on deprescribing in long-term care and palliative care?", interventions were mapped and categorized into 9 domains: educational training, patient assessment, health education, medication review, therapeutic relationship, leadership/coordination, care management, research, and awareness. From question 2: "What support tools are used, or mentioned as likely to be used, by nurses in deprescribing?", 5 domains emerged in association with the identified tools: potential drugs to be deprescribed, medication appropriateness, support for suggestion/discussion the suspension of a drug, evaluation of the process and results and, finally, patients' receptivity towards deprescribing.

Conclusions: From the identified domains, as well as the respective interventions and tools listed, it was possible to infer that the nurse has a wide field of action on deprescribing in long-term care and palliative care, as a member of the multidisciplinary team. Therefore, this review is presented as a starting point for the implementation of this concept in nursing practice, with a sustained approach.

Keywords: deprescription/ deprescribing; long-term care; palliative care; polypharmacy; nursing.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VII
ÍNDICE DE FIGURAS	VII
INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	4
1.1. O CONTEXTO DOS CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS – DEFINIÇÃO E ESPECIFICIDADES.....	4
1.1.1. Breve Enquadramento aos Cuidados Paliativos.....	4
1.1.2. Breve Enquadramento aos Cuidados Continuados.....	6
1.1.3. Interceção entre os contextos em estudo.....	8
1.2. DESPRESCRIÇÃO – CONCETUALIZAÇÃO.....	9
1.2.1. Benefícios e perfil de segurança documentado.....	12
1.2.2. Barreiras e fatores facilitadores da desprescrição.....	14
1.2.3. O processo de desprescrever.....	17
II. OBJETIVO DO ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	20
III. METODOLOGIA	21
3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	21
3.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	22
3.3. SELEÇÃO DOS ESTUDOS.....	25
3.4. EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS.....	28
3.5. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS.....	28
IV. RESULTADOS	29
4.1. QUESTÃO 1 - QUAIS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA DESPRESCRIÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS?.....	33
4.2. QUESTÃO 2 - QUAIS AS FERRAMENTAS DE APOIO USADAS, OU MENCIONADAS COMO PASSIVEIS DE SER USADAS, POR ENFERMEIROS NA DESPRESCRIÇÃO?.....	50
V. DISCUSSÃO	55

VI. CONCLUSÃO	59
6.1. IMPLICAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO.....	60
6.2. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA.....	60
VII. BIBLIOGRAFIA	62
APÊNDICES.....	73

ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CC - Cuidados Continuados

CP - Cuidados Paliativos

QV - Qualidade de Vida

ERPI - Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

OMS - Organização Mundial da Saúde

STOPP - *Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions*

START - *Screening Tool to Alert providers to the Right Treatment*

PCC - Participantes, Conceito e Contexto

PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses*

FPI - Fármacos Potencialmente Inapropriados

CCD - Cuidados Centrados no Doente

MOM- Medication Outcome Monitor

MAI - Medication Appropriateness Index

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Bases de dados selecionadas e respectivas expressões de pesquisa usadas

Tabela 2 - Características gerais dos estudos incluídos na *scoping review*

Tabela 3 – Dados extraídos para responder à questão de investigação 1: Quais as intervenções de enfermagem na desprescrição em cuidados continuados e paliativos?

Tabela 4 – Domínio 1: Ação formativa

Tabela 5 – Domínio 2: Avaliação do doente

Tabela 6 – Domínio 3: Educação em saúde

Tabela 7 – Domínio 4: Desprescrição como parte de processo de revisão terapêutica

Tabela 8 – Domínio 5: Relação terapêutica

Tabela 9 – Domínio 6: Liderança/ Coordenação

Tabela 10 – Domínio 7: Gestão de cuidados

Tabela 11 – Domínio 8: Investigação

Tabela 12 – Domínio 9: Sensibilização

Tabela 13 – Resposta síntese à questão de investigação 2

Tabela 14 – Dados extraídos para responder à questão de investigação 2: Quais as ferramentas de apoio usadas, ou mencionadas como passíveis de ser usadas, por enfermeiros na desprescrição?

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA da seleção de estudos para a presente *scoping review*

Figura 2 – Domínios identificados para responder à questão 1

Figura 3 – Resposta síntese à questão de investigação 2

INTRODUÇÃO

Ao longo dos tempos, como documentado pela evidência científica, tem-se observado um crescimento mundial da esperança média de vida das populações. (Fu et al., 2019) Aliada à maior expectativa de vida está o desenvolvimento da ciência que influencia direta e indiretamente a saúde da população mundial, bem como a melhoria das condições de vida. (Capelas, Neto, & Coelho, 2016) Assim, o desenrolar da história foi criando novos fenómenos, decorrentes do desenvolvimento da humanidade tal como a conhecemos, condicionado o modo como se lida com a saúde. Atualmente, o desenrolar dos factos anteriormente apresentados, confronta-nos com o aparecimento crescente de patologias novas, para as quais o tratamento é limitado, a juntar a outras condições para as quais a ciência ainda não encontrou resposta, bem como ao facto das conhecidas comorbidades cumulativas, maioritariamente, mas não só, resultantes do envelhecimento populacional, que nos é bem conhecido pelas atuais pirâmides etárias mundiais, naturalmente com expressão mais significativa nos países desenvolvidos. (Reeve et al., 2017) Deste modo, a cura deixa de ser um fim realista para todas as condições de saúde, e as necessidades individuais associadas ao sofrimento carecem de um plano de cuidados adequado. (Capelas, Neto, & Coelho, 2016)

Deparamo-nos assim com condições patológicas cada vez mais específicas e complexas, que nos impelem na necessidade de gerir os cuidados de saúde disponíveis de um modo eticamente aceitável e sustentável. Assim, surgem os denominados Cuidados de Longa Duração ou Cuidados Continuados (CC) e os Cuidados Paliativos (CP), que diariamente lidam com pessoas com situações de saúde complexas, com o objetivo principal centrado na melhoria da Qualidade de Vida (QV) destes doentes. A condição complexa da maioria dos doentes acompanhados por este tipo de valências de cuidados, deve-se essencialmente a aspetos como a cronicidade, várias patologias cumulativas e expectativa de vida reduzida associada à doença avançada. Acresce ainda os variados tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e a intervenção dos diversos profissionais de saúde, das equipas multidisciplinares, num complexo plano de cuidados.

De entre os múltiplos fenómenos, no contexto dos CC e CP, esta dissertação foca-se no regime terapêutico farmacológico que surge no seio desta complexidade e dentro deste centra-se no conceito de desprescrição.

A desprescrição é um processo de otimização do regime terapêutico através da gestão de Fármacos Potencialmente Inapropriados (FPI) ou desnecessários (Romero et al., 2018) (Thompson, 2019a) (Curtin et al., 2020), supervisionado por um profissional de saúde, pois

carece de um plano com a avaliação constante das consequências clínicas. (Dharmarajan et al., 2020b; Onder et al., 2019) Neste processo de acompanhamento estão frequentemente envolvidos médicos, enfermeiros e farmacêuticos, tratando-se, portanto, na maioria das vezes, de uma supervisão multidisciplinar. (Onder et al., 2019; Sanz-Tamargo et al., 2019) Através desta prática objetiva-se diminuir os efeitos negativos associados à toma de fármacos que se encontram desadequados à luz do plano de saúde do doente, aumentar a QV e consequentemente o bem-estar, não negando tratamentos necessários e eficazes. (Abrahamson et al., 2017) (Thompson, 2019a) Assim, depreende-se que o conceito de desprescrição assume um papel preponderante no âmbito dos CC e dos CP, onde doentes com patologia crónica, avançada, e em fase terminal têm naturalmente múltiplas necessidades diferentes e dinâmicas consoante a progressão do seu quadro clínico. (Thompson, 2019a) O que ainda se verifica com uma frequência elevada é o facto de doentes com necessidades paliativas, internados em unidades de CC e/ou CP, ou mesmo a residir em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI), terem prescrição de vários medicamentos, muitas vezes voltados para a prevenção primária ou secundária, apesar de terem um prognóstico vital de semanas a meses. (Thompson, 2019a) (Romero et al., 2018) No contexto de um doente em fim de vida, a abordagem farmacológica deve adequar-se às suas necessidades, uma vez que os benefícios e riscos de tratamentos crónicos podem tornar-se *life-defining*^A ou *life-limiting*^B. (Romero et al., 2018; Scott et al., 2014) Neste seguimento, Garfinkel (2017) defende que a prescrição inadequada é uma epidemia iatrogénica do século 21 e portanto deve ser reconhecida, por forma a ser combatida, devendo constituir uma meta global prioritária. O mesmo autor refere que, para incrementar a QV dos doentes no fim de vida, é necessário revolucionar a investigação básica e os princípios clínicos, quebrando perceções tradicionais sobre a "boa prática clínica". A exigência básica de cada medicamento é que os seus benefícios superem os riscos/danos possíveis. No entanto, a relação positiva benefício/risco está diminuída/invertida em correlação com a idade muito avançada, comorbidades, demência, fragilidade e expectativa de vida limitada. (Garfinkel, 2017) Torna-se assim decisivo compreender os paradigmas que auxiliam a desprescrição em doentes com expectativa de vida limitada devido a idade avançada, múltiplas comorbidades, doença severa, incapacidade funcional acentuada, malnutrição, caquexia ou a alterações na nutrição. (Romero et al., 2018) Deste modo, a desprescrição é já apontada por alguns estudos como sendo um indicador da qualidade dos cuidados prestrados (Dharmarajan et al., 2020), na medida em que se apresenta como uma estratégia para minimizar efeitos adversos decorrentes de interações farmacológicas e maximizar o bem-

^A *life-defining* – Condicionador/definidor do percurso de vida do indivíduo;

^B *life-limiting* – Processo redutor da expectativa de vida e/ou promotor de limitações negativas na vida do indivíduo.

estar dos indivíduos. (Woodford & Fisher, 2019) Assim, o presente estudo, apresentando-se como uma *Scoping Review*, pretende mapear a evidência disponível em torno deste conceito no contexto dos CC e CP, focando o papel do enfermeiro como interveniente no processo de desprescrição.

A este trabalho de investigação, na área dos CC e CP, estão elencados vários pressupostos como sendo contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e maximização dos recursos em saúde, bem como o direito do doente a ser cuidado com o mais elevado nível de conhecimento disponível. Desconhecendo-se estudos desta natureza que foquem o papel do enfermeiro no processo de desprescrição, confere a este trabalho características inovadoras e com valor acrescentado para a comunidade científica.

A presente dissertação está organizada segundo os itens de processo de uma *Scoping Review*, seguindo as normas estabelecidas pelo *Joanna Briggs Institute*, organizada em quatro secções. Assim, inicia-se com uma breve introdução onde se apresenta a problemática a abordar e a sua relevância para a área científica em causa, seguida do capítulo I onde é apresentado o enquadramento conceptual para melhor clarificar os conceitos a investigar. No capítulo II, encontra-se a explicação detalhada da metodologia a seguir, onde se explicitam os critérios de inclusão, estratégias de pesquisa e o modo como se procedeu à extração dos resultados. De seguida, no capítulo III, apresentam-se os resultados de modo organizado em formato de tabela, por forma a facilitar a apreensão dos mesmos. Por fim, no capítulo IV, afigura-se a discussão com base nos resultados e uma conclusão sobre o papel do enfermeiro enquanto agente ativo no fenómeno em estudo. Implicações deste estudo para futuros trabalhos de investigação e para a prática clínica são também apresentados neste capítulo final.

I. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 O CONTEXTO DOS CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS – DEFINIÇÃO E ESPECIFICIDADES

Através desta primeira secção do enquadramento conceptual procurou-se clarificar os conceitos CC e CP, englobando as suas especificidades, bem como os aspetos em comum.

1.1.1 Breve Enquadramento aos Cuidados Paliativos

A Assembleia Mundial da Saúde decidiu que os CP são uma responsabilidade ética dos sistemas de saúde e que a integração dos CP nos sistemas públicos de saúde é essencial para o desenvolvimento sustentável com a criação de uma cobertura universal de saúde. (World Health Organization, 2018) Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2018) considera os cuidados paliativos não como uma opção, mas como uma necessidade médica e ética que deve ser acessível a todos os que deles necessitem, em todos os níveis dos sistemas de saúde.

De acordo com o *Global Atlas of Palliative Care* (2020), a necessidade de CP nunca foi tão grande, encontrando-se num processo de crescimento a um ritmo rápido, devido ao envelhecimento da população mundial, ao aumento das patologias do foro oncológico, das doenças crónicas não transmissíveis e ao recente surgimento da COVID-19. (WHPCA, 2020) Em 2060, perspetiva-se que a necessidade de CP no final de vida venha a ser o dobro daquela que existe atualmente. (WHPCA, 2020)

Quanto à definição de CP a *International Association for Hospice and Palliative Care* refere que um dos desafios na implementação dos CP tem sido a falta de consenso sobre o que são estes cuidados, quando devem ser aplicados, para quem e por quem. (Radbruch et al., 2020) Os termos *Palliative Care* e *Hospice Care* são usados há muitos anos, com diferentes interpretações, e as várias organizações de CP por sua vez adotaram as suas próprias definições. (Radbruch et al., 2020) Em 2002, a OMS estabeleceu uma definição de CP para adultos e crianças, cuja introdução foi modificada na Resolução de Cuidados Paliativos da OMS, referindo-se a estes cuidados como uma abordagem que procura melhorar a QV dos doentes, e seus familiares, que enfrentam problemas associados a doenças potencialmente fatais, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce,

avaliação e tratamento corretos de dor e outros problemas, sejam físicos, psicossociais ou espirituais. (WHPCA, 2020) Tratam-se, portanto, de cuidados de saúde ativos, rigorosos, que combinam ciência e humanismo. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2020; Radbruch et al., 2020) Em termos mais operacionais os CP assentam em princípios dos quais se destacam:

- Providenciar alívio da dor e outros sintomas angustiantes;
- Afirmar a vida e considerar a morte um processo normal;
- Ausência de intenção de apressar ou adiar a morte;
- Integrar os aspetos psicológicos e espirituais dos cuidados;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar os doentes a viver o mais ativamente possível até a morte;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença e com o luto;
- Usar uma abordagem em equipa para atender às necessidades dos doentes e famílias, incluindo aconselhamento sobre luto;
- Aumentam a QV e influenciar positivamente o curso da doença;
- Aplicam-se no início do curso da doença, em conjunto com outros tratamentos que se destinam a prolongar a vida, como quimioterapia ou radioterapia, e incluem a investigação necessária para melhor compreender e gerir complicações clínicas causadoras de sofrimento. (WHPCA, 2020)

Sempre que possível, as intervenções em CP devem ser baseadas na evidência científica. (Radbruch et al., 2020) Acrescentando, os CP fornecem apoio para ajudar os doentes a viver o mais plena e ativamente possível até a morte através da filosofia de Cuidados Centrados no Doente (CCD), facilitando a comunicação eficaz e ajudando o doente e família a determinar os objetivos do plano de cuidados a seguir, reconhecendo e respeitando os valores culturais e crenças de ambos. (Radbruch et al., 2020)

Quanto às intervenções nesta área, é consensual que requerem formação e treino específico obrigatórios por parte dos profissionais que os prestam, no âmbito dos cuidados de saúde. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2020) É também amplamente aceite que a intervenção interdisciplinar é a pedra basilar deste tipo de cuidados, em que pessoa doente e família são o centro gerador das decisões de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais. (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2020) Neste seguimento, a evidência atual, documenta sustentadamente por variados trabalhos científicos, reconhece o impacto positivo da atuação das equipas multidisciplinares de CP, demonstrado, consistentemente, a melhoria da QV dos doentes, bem como a satisfação destes e seus cuidadores com estes cuidados. (Neto, 2016)

Também, os ganhos em eficiência, com clara redução dos gastos em saúde, têm sido comprovados. (Neto, 2016) Deste modo estamos perante o que Parikh et al. (2013) denominaram de “objetivo triplo” de melhor saúde, melhores cuidados e menores custos.

1.1.2 Breve Enquadramento aos Cuidados Continuados

A necessidade de CC está a crescer rapidamente, especialmente na população idosa, devido a uma transição demográfica sem precedentes alimentada por taxas de mortalidade e fertilidade em declínio. (Carrino et al., 2018; Fu et al., 2019; Thompson et al., 2018) De acordo com a *Revision of the World Population Prospects* de 2017, a proporção global de pessoas com 65 anos ou mais aumentou de 5,08% em 1950 para 8,29% em 2015 e espera-se que chegue a 15,82% em 2050. (Fu et al., 2019) A especial atenção para esta faixa etária deriva do facto de os idosos, de um modo geral, correrem um risco substancial de limitações funcionais e incapacidade física, o que cria necessidade de CC. (Fu et al., 2019) Assim, os sistemas de saúde mundiais enfrentam o desafio de responder aos custos crescentes em saúde, que são em parte impulsionados por uma população cada vez mais envelhecida. No entanto, argumenta-se que parte desse aumento na procura de cuidados de saúde é devido ao uso inadequado dos serviços de saúde, especialmente cuidados hospitalares, por aqueles doentes que, na verdade, precisam de CC. (Costa-Font et al., 2018)

A designação de CC corresponde ao termo *long term care* e é definido pela OECD/European Commission (2013) como uma variedade de serviços dirigidos a pessoas com um certo compromisso da capacidade funcional, física ou cognitiva, e que são, conseqüentemente, dependentes por um longo período de tempo nas atividades básicas da vida diária. Este componente de cuidados pessoais é frequentemente fornecido em combinação com serviços de saúde básicos, como cuidados de enfermagem (tratamento de feridas, controle da dor, medicação, monitorização de saúde), bem como prevenção, reabilitação ou serviços de CP. (OECD/European Commission, 2013) Os serviços de CC também podem ser combinados com o auxílio em tarefas domésticas ou com ajuda nas atividades instrumentais da vida diária. (OECD/European Commission, 2013)

Dado que a autonomia da maioria das pessoas que necessita de CC tende a deteriorar-se com a idade, o foco principal de qualidade das instituições de CC não é tanto melhorar o estado geral de saúde, mas sim ajudar as pessoas dependentes a manter o controle sobre sua condição e, quando possível, reduzir a dependência e a deficiência (OECD/European Commission, 2013), com o intuito final de promover a funcionalidade e conseqüentemente o bem-estar dos indivíduos. Os CC constituem uma combinação complexa de serviços de

assistência social e clínica. (OECD/European Commission, 2013) Neste contexto os utentes passam por vários *settings* de cuidados e são alvo de intervenção de diferentes profissionais com diversas qualificações e, adicionalmente, as práticas são menos padronizadas e coexistem diferentes tipos de cuidados prestados. (OECD/European Commission, 2013)

Segundo a legislação portuguesa, os CC combinam intervenções de saúde e apoio social que visam a recuperação global, promovendo a autonomia e melhorando a funcionalidade da pessoa dependente, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (Serviço Nacional de Saúde, 2020) Os alvos destes cuidados, em Portugal, são todas as pessoas independentemente da idade que apresentem dependência funcional, doenças crónicas e em caso de doença incurável em estado avançado e em fase final de vida. (Serviço Nacional de Saúde, 2020) Contudo é de ressaltar que os critérios de abrangência dos CC, o tipo de serviços prestados, valências e infraestruturas envolvidas, sofre variabilidade a nível mundial, tal como se observa nos relatórios emitidos pela OECD sobre os diferentes países membros.

Quanto aos objetivos, mais concretos, o decreto de lei português nº 101/2006, que deu origem à criação da rede nacional de CC, estabeleceu os seguintes:

- “Melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e ou de apoio social;
- A manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder, no domicílio, sempre que mediante o apoio domiciliário possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida;
- O apoio, o acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação;
- A melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social;
- O apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados;
- A articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação;
- A prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados e de cuidados paliativos.” (Ministério da Saúde, 2006).

Contudo, os estudos revelam que os cuidados nas instituições prestadoras de CC são ainda muito estandardizados e voltados para a medicalização, referindo a importância e a necessidade crescente de fomentar os CCD, por forma a melhorar a prestação dos mesmos. (Caspar et al., 2017; Thompson et al., 2018) Acrescentando, estes cuidados individualizados requerem uma abordagem interdisciplinar com reconhecimento dos utentes como pessoas únicas e autónomas, respeitando as suas preferências em relação às decisões e práticas de cuidados de saúde. (Caspar et al., 2017) Esta colaboração interdisciplinar em ambientes de trabalho em saúde é reconhecida como uma componente vital para um cuidado individualizado, seguro e de alta qualidade. (Caspar et al., 2017) Na maioria das valências de CC, os enfermeiros e os assistentes operacionais, são as classes mais numerosas e mais envolvidas com o cuidado direto aos doentes. (Cranley et al., 2020)

1.1.3 Interceção entre os contextos em estudo

Considerando a abrangência dos CC e dos CP, é importante sublinhar os aspetos em comum a ambos os contextos. Pela definição de CP é perceptível que estamos perante cuidados de saúde especializados, mas transversais a todos os contextos de saúde, pois doentes com necessidades paliativas podem encontrar-se em serviços especializados em CP, mas, podem também estar sob alçada de outras valências, hospitalares, domiciliárias e CC. Ambos os contextos possuem uma forte relação com temas e realidades como a presença de doenças crónicas concomitantes (multimorbilidade), doenças em fase avançada ou terminal e expectativa de vida reduzida. Aliado a estes pressupostos está também a possibilidade de um acompanhamento prolongado no tempo, pois os doentes tendem a ser seguidos em CC e CP durante períodos mais ou menos longos. Dado o facto de este trabalho pretender abordar a desprescrição, estes contextos assumem especial importância. O objetivo da melhoria da QV e da adequação da resposta terapêutica às necessidades dos doentes é, também, um objetivo partilhado por ambos os contextos, e tal como o é também a desprescrição.

Os estudos apontam para elevadas percentagens de polifarmácia e de FPI em doentes sob CC e CP (Grządalski, 2019; McNeil et al., 2017; Meeks et al., 2011), com condições e necessidades flutuantes no tempo, o que faz do ajuste terapêutico uma realidade constante, e onde o trabalho é desenvolvido por excelência em equipa multidisciplinar. (Reeve et al., 2017)

1.2 DESPRESCRIÇÃO – CONCETUALIZAÇÃO

A desprescrição é definida como um processo sistemático de otimização do regime terapêutico, que visa identificar e descontinuar FPI ou desnecessários, nos casos em que os danos existentes, ou potenciais, superam os benefícios potenciais no contexto das metas de saúde individualizadas, nível atual de funcionalidade, estado geral de saúde, expectativa de vida, valores e preferências do doente (Farrell et al., 2019; Halli-tierney et al., 2019; Reeve et al., 2017) apresentando-se assim como uma decisão ponderada. (Page et al., 2016) Esta otimização de regime terapêutico, em função das variáveis acima mencionadas ganha especial importância nos doentes com patologia crónica e avançada, variando à medida que o tempo de sobrevivência diminui. (Romero et al., 2018) Trata-se de um processo supervisionado por profissionais de saúde, pelo que exige o acompanhamento do doente, não devendo ser entendido como uma única ação no tempo, no qual a retirada de um fármaco não significa necessariamente suspensão. Inclui também a diminuição da dose, aumento dos intervalos de administração, uma diminuição gradual de um fármaco para incorporar outro mais seguro (Dharmarajan et al., 2020b; Onder et al., 2019), ou a sua substituição por uma abordagem não farmacológica. (Farrell et al., 2019; Reeve et al., 2017)

O principal objetivo da desprescrição, amplamente mencionado pela literatura, é gerir a polifarmácia por forma a minimizar os riscos inerentes e otimizar os resultados em saúde. (Parekh et al., 2019; Reeve et al., 2017; Romero et al., 2018) Deste modo, o seu desenvolvimento surgiu essencialmente como estratégia de combate à polifarmácia, esta última decorrente do aumento da população envelhecida, bem como da complexidade presente no estado de saúde de indivíduos mais jovens. (Avery & Bell, 2019; Halli-tierney et al., 2019) Tem-se verificado que, apesar das preocupações sobre os perigos da polifarmácia, o número médio de medicamentos consumidos tem aumentado consistentemente ao longo do tempo. (Dharmarajan et al., 2020; Sloane & Zimmerman, 2018)

Uma considerável fração da literatura científica considera uma situação de polifarmácia aquando do uso regular de pelo menos cinco medicamentos. (Halli-tierney et al., 2019) Segundo o Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group (2018), o termo polifarmácia significa apenas “vários medicamentos” encontrando-se presente quando um doente toma dois ou mais fármacos. Vários estudos apontam consequências negativas da polifarmácia para os doentes, tais como, diminuição da QV; aumento da morbilidade e mortalidade; aumento do risco de incapacidade, de fragilidade, de perda de equilíbrio, de quedas e de disfunção de órgãos (Dharmarajan et al., 2020); défice cognitivo (perda de memória, delirium) (Farrell et al., 2019); interações medicamentosas; uso inapropriado de medicamentos e não adesão ao regime terapêutico. Há também consequências negativas

para os serviços/sistemas de saúde destacando-se: aumento do uso/ gastos com os serviços de saúde, hospitalizações e mais idas aos serviços de urgências. (Halli-tierney et al., 2019; Parekh et al., 2019; Sloane & Zimmerman, 2018)

Entre os vários fatores que podem conduzir a uma situação de polifarmácia destacam-se: o seguimento do doente por vários clínicos; idade acima dos 62 anos; compromisso cognitivo ou do desenvolvimento; fragilidade; patologia do foro mental; múltiplas condições crónicas (dor, diabetes mellitus, doença arterial coronária, doença cerebrovascular, cancro); residência numa instituição ou permanência numa unidade de CC; falta de registos clínicos apropriados e transições entre cuidados mal concebidas. (Halli-tierney et al., 2019)

Várias estratégias têm sido usadas no combate à polifarmácia, mas nenhuma, ainda que válida, se mostrou capaz de alcançar uma melhoria da situação. (Halli-tierney et al., 2019) Além disso, nenhuma ferramenta avalia todos os aspetos do uso de FPI, ou da polifarmácia, pelo que o seu uso é normalmente combinado. (Rankin et al., 2019) Concretamente, as ferramentas a usar podem ser explícitas (exemplo: critérios Beers, STOPP (*Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions*) e START (*Screening Tool to Alert providers to the Right Treatment*) a aplicar a idosos) com padrões rígidos e critérios claros que ajudam na tomada de decisão rápida e fácil (Halli-tierney et al., 2019; Sloane & Zimmerman, 2018), mas que não consideram os objetivos do doente na tomada de decisão; ou implícitas quando se baseiam na avaliação clínica e, portanto, na experiência e formação dos profissionais de saúde ou *Mixed*. (Halli-tierney et al., 2019)

Contudo, a polifarmácia pode ser apropriada mediante avaliação clínica do doente e das suas necessidades, carecendo sempre de uma avaliação individualizada. (Halli-tierney et al., 2019) O tratamento medicamentoso pode ser altamente eficaz na prevenção de doenças ou na redução da progressão da doença, dispondo de diretrizes específicas para determinadas patologias que recomendam o uso de uma variedade de fármacos, baseado na evidência científica. (Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group, 2018) No entanto, muitas vezes há uma incompatibilidade entre as diretrizes de prescrição, para condições médicas específicas, e a gama de complexidade clínica encontrada nos indivíduos. Para doentes complexos com várias condições clínicas, fragilidade, ou que se aproximam do fim de vida, a implementação da soma das recomendações baseadas em evidências pode não ser racional e aumentar o risco de reações adversas a fármacos, para além de poder não estar alinhado com as preferências do doente. (Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group, 2018) Deste modo, importa referir e clarificar os termos de polifarmácia adequada e polifarmácia inadequada mencionados por Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group (2018). A polifarmácia apropriada está presente quando: todos os medicamentos

são prescritos com a finalidade de atingir objetivos terapêuticos específicos, acordados com o doente; os objetivos terapêuticos estão a ser alcançados ou há uma probabilidade razoável de virem a ser alcançados no futuro; o regime medicamentoso foi otimizado para minimizar o risco de reações adversas a medicamentos e, o doente está motivado e é capaz de tomar todos os medicamentos conforme pretendido. Em oposição, a polifarmácia inadequada está presente, quando um ou mais medicamentos prescritos são desadequados tendo em conta o contexto, seja porque: não há indicação baseada na evidência científica, a indicação inicial já não se encontra presente, ou a dose é desnecessariamente elevada; um ou mais medicamentos não alcançam os objetivos terapêuticos que se destinam a atingir; um ou a combinação de vários medicamentos causa reações adversas inaceitáveis, ou coloca o doente em risco inaceitavelmente alto de tais reações, ou porque o doente não deseja ou não é capaz de tomar um ou mais medicamentos conforme pretendido. (Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group, 2018)

Neste sentido, a desprescrição, embora seja uma estratégia para combater a polifarmácia inadequada, não se resume somente a essa ação, na medida em que incluiu o julgamento clínico individualizado da condição do doente, com o intuito de olhar criticamente os fármacos que o doente consome, e se possível reduzi-los ou ajustá-los à sua condição. (Romero et al., 2018; Sloane & Zimmerman, 2018) Neste seguimento, o número de medicamentos, por si só, deixa de ser somente o foco central para incorporar o potencial de determinados fármacos causarem efeitos adversos e/ou ter interações nocivas, superiores aos benefícios. (Hanlon & Hajjar, 2018; Sloane & Zimmerman, 2018). Portanto, em vez de contar medicamentos, deve considerar-se se, num determinado doente, cada fármaco deve ser continuado, reduzido, substituído ou interrompido (Sloane & Zimmerman, 2018). Assim, o plano de tratamento deverá ser discutido com o doente, assim como com a família, envolvendo-os no processo (Simões et al., 2018), incluindo nessa discussão a probabilidade de ocorrer ou não benefício com o fármaco, as preferências do doente e da família, crenças, valores e enquadramento cultural. (Romero et al., 2018) Esta discussão deverá estar alinhada com os objetivos de cuidados e com o tempo estimado para o benefício, que deverá encontrar-se dentro da expectativa de vida estimada para o doente. (Romero et al., 2018) Neste seguimento, vale ainda a pena mencionar o conceito de "arco-íris de desprescrição" apresentado por Todd et al (2018) e que sugere a consideração de aspetos físicos, financeiros, sociais, psicológicos e clínicos relevantes para cada doente em particular no processo de desprescrição.

1.2.1 Benefícios e perfil de segurança documentado

A revisão sistemática realizada por Page et al (2016) encontrou 116 estudos com 34.143 participantes que investigaram a desprescrição. Esta pesquisa concluiu, com base nos estudos analisados, que a desprescrição é segura e viável e demonstra reverter alguns riscos associados à polifarmácia. Esta revisão sugere também que este processo é viável em idosos sem afetar adversamente a sua sobrevivência. Assim, a desprescrição apresenta-se como parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde dado que este processo, quando bem conseguido, promove a segurança do doente, apresentando-se como uma estratégia inovadora em contextos específicos de saúde. (Farrell et al., 2019) Acrescentado, a implementação de diretrizes de desprescrição é urgente e importante porque os medicamentos são a intervenção mais comum nos cuidados de saúde e estão associados a muitos eventos adversos que incluem cuidados de emergência, admissões e readmissões. (Farrell et al., 2019)

No entanto, é importante considerar que o retorno a determinados quadros clínicos pode ocorrer com a suspensão da medicação. (Reeve et al., 2017) A evidência sobre a prevalência destes episódios é limitada e varia de acordo com a classe farmacológica em causa. (Reeve et al., 2017) Em estudos que focam a retirada individualizada de medicamentos inadequados, apenas uma pequena proporção de participantes (2–18%) precisou reiniciar o medicamento devido à recorrência da condição/sintomas. (Reeve et al., 2017) Sintomas de abstinência podem também ocorrer após a suspensão da medicação (por exemplo, insónia ao se desprescrever benzodiazepinas ou refluxo gástrico ao interromper um inibidor da bomba de prótons. (Reeve et al., 2017) No entanto, o potencial para danos graves devido a abstinência parece ser raro, e várias intervenções de desprescrição específicas de determinadas classes de fármacos não encontraram nenhuma diferença na taxa de abstinência entre os grupos de intervenção e controle. (Reeve et al., 2017) Os fármacos que mais originam sintomas de abstinência são do grupo cardiovascular, sistema nervoso central e gastrointestinal, recomendando-se, assim, que os medicamentos sejam reduzidos gradualmente antes da descontinuação. (Reeve et al., 2017) Assim, a possibilidade de danos enfatiza a necessidade de monitorização adequada após a retirada de um fármaco e de uma abordagem centrada no doente. (Arriagada et al., 2020; Reeve et al., 2017)

O sucesso da desprescrição é dependente do tipo de medicação sendo que os inibidores da bomba de prótons, estatinas, anti-histamínicos e analgésicos, revelam maior facilidade em serem desprescritos quando comparados às benzodiazepinas e outros sedativos e hipnóticos, antidepressivos e antipsicóticos. (Dharmarajan et al., 2020; Reeve et al., 2017) No caso dos inibidores das colinesterases os estudos mostram-se promissores, mas considerando o seu efeito a longo prazo torna-se mais complexo a sua monitorização. (Reeve et al., 2017)

Sobre o impacto da desprescrição na QV dos doentes, existem ainda poucos estudos que abordem diferentes classes de fármacos e diferentes populações, criando assim alguns constrangimentos na sua comparação quanto ao impacto na QV (Pruskowski et al., 2019), uma vez que a efetividade deste processo depende da classe farmacológica em causa. (Dharmarajan et al., 2020) Ainda assim, Pruskowski et al. (2019) analisaram estudos sobre esta matéria e verificaram que a desprescrição estava associada a uma melhoria significativa na QV em apenas dois dos dez estudos, mas nos oito estudos restantes não observaram nenhuma mudança significativa entre os grupos, ou seja, a QV manteve-se com menor número de fármacos, o que não deixa de ser positivo. Contudo, a investigação sobre esta matéria é ainda limitada, bem como as evidências sobre os seus benefícios e malefícios, à semelhança do método para desprescrever, podendo ser baseadas em estudos observacionais, estudos de baixa qualidade metodológica ou estar ausentes estudos em determinadas matérias. (Moriarty et al., 2019)

Além dos resultados clínicos, a desprescrição também pode levar à redução de custos desnecessários na saúde. (Woodford & Fisher, 2019) Dado o envelhecimento da população e a polifarmácia associada, existe uma crescente sobrecarga dos sistemas de saúde com gastos ligados ao consumo de fármacos e, portanto, desprescrever pode libertar fundos que podem ser usados noutras intervenções, além de benefícios económicos para o doente/consumidor. (Reeve et al., 2017)

A otimização do uso de medicamentos, e a retirada de fármacos considerados não essenciais deve fazer parte da prestação de CC e CP, na medida em que assume particular importância para aqueles que são frágeis, mais velhos, com situações clínicas graves e complexas, ou com expectativa de vida limitada. (Parekh et al., 2019; Reeve et al., 2017) No contexto de um doente em fim de vida, a abordagem farmacológica deve ser estritamente adequada às suas necessidades, uma vez que os benefícios e riscos de tratamentos crónicos podem tornar-se *life-defining* ou *life-limiting*. (Romero et al., 2018)

Neste grupo de doentes, as decisões terapêuticas requerem um acompanhamento frequente, de modo a poder avaliar benefícios e riscos, e reduzir o possível dano, sendo que o próprio processo de envelhecimento, aliado ou não a comorbilidades e o período de fim de vida, caracteriza-se por alterações fisiológicas que alteram a farmacocinética e a farmacodinâmica, que potenciam o risco de reações adversas no contexto de polifarmácia. (Gardner, 2019; Page et al., 2016; Romero et al., 2018) É imperativo evitar ou descontinuar fármacos que objetivam prolongar a vida ou prevenir a incapacidade, particularmente quando o tempo necessário para obter os benefícios esperados não é compatível com a expectativa de vida do doente. (Romero et al., 2018) De forma pragmática, é necessário considerar o enquadramento de cada fármaco no plano de cuidados, de determinado doente, de acordo com intuito de

prevenção primária, secundária ou terciária (Romero et al., 2018), uma vez que, ao não realizar este julgamento ético, corre-se o risco de entrar no domínio da futilidade terapêutica ao usar meios terapêuticos desadequados e inúteis, face à situação evolutiva e irreversível da doença, que podem causar sofrimento acrescido ao doente e à família. (Direção Geral da Saúde, 2005) A obrigação de quem cuida é evitar sofrimento ao outro. Respeitar os princípios éticos na atuação em saúde, nomeadamente o da beneficência e da não maleficência, que traduzem a obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o prejuízo causado ao doente, reduzindo efeitos indesejáveis de ações diagnósticas ou terapêuticas. Esta adequação do esforço terapêutico corresponde a boa prática clínica e a um imperativo ético-legal fundamental. (Romero et al., 2018) Contudo, na prática clínica continua ainda a existir pouca informação clara sobre como adequar e suspender fármacos. (Romero et al., 2018) Todo este processo deverá estar focado no compromisso de não abandono e de investimento no benefício, pois o terminar de uma terapêutica fútil, pode ser sentida como desistência ou desinvestimento, ou até uma tentativa de poupar dinheiro. (Romero et al., 2018) Assim, o ato de desprestrear deve ser visto no mesmo prisma que o processo de início de medicação, de acordo com objetivos ajustados, uma vez que o tratamento de qualidade consiste não só em saber quando começar, mas também em saber como e quando suspender ou não iniciar. Não se trata de privar os doentes de tratamentos sintomáticos dirigidos ao conforto, potencialmente eficazes, e que podem melhorar o bem-estar. (Romero et al., 2018)

Além disso, Dharmarajan et al. (2020) sugerem que a desprescrição pode ser mais bem-sucedida no contexto dos CC em comparação com o regime ambulatorio, dada a oportunidade de revisão frequente por vários profissionais de saúde, como médicos, farmacêuticos, enfermeiros ou mesmo nutricionistas.

1.2.2 Barreiras e fatores facilitadores da desprescrição

Os benefícios da desprescrição são conhecidos na comunidade científica, quer para o doente, quer para os profissionais, quer para o próprio sistema de saúde. (Dharmarajan et al., 2020; Halli-tierney et al., 2019; Reeve et al., 2017) A investigação nesta área tem vindo a interessar-se sobre o porquê desta prática não acontecer com a frequência que deveria, conforme evidenciado pela alta taxa de uso de medicamentos inadequados e pela polifarmácia. (Reeve et al., 2017) Deste modo, considera-se preponderante compreender as barreiras e processos facilitadores por forma a fomentar adequadamente sua implementação. (Dharmarajan et al., 2020; Woodford & Fisher, 2019)

São frequentemente apontados como obstáculos o tempo, a resistência por parte do doente por medo de deterioração da sua condição clínica, confronto com o fim de vida, sentimento

de abandono por parte dos profissionais de saúde (Pruskowski et al., 2019) e crença excessiva nos poderes dos medicamentos. (Dharmarajan et al., 2020) Por outro lado, a falta de literacia em saúde adequada, por parte dos doentes e família; a falta de integração deste processo de modo sistematizado nos procedimentos em cuidados de saúde; o aparecimento de sintomas de abstinência; reaparecimento de sintomas ou evento adverso, constituem outras barreiras. (Halli-tierney et al., 2019; Woodford & Fisher, 2019) A falta de comunicação entre profissionais de saúde que conduz à fragmentação dos cuidados; o facto dos clínicos não quererem ser vistos como contraditórios com orientações de outros especialistas; a dificuldade em falar com os doentes sobre QV e expectativa de vida; a ausência da visão de cuidados centrados no doente e na decisão partilhada, sempre que o doente reúne condições para se envolver no processo; o facto de muitas classes de medicamentos, não terem sido ainda exploradas do ponto de vista da desprescrição (Farrell et al., 2019; Parekh et al., 2019; Woodford & Fisher, 2019), e alguma inercia dos profissionais de saúde face ao tema (Dharmarajan et al., 2020) são igualmente obstáculos à adequada, e mesmo desejada, desprescrição.

As recomendações de ajuste terapêutico apresentam desafios diferentes entre as classes de medicamentos, pois para alguns pode ser fácil identificar a base de evidências para apoiar os benefícios, por exemplo o caso de benzodiazepinas, e outros sedativos e hipnóticos, e antipsicóticos prescritos para tratar a insónia ou agitação em idosos. (Dharmarajan et al., 2020; Moriarty et al., 2019) Por outro lado, pode ser difícil desprescrever devido à dependência física e/ou psicológica. (Moriarty et al., 2019) Para outros medicamentos, como as estatinas, é mais desafiador avaliar se interromper o tratamento é apropriado, pois as preferências do doente podem desempenhar um papel significativo. (Moriarty et al., 2019)

A aliar a estas barreiras está a falta de ferramentas que abordem especificamente a desprescrição em idosos frágeis e naqueles com expectativa de vida limitada (Thompson et al., 2019b), dando-lhes suporte científico. Acrescentando, as diretrizes de prática clínica raramente consideram a fragilidade ou o número de comorbilidades, e geralmente não incorporam recomendações sobre a desprescrição. Contudo, na ausência de evidência os responsáveis por produzir diretrizes deveriam relatar a ausência das mesmas, ou incerteza em torno da duração ideal do uso dos fármacos. (Farrell et al., 2019; Moriarty et al., 2019)

A mencionar que o facto de ser um conceito pouco explorado do ponto de vista curricular da formação dos profissionais de saúde, dificulta também a sua aplicação. (Farrell et al., 2019) O tempo de consulta disponível nos cuidados de saúde primários, os sistemas inadequados de monitorização de medicamentos e sistemas de pagamento das farmácias, que não recompensam a desprescrição, são também fatores dificultadores. (Farrell et al., 2019)

No contexto dos CC, onde as interações entre a equipa e o doente são a chave para reduzir os sintomas associados a comportamentos, e melhorar a QV, a falta de tempo e experiência da equipa leva, muitas vezes, ao desejo de uma solução farmacológica. (Dharmarajan et al., 2020; Sloane & Zimmerman, 2018)

Como processos facilitadores da desprescrição, os estudos mencionam o esforço realizado pelos profissionais de saúde de integrarem este conceito na sua prática (Dharmarajan et al., 2020) e o desenvolvimento de programas formalizados, nos quais equipas multidisciplinares coordenam a comunicação com os doentes, informando-os sobre o valor da medicação no contexto do prognóstico e objetivos de tratamento. (Parekh et al., 2019) Neste processo de desprescrever a boa comunicação interprofissional é fulcral, assim como a mudança de cultura na prestação de cuidados. O envolvimento do doente como parte integrante do seu tratamento, como agente ativo, que questiona e que participa ativamente da decisão e o envolvimento familiar, caso desejado, são vantajosos. (Dharmarajan et al., 2020; Farrell et al., 2019) Dentro deste leque, um aspeto frequentemente apontado como facilitador é o facto de o doente saber que o processo de retirada de um fármaco pode ser reversível, à semelhança de uma atitude ativa por parte dos profissionais de saúde que continuamente se questionam, ao invés de protelar a manutenção de um mesmo regime. (Anderson et al., 2014; Page et al., 2016) Apontados como outros fatores influenciadores estão o ambiente de trabalho e sistemas de saúde, incluindo práticas regulatórias, diretrizes e a influência de outros profissionais de saúde. (Page et al., 2016)

A identificação de medicamentos redundantes, e desnecessários, tem de ser feita com base no conhecimento (fisiologia, farmacologia, diretrizes atuais) e a revisão sistemática periódica das prescrições pela equipa multidisciplinar. (Dharmarajan et al., 2020)

Uma outra estratégia são os algoritmos de reflexão crítica que sistematizam as fases do processo de desprescrição (Arriagada et al., 2020; Ouellet et al., 2018; Page et al., 2016) ou *guidelines*, específicas ou não, de determinadas classes farmacológicas, baseadas na evidência para servir como diretrizes. (Farrell et al., 2019; Parekh et al., 2019; Thompson, 2019a)

Embora as *guidelines* específicas de determinadas classes farmacológicas cubram apenas uma pequena fração dos medicamentos, que podem ser considerados para desprescrição, esforços baseados em evidência para expandir este portfólio estão em desenvolvimento. (Farrell et al., 2019; Moriarty et al., 2019; Parekh et al., 2019) Isto porque, mais *guidelines* direcionadas aos profissionais de saúde são necessárias nesta matéria, para que este conceito venha a ser incorporado nos cuidados de saúde. (Moriarty et al., 2019) A aplicação

das *guidelines* desenvolvidas por Farrell et al. (2019)^c em CC e em cuidados de saúde primários tem sido promissora, com resultados positivos. Acrescentando, os estudos mostram que as iniciativas mais eficazes têm como alvos medicamentos específicos, como o caso dos critérios de Beers, para identificação de medicamentos inapropriados em idosos. (Sloane & Zimmerman, 2018) Especificamente, na área de CP os estudos mencionam apenas uma *guideline* direcionada à desprescrição denominada de Onc pal. (Thompson, 2019a)

Uma maneira de contornar as dificuldades é criar estratégias para influenciar as equipas que desenvolvem as diretrizes de prescrição a incluir a componente de desprescrição (Farrell et al., 2019), uma vez que esta é perspectivada dentro do continuum de recomendações de tratamento como regra, e não como exceção. (Moriarty et al., 2019) Neste sentido, no processo de prescrição racional estabelecido no Guia de Boa Prescrição da OMS está incluída a monitorização e interrupção do tratamento, quando apropriado, pelo que as diretrizes clínicas deveriam incorporar a desprescrição como parte das suas recomendações de prescrição. (Moriarty et al., 2019) Assim, a integração deste conceito na “cultura” dos cuidados de saúde deve começar quando o medicamento é prescrito. (Reeve et al., 2017) O conceito de "medicamento para toda a vida" deve ser removido dos vocabulários dos profissionais de saúde, e substituído por datas-limite com *timings* de revisão, e a duração esperada para determinado tratamento/benefício, deve também ser incluída no resumo das características dos fármacos. (Reeve et al., 2017)

Em jeito de conclusão, Anderson et al. (2014) realizou uma revisão sistemática das barreiras e facilitadores da desprescrição, tendo identificado quatro temas principais: consciência (a perceção do prescritor sobre a adequação de sua prescrição), inércia (falha em agir apesar da consciência), autoeficácia (ter as habilidades, conhecimentos e atitudes) e viabilidade (incluindo influências regulatórias, do doente, dos recursos, do tempo e da cultura dos cuidados de saúde).

1.2.3 O processo de desprescrever

A desprescrição é um processo que requer acompanhamento cuidadoso e documentação pormenorizada, permitindo que os doentes usufruam de um processo metódico, com critérios para a reintrodução de medicamentos. (Page et al., 2016; Reeve et al., 2017)

^c As *guidelines*, algoritmos e folhetos informativos, sobre determinadas classes farmacológicas (antipsicóticos, IBP, benzodiazepinas, antidiabéticos, inibidores das colinesterases e memantina) estão disponíveis em <https://deprescribing.org/news/creating-evidence-based-deprescribing-guidelines/>.

Assim, durante este processo é importante ter em consideração questões como: qual é o tempo de semivida do fármaco; como está o estado de ligação do fármaco às proteínas plasmáticas; existem razões para supor que há acumulação do medicamento; quanto tempo é esperado até ao aparecimento de sintomas de abstinência. (Arriagada et al., 2020) Deste modo, o período de monitorização tem de estar adaptado à semivida do fármaco à condição subjacente do doente, pois, por exemplo, os medicamentos de semivida longa precisam de períodos de acompanhamento mais longos. (Page et al., 2016) Esta monitorização e acompanhamento reduz o risco de efeitos adversos e permite a reintrodução imediata da medicação, se indicado. (Page et al., 2016)

Existem alguns planos de desprescrição descritos na literatura (Simões et al., 2018) que genericamente se organizam em várias etapas, entre 4 (Jansen et al., 2016) a 5. (Reeve et al., 2014; Scott et al., 2015) Contudo e de um modo genérico, o processo de desprescrição inicia-se com uma revisão do regime medicamentoso (Arriagada et al., 2020; Ouellet et al., 2018), onde primeiramente é realizada uma avaliação completa de todos os fármacos do regime terapêutico do doente, incluindo o motivo pelo qual são usados. (Reeve et al., 2014) No estudo de Ouellet et al. (2018), este processo inicial dá-se em simultâneo com a definição das metas e preferências dos doentes. De seguida, uma avaliação entre riscos e benefícios dos fármacos, e nesta dimensão pondera-se aspetos como expectativa de vida, efetividade da terapêutica, duração do tratamento, adequação da dosagem, custos do tratamento interações medicamentosas do tipo fármaco-fármaco ou fármaco-doença e existência de cascatas de prescrição. (Arriagada et al., 2020; Ouellet et al., 2018; Page et al., 2016; Scott et al., 2015) A considerar estão ainda os FPI no idoso, as possíveis síndromes de abstinência após alteração do regime medicamentoso e o possível agravamento da patologia de base. (Ouellet et al., 2018; Page et al., 2016) Aliados a estes fatores está a vontade do doente, as suas prioridades e os seus objetivos a alcançar, levando ao confronto com os comuns binómios de conflito: benefício futuro e prejuízo atual; benefícios futuros e danos futuros; benefícios atuais e danos atuais; benefícios atuais e danos futuros. (Ouellet et al., 2018) É considerando todos estes fatores, de extrema complexidade que se entra na ação de desprescrever, onde se inclui não só a suspensão de um fármaco, mas também o seu ajuste de dosagem ou a sua substituição por um outro mais indicado. (Arriagada et al., 2020; Page et al., 2016) Assim, determina-se se a medicação pode ser descontinuada e a priorização dos fármacos a retirar com base em: preferências do doente, desequilíbrio na relação risco-benefício e menor probabilidade de reações de abstinência, ou reaparecimento da condição inicial que levou à prescrição do fármaco. (Scott et al., 2015; Simões et al., 2018) A fase final deste processo, comporta, em todos os estudos, um plano de acompanhamento, que pressupõe uma monitorização clínica, em função do facto deste processo de ajuste

terapêutico ser dinâmico, quer pelas alterações da condição fisiológica do doente, quer pelas características dos fármacos e preferências do utente face ao regime a seguir. (Page et al., 2016) Acrescenta-se também a importância dos registos inerentes aos resultados que podem traduzir-se na melhoria da QV e saúde global do utente, bem como a redução dos efeitos adversos observados. (Simões et al., 2018)

O percurso ao longo deste processo deve ser faseado, de preferência fazendo alterações num fármaco de cada vez, por forma a detetar precocemente o reaparecimento de sintomatologia não desejada. (Arriagada et al., 2020; Romero et al., 2018) Um outro aspeto de importante relevo é a decisão partilhada, não só entre médico e utente, mas idealmente, incluindo os vários especialistas e outros elementos da equipa de saúde que seguem o doente. (Ouellet et al., 2018; Page et al., 2016)

As intervenções multidisciplinares são geralmente observadas como as mais eficazes na redução da polifarmácia, e do uso inadequado de medicamentos (Kaur et al., 2009; Reeve et al., 2017), sendo a desprescrição reconhecida como um esforço de equipa (Avery & Bell, 2019) (Thompson et al., 2019c), com destaque para o envolvimento de farmacêuticos e enfermeiros neste processo, pois este envolvimento parece ser um caminho para efetivar esta prática. (Dharmarajan et al., 2020; Reeve et al., 2017) Acrescentado, muitos doentes sentem-se confortáveis com o envolvimento de um farmacêutico ou enfermeiro neste processo de ajuste terapêutico em conjunto com o seu médico. (Reeve et al., 2013; Sirois et al., 2017) Contudo, mais investimento na investigação nesta área é necessária para determinar quais os grupos profissionais que devem liderar a tomada de decisão e a monitorização sobre a desprescrição; compreender se uma abordagem em equipa é mais eficaz do que intervenções isoladas, e perspetivar a integração deste constructo nos cuidados de saúde de rotina. (Reeve et al., 2017)

Estudos comparativos de diferentes modelos de responsabilidades profissionais serão úteis para entender como operacionalizar equipas, por forma a implementar estratégias de desprescrição. (Thompson, et al., 2019b) Porque para que esta seja efetivada na prática, é necessária a compreensão dos diversos papéis e funções neste processo. (Thompson et al., 2019b)

II. OBJETIVO DO ESTUDO E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Apesar da desprescrição ser considerada, como um processo maioritariamente levado a cabo por equipas multidisciplinares, por grande parte da literatura científica existente, existe ainda uma fraca delimitação de funções e competências dos diversos profissionais, mencionados como possíveis agentes integrantes deste processo. Ainda que já tenham sido desenvolvidos alguns algoritmos e *guidelines* orientadores para facilitar o ajuste terapêutico, não é mencionado quais as intervenções específicas das diversas classes profissionais. Contudo, sabe-se que para que este trabalho de equipa se desenrole de forma eficiente e eficaz, com sustentação da ética profissional, é necessário existir investigação que se oriente no sentido de compreender os diversos papéis dos intervenientes.

Deste modo, o objetivo central desta dissertação é explicitado da seguinte forma:

- Descrever o estado da arte do papel do enfermeiro na desprescrição no contexto dos CC e CP.

Neste sentido as questões de investigação que nortearão este trabalho são as seguintes:

- Questão de investigação 1 - Quais as intervenções de enfermagem na desprescrição em cuidados continuados e paliativos?
- Questão de investigação 2 - Quais as ferramentas de apoio usadas, ou mencionadas como passíveis de ser usadas, por enfermeiros na desprescrição?

III. METODOLOGIA

A metodologia orientadora do presente estudo foi a de uma revisão sistemática da literatura do tipo *Scoping*, orientada segundo os referenciais metodológicos disponibilizados pelo *Joanna Briggs Institute*. A opção pela realização de uma *scoping review* fundamenta-se pelo facto de este ser um tipo de revisão que assume como principais objetivos: mapear as evidências existentes subjacentes a uma área de investigação, identificar lacunas, e auxiliar na futura realização de revisões sistemáticas do tipo clássico. (Joanna Briggs Institute, 2015; Peters et al., 2015) Deste modo, esta escolha está relacionada com a necessidade de mapear a evidência científica disponível sobre o papel do enfermeiro na desprescrição em CC e CP, contribuindo também para a clarificação do conceito central deste trabalho, nomeadamente a desprescrição em contexto de CC e CP, bem como a necessidade de agrupar esse conhecimento em forma de uma revisão cientificamente rigorosa e efetiva. (Joanna Briggs Institute, 2015; Peters et al., 2015) Este estudo assume assim relevância, ao trazer uma revisão ampla sobre a temática anteriormente mencionada, dado que não existem outras publicações semelhantes.

O projeto inicial que deu origem a esta dissertação foi submetido à comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, tendo obtido o parecer favorável a 28 de outubro de 2020.

3.1. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Utilizando a estratégia participantes, conceito e contexto (PCC), foram incluídos na *scoping review* estudos que:

- a) quanto ao tipo de participantes, abordavam indivíduos adultos, incluindo idosos, sob necessidades de CC e CP;
- b) quanto ao conceito, abordavam o papel do enfermeiro na desprescrição;
- c) quanto ao contexto, se desenvolvam no âmbito dos CC e CP, contexto onde existem situações de doença terminal ou de grande fragilidade como o caso do idoso frágil;
- d) mencionavam o enfermeiro na desprescrição e apresentavam simultaneamente a descrição de intervenções passíveis de ser aplicadas por enfermeiros.

A seleção dos artigos relevantes foi baseada essencialmente nas questões de investigação, e não na avaliação da qualidade metodológica, dado que uma *scoping review* procura mapear toda a literatura disponível. (Joanna Briggs Institute, 2015) Assim sendo, foram considerados todo o tipo de estudos experimentais e quase-experimentais, incluindo estudos controlados randomizados, estudos controlados não randomizados, estudos “antes e depois” e de series temporais limitadas. Adicionalmente, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte prospetivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos analíticos transversais foram adicionalmente considerados para inclusão. Esta revisão também incluiu estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatos de casos individuais e estudos transversais descritivos. A abrangência desta revisão estendeu-se também a estudos qualitativos que se concentram em dados qualitativos, incluindo, mas não se limitando a, projetos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, pesquisa-ação. Por fim, revisões sistemáticas que atenderam aos critérios de inclusão foram consideradas, mediante questão ou questões de pesquisa. Textos e artigos de opinião foram também contemplados para inclusão.

No que concerne ao idioma das publicações seccionadas, foram incluídos estudos escritos em inglês, espanhol e português, independentemente do ano de publicação. As restrições de idioma relacionam-se com as barreiras linguísticas dos revisores do presente estudo.

3.2. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Uma pesquisa inicial foi realizada nas bases de dados PubMed e CINAHL para identificar artigos sobre a temática em estudo. As palavras contidas nos títulos e resumos de publicações relevantes, bem como os termos MeSH, usados para catalogar artigos, que melhor caracterizavam as questões de investigação delineadas foram selecionados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa. Posteriormente, efetuou-se a seleção de todos os descritores e termos MeSH relevantes (**APÊNDICE I**), seguida de uma segunda pesquisa, em janeiro de 2021, nas bases de dados selecionadas para o presente estudo, nomeadamente: CINAHL, Scopus, Pubmed e *Academic Search Complete*. A estratégia de pesquisa, incluindo todos os descritores e termos MeSH identificados, foi adaptada a cada base de dados, respeitando as suas especificidades, tal como indicado na **tabela 1**, abaixo apresentada. Relativamente a sintaxe da expressão de pesquisa, esta foi construída com base nos elementos da estratégia PCC, mas optou-se por não colocar a população, tendo esta sido apurada através dos métodos de extração de resultados.

Terms])) OR (Multiple Chronic Conditions[Title/Abstract])) OR (Multiple Chronic Health Conditions[Title/Abstract])) OR (Multiple Chronic Medical Conditions[Title/Abstract])) OR (Multiple Chronic Illnesses[Title/Abstract])) OR (Comorbidity[MeSH Terms])) OR (Comorbidity[Title/Abstract])) OR (Life-threatening diseases*[Title/Abstract])) OR (Life-threatening illness*[Title/Abstract])) OR (Life threatening diseases*[Title/Abstract])) OR (Life threatening illness*[Title/Abstract])) OR (Life-limiting diseases*[Title/Abstract])) OR (Life-limiting illness*[Title/Abstract])) OR (Life limiting diseases*[Title/Abstract])) OR (Life limiting illness*[Title/Abstract])) OR (Frailty[MeSH Terms])) OR (Frail*[Title/Abstract])) OR (Long-term care[MeSH Terms])) OR (Long-term care[Title/Abstract])) OR (Long term care[Title/Abstract])) OR (Nursing Homes[MeSH Terms])) OR (Nursing Hom*[Title/Abstract])) OR (Hospice Care[MeSH Terms])) OR (Hospice[Title/Abstract])) OR (Palliative care[MeSH Terms])) OR (Palliative[Title/Abstract])) OR (Palliative Medicine[MeSH Terms])) OR (Terminal care[MeSH Terms])) OR (Terminal care[Title/Abstract])) OR (Hospice and Palliative Care Nursing[MeSH Terms])) OR (Terminally ill[MeSH Terms])) OR (Terminally ill[Title/Abstract])) OR (End of Life[Title/Abstract])) OR (End-of-Life[Title/Abstract]))

Filtro de idioma aplicado: espanhol, português e inglês – **833 Resultados**

Scopus

(((TITLE-ABS-KEY (polypharmacy) OR TITLE-ABS-KEY (deprescriptio*) OR TITLE-ABS-KEY (deprescribing) OR TITLE-ABS-KEY ("Inappropriate Prescribing") OR TITLE-ABS-KEY ("Inappropriate Prescription") OR TITLE-ABS-KEY ("Potentially Inappropriate Medication") OR TITLE-ABS-KEY ("Over Prescribing") OR TITLE-ABS-KEY ("Inappropriate Prescribings") OR TITLE-ABS-KEY ("Inappropriate Prescriptions") OR TITLE-ABS-KEY ("Potentially Inappropriate Medications") OR TITLE-ABS-KEY ("Over Prescribings") OR TITLE-ABS-KEY ("Medication burden"))) AND (TITLE-ABS-KEY (nurs*))) AND ((TITLE-ABS-KEY ("Chronic Disease") OR TITLE-ABS-KEY ("Chronic Diseases") OR TITLE-ABS-KEY ("Chronic Illness") OR TITLE-ABS-KEY ("Chronic Illnesses") OR TITLE-ABS-KEY ("Chronically Ill") OR TITLE-ABS-KEY (multimorbidity) OR TITLE-ABS-KEY ("Multiple Chronic Conditions") OR TITLE-ABS-KEY ("Multiple Chronic Health Conditions") OR TITLE-ABS-KEY ("Multiple Chronic Medical Conditions") OR TITLE-ABS-KEY (comorbidity) OR TITLE-ABS-KEY ("Life-threatening diseases*") OR TITLE-ABS-KEY ("Life-threatening illness*") OR TITLE-ABS-KEY ("Life threatening diseases*") OR TITLE-ABS-KEY ("Life threatening illness*") OR TITLE-ABS-KEY ("Life-limiting diseases*") OR TITLE-ABS-KEY ("Life-limiting illness*") OR TITLE-ABS-KEY ("Life limiting diseases*") OR TITLE-ABS-KEY ("Life limiting illness*") OR TITLE-ABS-KEY (frail*) OR TITLE-ABS-KEY ("Long-term care") OR TITLE-ABS-KEY ("Long term care") OR TITLE-ABS-KEY ("Nursing Hom*") OR TITLE-ABS-KEY (hospice) OR TITLE-ABS-KEY (palliative) OR TITLE-ABS-KEY ("Terminal care") OR TITLE-ABS-KEY ("Terminally ill") OR TITLE-ABS-KEY ("End of Life") OR TITLE-ABS-KEY ("End-of-Life"))) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese"))) - **1440 Resultados**

<p>Academic Search Complete (através da EBSCO)</p>	<p>(TI "Over Prescribing" OR AB "Over Prescribing" OR TI "Inappropriate Prescribings" OR AB "Inappropriate Prescribings" OR TI "Inappropriate Prescriptions" OR AB "Inappropriate Prescriptions" OR TI "Potentially Inappropriate Medications" OR AB "Potentially Inappropriate Medications" OR TI "Over Prescribings" OR AB "Over Prescribings" OR TI "Medication burden" OR AB "Medication burden" OR TI polypharmacy OR AB polypharmacy OR TI deprescriptio* OR AB deprescriptio* OR TI deprescribing OR AB deprescribing OR TI "Inappropriate Prescribing" OR AB "Inappropriate Prescribing" OR TI "Inappropriate Prescription" OR AB "Inappropriate Prescription" OR TI "Potentially Inappropriate Medication" OR AB "Potentially Inappropriate Medication" AND (TI Nurs* OR AB Nurs*)) AND (TI "Chronic Disease" OR AB "Chronic Disease" OR TI "Chronic Diseases" OR AB "Chronic Diseases" OR TI "Chronic Illness" OR AB "Chronic Illness" OR TI "Chronic Illnesses" OR AB "Chronic Illnesses" OR TI "Chronically Ill" OR AB "Chronically Ill" OR TI multimorbidity OR AB multimorbidity OR TI "Multiple Chronic Conditions" OR AB "Multiple Chronic Conditions" OR TI "Multiple Chronic Health Conditions" OR AB "Multiple Chronic Health Conditions" OR TI "Multiple Chronic Medical Conditions" OR AB "Multiple Chronic Medical Conditions" OR TI comorbidity OR AB comorbidity OR TI "Life-threatening diseases*" OR AB "Life-threatening diseases*" OR TI "Life-threatening illness*" OR AB "Life-threatening illness*" OR TI "Life threatening diseases*" OR AB "Life threatening diseases*" OR TI "Life threatening illness*" OR AB "Life threatening illness*" OR TI "Life limiting diseases*" OR AB "Life-limiting diseases*" OR TI "Life-limiting illness*" OR AB "Life-limiting illness*" OR TI "Life limiting diseases*" OR AB "Life limiting diseases*" OR TI "Life limiting illness*" OR AB "Life limiting illness*" OR TI frail* OR AB frail* OR TI "Long-term care" OR AB "Long-term care" OR TI "Long term care" OR AB "Long term care" OR TI "Nursing Hom*" OR AB "Nursing Hom*" OR TI hospice OR AB hospice OR TI palliative OR AB palliative OR TI "Terminal care" OR AB "Terminal care" OR TI "Terminally ill" OR AB "Terminally ill" OR TI "End of Life" OR AB "End of Life" OR TI "End-of-Life" OR AB "End-of-Life") Filtro de idioma aplicado: espanhol, português e inglês - 324 Resultados</p>
<p>Total de Resultados</p>	<p>3171 Publicações</p>

3.3. SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram extraídas para o *Mendeley* por forma remover as publicações em duplicado (Etapa 1). Após este processo, as publicações foram incluídas na plataforma digital Rayyan *Intelligent Systematic Review*, através da qual foi realizada a primeira fase de análise e seleção dos artigos, pela leitura dos respetivos títulos e resumos (Etapa 2). Posteriormente seguiu-se a fase de análise e seleção dos artigos, selecionados na fase anterior, através da leitura do seu texto completo (Etapa 3). Para esta última etapa foi usado o *Mendeley* com indexação dos textos completos dos artigos e Exel para registo dos motivos de exclusão, por artigo. Ambas as etapas 2 e 3 foram realizadas por dois revisores independentes que avaliaram as publicações face aos critérios de inclusão previamente estabelecidos para a revisão. Divergências entre os revisores foram resolvidas

através de discussão, por forma a criar um consenso entre todos os intervenientes. Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão dos estudos estão relatados na íntegra neste trabalho e apresentados num diagrama de fluxo de seleção de estudos para revisões sistemáticas do tipo *scoping*, com a seguinte designação: *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA) (**Figura 1**). Acrescentando, encontra-se também em apêndice uma listagem dos estudos excluídos organizada pelos respetivos motivos de exclusão (**APÊNDICE II**).

Tal como é possível observar no diagrama PRISMA inicialmente foram identificadas 3171 publicações, e após a remoção de 1445 duplicados selecionaram-se 1726 publicações a ser analisadas por título e resumo. Deste processo resultaram 154 publicações das quais 39 foram incluídas para efetuar a presente revisão, mediante apresentação dos critérios previamente estabelecidos.

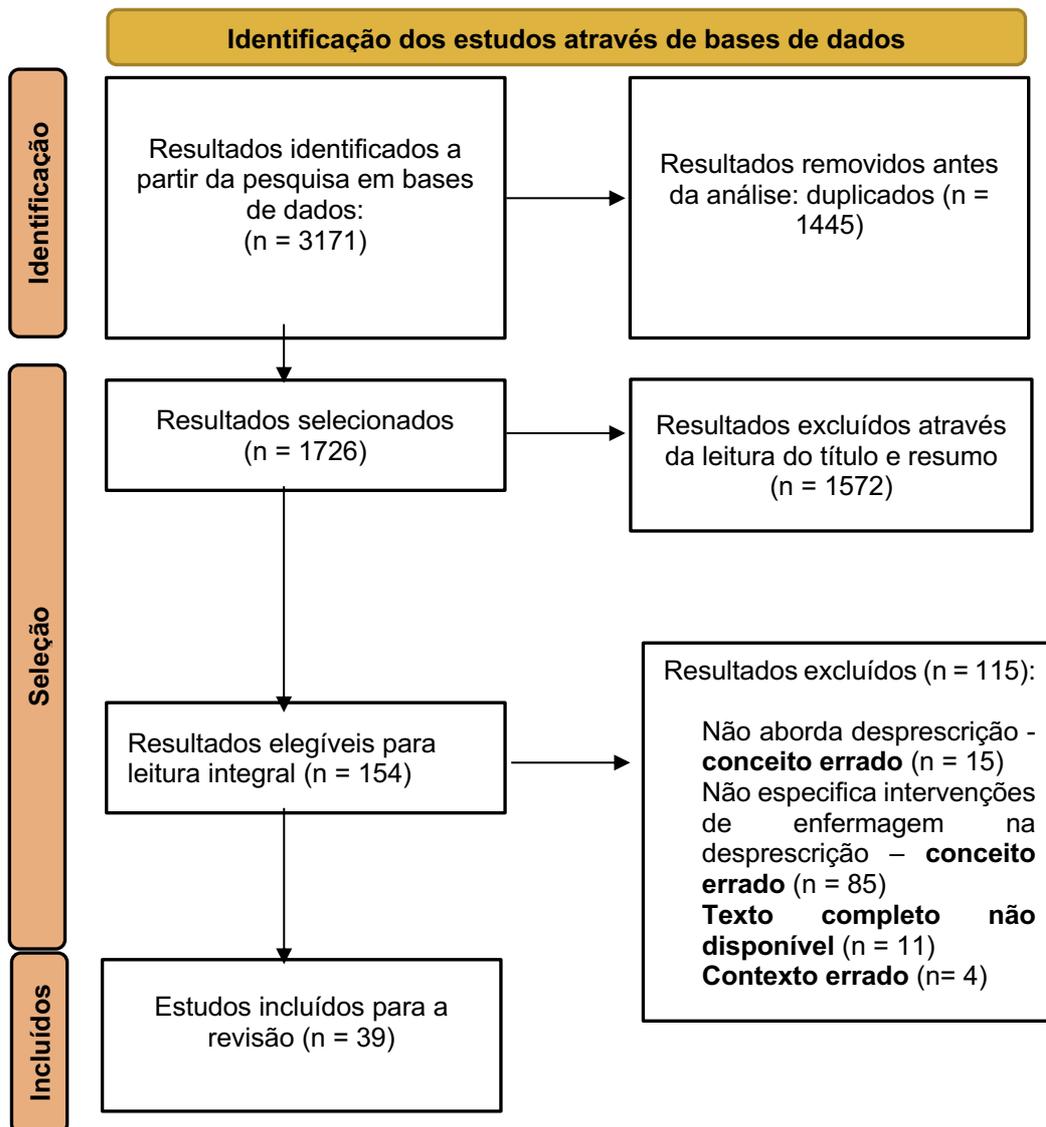


Figura 1 - Fluxograma PRISMA da seleção de estudos para a presente scoping review

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>

3.4. EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS

A extração dos dados, dos 39 estudos selecionados, foi efetuada pelo investigador principal, com base numa ferramenta de extração de resultados previamente construída, aquando da elaboração do respetivo protocolo da revisão (**APÊNDICE III**). Posteriormente, os resultados foram organizados sob a forma de tabelas padronizadas, onde foram incluídas secções referentes aos seguintes tópicos:

- Autor(es);
- Ano de publicação;
- País de origem;
- População alvo;
- Metodologia;
- Intervenções/resultados principais, com estreita relação com as questões de investigação delineadas (conceito).

3.5. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

O intuito final deste processo de recolha de dados foi o de efetuar um resumo lógico e descritivo dos resultados, por forma a poder mapeá-los. Assim sendo, os resultados foram apresentados sob forma de tabelas, acompanhadas de um breve resumo para facilitar a orientação dos mesmos face às questões de investigação, permitir o mapeamento dos resultados de forma simplificada, bem como a compreensão do leitor sobre os mesmos.

IV. RESULTADOS

Realizando uma breve análise dos estudos selecionados para a presente *scoping review*, cujas características gerais se apresentam descritas na **tabela 2**, constata-se que os estudos foram publicados no horizonte cronológico compreendido entre 2007 e 2020, sendo que aproximadamente 90% foram publicados entre 2016-2021. Quanto ao país de publicação, os Estados Unidos da América (9 publicações), representam cerca de 23% dos estudos incluídos, seguindo-se a Austrália (7 publicações) com aproximadamente 18%, o que perfaz um total de 41% para estes dois países. De seguida, estão países com 3 publicações cada: Suíça, Reino Unido, Canadá, Noruega e Singapura. Analisando os contextos dos estudos, depreende-se que o maior representante são as *Nursing Homes* (14 Publicações), cerca de 36%, seguidas das instituições de CC (7 publicações) com 18%. De seguida, com 4 publicações, estão os cuidados em fim de vida e, ainda com 3 publicações as instituições para pessoas idosas. Os tipos de estudos incluídos foram de natureza diversa, mas maioritariamente representados por investigação primária em cerca de 77% das publicações, onde se constata um predomínio de estudos de natureza quantitativa, mas com uma relação não muito discrepante dos estudos de carácter qualitativo, maioritariamente com recurso a entrevistas semiestruturadas. Da investigação secundária incluída, apenas constam duas revisões sistemáticas da literatura. Observando a população incluída nos estudos, verifica-se que a mesma se divide essencialmente em dois grandes grupos: os estudos dirigidos a utentes, nos quais a maioria são indivíduos com idade superior a 40 anos, sendo a fatia mais prevalente a dos maiores de 60 anos; e os estudos dirigidos a profissionais de saúde, onde o enfermeiro está explicitamente mencionado na maioria das publicações.

Tabela 2 - Características gerais dos estudos incluídos na *scoping review*.

Autor(es), Ano	País	Contexto	Tipo de estudo	População
(Blozik et al., 2010)	Suíça	<i>Nursing Home</i>	<i>Non Randomized Clinical trial</i>	Residentes em <i>Nursing Home</i> com idade ≥60 anos
(Diggins, 2019)	Estados Unidos da América	-----	<i>Research synthesis</i>	Idosos com comorbidades
(Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013)	Estados Unidos da América	Cuidados Continuados	<i>Evidence-Based Guideline</i>	Idosos
(Huisman et al., 2020)	Holanda	Fim de vida (casa, hospital, hospícios, ambulatório)	<i>Qualitative (interviews)</i>	Doentes (idade superior a 40 anos), cuidadores informais, enfermeiros e médicos.
(Gardner, 2019)	Reino Unido	Fim de vida	<i>Research synthesis</i>	Doentes em fim de vida
(Wauters et al., 2019)	Bélgica	<i>Nursing Homes</i>	<i>Cohort study design with cross-sectional observations</i>	Doentes internados com idades entre 54–109 anos
(Farrell et al., 2015)	Canada	-----	<i>Modified Delphi Process</i>	Médicos, farmacêuticos, enfermeiros e investigador na área social
(Paque et al., 2019)	Bélgica	Doença limitadora da vida	<i>Systematic review</i>	Indivíduos com qualquer uma das seguintes doenças limitantes da vida: cancro avançado, insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência renal, demência e/ou a receber CP
(Flesner et al., 2019)	Estados Unidos da América	<i>Nursing Homes</i>	<i>Analytical cross sectional</i>	Enfermeiros
(Sun et al., 2019)	Canada	Cuidados domiciliários	<i>Qualitative descriptive study</i>	Enfermeiros
(Stefanacci & Haimowitz, 2015)	Estados Unidos da América	Geriatría	<i>Opinion Paper</i>	---
(Foley et al., 2020)	Suíça	<i>Nursing Homes</i>	<i>Qualitative study</i>	Médicos, enfermeiros e farmacêuticos
(Gulla et al., 2018)	Noruega	<i>Nursing home</i>	<i>Multicentre, cluster-randomized controlled trial</i>	Doentes ≥ 65 anos a fazer anti hipertensores
(Tjia et al., 2019)	Estados Unidos da América	Hospício - fim de vida	<i>Secondary qualitative analysis of nurse interviews</i>	Enfermeiros
(Kaufman, 2018)	Reino Unido	----	<i>Research synthesis</i>	Idosos
(Simmons et al., 2018)	Estados Unidos da América	<i>Nursing Homes</i>	<i>Qualitative research</i>	Enfermeiros
(Lindström et al., 2007)	Suécia	<i>Nursing Homes</i>	<i>Open, prospective, interventional study</i>	Utentes em tratamento com inibidores seletivos da recaptção da serotonina à mais de um ano

(Turner et al., 2016)	Austrália	Cuidados Continuados	<i>Qualitative research using nominal group technique</i>	Profissionais de saúde, doentes em CC, bem como representantes dos doentes
(Ailabouni et al., 2017)	Nova Zelândia	Instituições para pessoas idosas	<i>Cross-sectional survey</i>	Enfermeiros
(Westbury et al., 2018)	Austrália	Estruturas residenciais para idosos	<i>Prospective, longitudinal intervention</i>	Utentes das ERPI
(Chong-Han Kua et al., 2019)	Singapura	<i>Nursing homes</i>	<i>Qualitative study comprising semi-structured interviews</i>	Médicos, farmacêuticos e enfermeiros
(Hernandez, 2017)	Estados Unidos da América	Hospital, clínicas e estruturas de enfermagem especializadas	<i>Qualitative study - interviews</i>	Enfermeiros que trabalham com idosos
(Chong-Han Kua et al., 2017)	Singapura	<i>Nursing home</i>	<i>Stepped-wedge randomised controlled trial</i>	Utentes com idade ≥65 anos a realizar terapêutica diária com 5 ou mais medicamentos
(Gedde et al., 2020)	Noruega	<i>Nursing Home</i>	<i>Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial</i>	Doentes com idade ≥65 anos
(Kalogianis et al., 2016)	Austrália	Instituições para pessoas idosas	<i>Cross-sectional study</i>	Utentes com idade ≥65 anos a fazer ≥9 medicamentos diariamente
(Jessop et al., 2017)	Austrália	Cuidados Continuados	<i>Single-arm longitudinal study – clinical trial</i>	Doentes com idade ≥ 60, sob medicação antipsicótica regular e sem doença psicótica primária ou sintomas psicológicos e comportamentais associados a demência severa.
(Brodaty et al., 2018)	Austrália	Cuidados Continuados	<i>Single-arm longitudinal study – clinical trial</i>	Doentes ≥ 60 anos, a residir numa instituição de CC sob medicação antipsicótica regular ≥ 3 meses e sem doença psicótica primária
(Chenoweth et al., 2018)	Austrália	Cuidados Continuados	<i>Qualitative study - interviews</i>	Enfermeiros <i>champions</i>
(Farrell et al., 2017)	Canadá	-----	<i>Evidence-based clinical practice guideline</i>	Adultos com ≥65 anos com risco de complicações derivadas dos anti hiperglicémicos, ou com risco benefício incerto derivado da sua fragilidade, demência ou expectativa de vida diminuída
(Kua et al., 2021)	Singapura	<i>Nursing Home</i>	<i>Stepped-Wedge Cluster-Randomized Controlled Trial</i>	Utentes residentes em <i>Nursing Homes</i> com idade ≥ a 65 anos, a realizar terapêutica com 5 ou mais fármacos
(Bergman-Evans, 2020)	Estados Unidos da América	Cuidados Continuados	<i>Analytical study</i>	Utentes residentes em CC
(Cateau et al., 2020)	Suiça	<i>Nursing Home</i>	<i>Randomised controlled hybrid trials</i>	Residentes em Nursing Homes com idade ≥ a 65 anos, a realizar terapêutica diária com 5 ou mais fármacos.
(Curtin et al., 2020)	Irlanda	2 hospitais de agudos	<i>Randomized controlled trial.</i>	Adultos com ≥75 anos com fragilidade avançada e polifarmácia, incapazes de voltar para casa para uma vida independente, a necessitar de cuidados domiciliários de longa duração
(Granås et al., 2018)	Noruega	<i>Nursing Home</i>	<i>Case study</i>	Utente de 90 anos

(Groot Kormelinck et al., 2019)	Holanda	<i>Nursing Home</i>	<i>Stepped-wedge randomized trial</i>	<i>cluster</i>	Residentes com diagnóstico de demência e expectativa de vida de pelo menos 3 meses
(Kaufman, 2016)	Reino Unido	----	<i>Research synthesis</i>		Idoso e idoso frágil
(Lundby et al., 2020)	Dinamarca	Cuidados de saúde primários e especializados	<i>Qualitative study - interviews</i>		Médicos, enfermeiros, farmacêuticos, e assistentes de saúde
(Shrestha et al., 2020)	Austrália	Doença limitante e expectativa de vida limitada	<i>A systematic review</i>		Idosos com doença limitadora e expectativa de vida reduzida
(Vasilevskis et al., 2019)	Estados Unidos da América	Hospital	<i>Randomized controlled trial</i>		Adultos, com ≥50 anos, hospitalizados e referenciados para continuidade de cuidados em instituições de enfermagem qualificadas ou de reabilitação.

No seguimento da tabela acima apresentada, apresentam-se de seguida os resultados, com base nas questões de investigação anteriormente delineadas.

4.1. **QUESTÃO 1 - QUAIS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA DESPRESCRIÇÃO EM CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS?**

Da análise da **Tabela 3** – Dados extraídos para responder à questão de investigação 1, abaixo apresentada, foi possível agrupar as intervenções de enfermagem na desprescrição em CC e CP em 9 domínios, ilustrados pela **Figura 2**. Posteriormente, as intervenções foram agrupadas de modo sintetizado, pelos respetivos domínios (**Tabela 4 a 12**), por forma a se proceder ao mapeamento das mesmas. Relativamente ao contexto CC e CP não foi feito qualquer tipo de separação dos resultados, por se considerar pouco relevante, dado que as intervenções mapeadas são genéricas e relevantes em ambos os contextos, pelas suas características comuns.

Tabela 3 – Dados extraídos para responder à questão de investigação 1: Quais as intervenções de enfermagem na desprescrição em cuidados continuados e paliativos?

Autor(es), Ano	Título	Página	Intervenção
(Blozik et al., 2010)	<i>Reduction of Inappropriate Medications among Older Nursing-Home Residents</i>	1009	- Intervenção liderada por enfermeiros com base nos critérios de <i>Beers</i> para reduzir Fármacos Potencialmente Inapropriados (FPI);
		1011	- Fornecer sugestões para a descontinuação (parar, substituir ou alterar a dose) de fármacos ao médico; - Os líderes de enfermagem foram responsabilizados por realizam formação à restante equipa de enfermeiros após terem recebido formação na área.
(Diggins, 2019)	<i>Deprescribing: Polypharmacy management in older adults with comorbidities.</i>	51- 52	- Confirmar periodicamente a adequação de todos os medicamentos prescritos (revisão terapêutica), duração dos planos de tratamento, possíveis reações adversas e interações medicamentosas negativas, bem como o nível de adesão do doente. Garantir relevância do plano terapêutico;
		52	- Mudança de cultura em direção à desprescrição no ensino pré e pós-graduado; - Reconhecer que as necessidades dos doentes são fundamentais em qualquer regime de medicação e que essas necessidades são dinâmicas com base na medição apropriada dos indicadores de resultados de doenças crónicas;
		53-54	- Utilizar estratégias de comunicação adequadas à desprescrição (comunicação aberta, considerando as preocupações dos doentes polimedicados); - Usar uma abordagem de Cuidados Centrados no Doente (CCD) e, portanto, individualizada; - Construir relação terapêutica com intuito de conhecer os objetivos do doente para poder advogá-los;
		55	- Trabalhar com o doente e restante equipa para otimizar os resultados, trazendo o input do conhecimento sobre os objetivos de saúde dos doentes.

(Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013)	<i>Improving Medication Management for Older Adult Clients Residing in Long-Term Care Facilities</i>	15	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar a identificar e priorizar os fármacos a descontinuar ou reduzir com base no conhecimento da condição geral do doente (importância da avaliação da funcionalidade e do comportamento) e dos objetivos do doente e plano expectável para este; - Providenciar grande parte do input necessário para as tomadas de decisão em equipa com base no seu conhecimento de proximidade com o doente; - Os prescritores necessitam de consultar a equipa de enfermagem sobre: aplicabilidade, riscos e benefícios do início, alteração ou suspensão de medicamentos, estratégia para tomar a decisão mais correta, por forma a diminuir a necessidade de esclarecimentos e de acompanhamento. Quando se prevê retirar um fármaco, um plano mutuamente acordado para monitorizar o reaparecimento de sintomas e/ou reações de abstinência precisa ser estabelecido antes que o medicamento seja retirado.
(Huisman et al., 2020)	<i>Role of nurses in medication management at the end of life: a qualitative interview study.</i>	6 7 9	<ul style="list-style-type: none"> - Informar os doentes sobre como será realizada a monitorização do efeito dos ajustes terapêuticos, respetivas doses e a necessidade dos fármacos; - Avaliação clínica relacionada ao uso de fármacos e avaliação do impacto negativo/carga da ingestão destes; - Os utentes discutem os seus desejos em relação à medicação com o enfermeiro que informa o médico sobre a situação clínica deste; - O enfermeiro parece ter três papéis em relação ao cuidador informal: informar, apoiar e envolver, podendo discutir a descontinuação da medicação com estes; - Ajudar a identificar os efeitos potenciais das mudanças no regime de medicação sobre os sintomas ao longo do tempo e reconhecer a mudança nos objetivos dos cuidados para uma abordagem paliativa; - Como os enfermeiros estão envolvidos na administração e/ou ingestão de medicamentos, observam diretamente o impacto da polifarmácia (dificuldades em engolir medicamentos) devendo informar o médico sobre a necessidade de adaptação do fármaco ou via de administração.
(Gardner 2019)	<i>Deprescribing in end-of-life care.</i>	474	<ul style="list-style-type: none"> - Especialistas em enfermagem comunitária podem desempenhar um papel vital na facilitação da desprescrição, pois estão ativamente envolvidos na gestão de doenças crónicas e fragilidade. A relação terapêutica estabelecida no cuidado a estes doentes permite que ocorram discussões sobre a retirada da medicação à medida que o processo da doença avança;

		475	<ul style="list-style-type: none"> - Os cuidados em fim de vida devem ser CCD, incluindo um planeamento de cuidados antecipado quando se pondera a desprescrição para evitar a interpretação errônea das ações; - A necessidade de cada medicamento, bem como a via e o tempo de tratamento, devem ser avaliados regularmente considerando o benefício e o risco em relação ao controle dos sintomas; - Conhecer as potenciais barreiras à desprescrição, específicas de cada doente; - Discutir criticamente a gestão medicamentosa ao longo do processo de morte, envolvendo o doente na mesma.
(Wauters et al. 2019)	<i>Reducing Psychotropic Drug Use in Nursing Homes in Belgium: An Implementation Study for the Roll-Out of a Practice Improvement Initiative</i>	769	- A educação, suporte profissional e a transição para CCD alcançou reduções significativas no uso de fármacos psicotrópicos;
		771	<ul style="list-style-type: none"> - A revisão da medicação pelo médico foi dirigida pelos enfermeiros. Para todos os psicotrópicos, o enfermeiro investigou a duração da terapêutica, e a indicação original para o tratamento foi avaliada e revista se ainda estava presente. Posteriormente, o clínico geral foi contactado pelo enfermeiro para rever a medicação psicotrópica; - A desprescrição foi facilitada por uma campanha de conscientização para todos os colaboradores (profissionais de saúde, de logística, de limpeza) e utentes;
		772	- Papel de liderança na intervenção, devido à coleta de dados, contatos diários com os utentes e com os médicos para motivá-los para a intervenção.
(Farrell et al 2015)	<i>What Are Priorities for Deprescribing for Elderly Patients? Capturing the Voice of Practitioners: A Modified Delphi Process</i>	3	- Papel da enfermagem na investigação para criar diretrizes e consenso de prioridades na futura criação de <i>guidelines</i> de desprescrição.
(Paque et al. 2019)	<i>Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease: A systematic review</i>	37	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer barreiras e facilitadores da desprescrição em pessoas com doença limitadora da longevidade é crucial para o desenvolvimento de intervenções de desprescrição bem-sucedidas; - A contribuição dos enfermeiros na revisão terapêutica, através do relato das suas observações dos sintomas e da carga/ impacto negativo exercida pelos fármacos, pode facilitar mudanças na medicação; - Os profissionais de saúde devem concentrar-se em estratégias de comunicação para facilitar a tomada de decisão compartilhada sobre o uso e a desprescrição de medicamentos;

(Flesner et al. 2019)	<i>Advanced Practice Registered Nurses' Quality Improvement Efforts to Reduce Antipsychotic Use in Nursing Homes</i>	5	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver um plano de melhoria da qualidade através da redução da medicação antipsicótica liderado por enfermeiros, envolvendo restante equipa e liderança institucional; - Dar formação e reforçar as melhores práticas de cuidados em situação de demência; - Organizar momentos de discussão entre enfermeiros para compreender quais as intervenções de melhoria da qualidade se revelaram mais eficazes.
(Sun et al. 2019)	<i>Exploration of home care nurse's experiences in deprescribing of medications: a qualitative descriptive study</i>	1	- Sensibilização para a desprescrição em contexto de CC/ ERPI;
		6	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da continuidade de cuidados para apoiar a desprescrição segura; - A desprescrição deve ser parte do ensino em cuidados domiciliários, focando alternativas não farmacológicas; - Enfermeiros de cuidados domiciliários identificaram que a desprescrição deve ser incorporada como parte das temáticas de educação em saúde do utente, pois os idosos devem ser educados sobre a gestão dos seus medicamentos e necessidades de desprescrição, a fim de tomarem decisões informadas sobre o seu regime terapêutico; - Efetuar revisão terapêutica regular; - Os enfermeiros de saúde comunitária devem saber o que está disponível na sua comunidade para apoiar a desprescrição;
		7	- Educação em saúde para os cuidadores informais sobre gestão de comportamentos e de sintomas.
(Stefanacci & Haimowitz 2015)	<i>Medication management with a few good Beers and memorable quotes</i>	393	-Verificar a adequação terapêutica: Observar e monitorizar se os fármacos estão a ser tomados de forma adequada, para identificar possíveis efeitos colaterais dos mesmos e trabalhar com outros profissionais de saúde para examinar se houve uma mudança no status do doente onde os medicamentos possam ser reduzidos ou possivelmente suspensos.
(Foley et al 2020)	<i>Physicians', Nurses' and Pharmacists' Perceptions of Determinants to Deprescribing in Nursing Homes Considering Three Levels of Action: A Qualitative Study</i>	5	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros, devido à proximidade com o doente, encontram-se numa posição privilegiada para criar uma relação de confiança antes da desprescrição, com o intuito de facilitar este processo. Só depois devem discutir com o doente e família os fármacos considerados desnecessários; - Durante o processo de desprescrição os enfermeiros devem considerar o motivo de ingresso nos CC (Qual é o plano? Voltar para casa? Reabilitação?), bem como os objetivos dos cuidados de modo a identificar quais medicamentos são prioritários e quais, menos importantes, podem ser retirados;

			<p>- Os problemas de deglutição foram percebidos pelos enfermeiros como um incentivo para limitar as prescrições;</p> <p>7 - Gerir medicação em SOS durante o processo de desprescrição com base na avaliação do doente;</p> <p>8 - Os enfermeiros dispõem de um conjunto de habilidades não farmacológicas que podem aplicar para limitar as prescrições;</p> <p>10 - Os enfermeiros podem integrar a desprescrição nos planos terapêuticos dos doentes;</p> <p>13 - Discutir a desprescrição com outros elementos da equipa (médicos).</p>
(Gulla et al. 2018)	<i>Deprescribing antihypertensive treatment in nursing home patients and the effect on blood pressure</i>	278	<p>- Verificar a presença de interações entre fármacos como precursor da desprescrição;</p> <p>- Input sobre a situação clínica do doente e conhecimento do mesmo e seus objetivos.</p>
(Tjia et al. 2019)	<i>Nurses' Perspectives on Family Caregiver Medication Management Support and Deprescribing</i>	316 - 317	<p>- Educação em saúde da família sobre a desprescrição e a adequação/revisão terapêutica;</p> <p>- Estabelecer uma boa comunicação que permita compreender e estabelecer os objetivos terapêuticos dos doentes e família - <i>looking at the big picture</i> – pensamento crítico sobre a medicação usada ao longo do continuum saúde-doença.</p>
(Kaufman, 2018)	<i>Polypharmacy in older people: The need for deprescribing</i>	393	<p>- Realizar um histórico de medicamentos completo (medicação habitual e SOS), incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica. Cada medicamento listado deve incluir a dose, frequência, formulação, via de administração, duração do uso, e eficácia relatada. Avaliar a adesão.</p> <p>- Avaliar o risco de dano e benefício e os fatores individuais que podem condicionar a desprescrição: Explorar as preferências, crenças, valores e objetivos dos doentes/cuidadores relacionados ao uso continuado de fármacos em comparação com a desprescrição; Fatores relacionados a medicamentos: polifarmácia, a carga e a complexidade do regime terapêutico, interações medicamentosas, uso de medicamentos de alto risco em pessoas idosas; Fatores relacionados com o doente: expectativa de vida, compromisso cognitivo e funcional, risco de queda, comorbidades, múltiplos prescritores, CP; Questionar “Quais os medicamentos são mais importantes para continuar a tomar na sua opinião? Porquê?”;</p> <p>- Identificar FPI: Considerar medicamentos sem indicação: condição resolvida, não confirmada, eficácia questionável, alternativa não farmacológica. Questionar: “Algum medicamento faz parte de uma cascata de prescrição?”, “Potencial para reação adversa e</p>

			<p>futuros danos?”. Usar ferramentas, como listas explícitas de FPI no idoso e algoritmos para determinar a adequação do fármaco;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomada de decisão compartilhada na suspensão do fármaco: se mais de um medicamento for identificado para ser suspenso, priorizar a ordem dos medicamentos para suspensão (ex: com base no potencial de dano, preferência do doente); - Plano de redução gradual ou de suspensão e monitorização com documentação e comunicação a todos os envolvidos no cuidado: estabelecer um plano de gestão de tratamento (sintomas a serem observados, plano de ação, monitorização exigida pelo profissional de saúde, pessoa a ser contatada); - Monitorizar reações adversas de abstinência, retorno ou ausência de sintomatologia (benefícios). Usar abordagens não farmacológicas para reduzir dependência de fármacos, quando possível; - Documentar o motivo, o processo e o resultado da desprescrição, bem como compartilhar os registos com equipa de saúde;
		394	- Os enfermeiros realizam valiosas observações, detendo perceções importantes para apoiar as decisões de desprescrição (apoio à equipa e doente);
		395	Os idosos podem não estar cientes de que a desprescrição é possível e, portanto, aumentar a conscientização por meio de questionamento ativo pela equipa de enfermagem deve ser uma prática. Uma pergunta simples poderia ser “Existe algum medicamento que você não gosta ou tem dificuldade de tomar regularmente? Porquê?”.
			- Contribuir para a discussão multidisciplinar sobre a desprescrição e formas de implementá-la utilizando ferramentas e recursos desenvolvidos;
(Simmons et al., 2018)	<i>Reducing Antipsychotic Medication Use in Nursing Homes: A Qualitative Study of Nursing Staff Perceptions</i>	6	- Proporcionar ao utente o mesmo cuidador regularmente (atribuição consistente de equipa) e / ou fornecer CCD para gerir o seu comportamento;
		6-7	- A monitorização comportamental ao longo dos dias e turnos como forma de compreender a frequência, a gravidade e os gatilhos de um comportamento. Os participantes discutiram a necessidade de rastreio, de rotina ou direcionado, dos comportamentos e/ou resultados dos utentes para fomentar a tomada de decisão;
		9	- Profissionais de saúde mental, podem ser a chave para alcançar melhorias adicionais nas práticas de desprescrição de antipsicóticos e orientar o uso de tratamentos alternativos (não farmacológicos).

(Lindström et al., 2007)	<i>Can selective serotonin inhibitor drugs in elderly patients in nursing homes be reduced?</i>	4	<p>- A enfermeira foi responsável por registar todos os doentes que tomavam o fármaco, a duração e indicação do tratamento e o estado geral do doente e, em seguida, discutia o tratamento com o doente e com o clínico;</p> <p>- Uma entrevista telefónica semiestruturada foi realizada por uma enfermeira e um médico por forma a colher dados para o presente estudo. A entrevista explorou as dificuldades em suspender a terapêutica e questões de acompanhamento dirigidas aos doentes nos quais a suspensão não foi bem conseguida.</p>
(Turner et al., 2016)	<i>What factors are important for deprescribing in Australian long-term care facilities? Perspectives of residents and health professionals.</i>	5 6 6-7	<p>- Os utentes apontam como fatores importantes para a desprescrição a boa comunicação, a relação de confiança adequada com os profissionais de saúde e a continuidade de cuidados da equipa de enfermagem. Os utentes afirmaram que os enfermeiros com os quais não estão familiarizados, provavelmente não estão cientes de sua história e preferências médicas, sociais e de medicação.</p> <p>- Os clínicos percecionaram a falta de continuidade da equipa de enfermagem/ elevada rotatividade como limitador da monitorização apropriada após a desprescrição, podendo levar ao reinício de fármacos;</p> <p>- Os farmacêuticos perspetivaram a falta de continuidade da equipa de enfermagem/ elevada rotatividade como limitador da capacidade de determinar as metas de cuidados dos utentes;</p> <p>Para que a desprescrição seja eficaz é essencial considerar os pontos de vista dos doentes e dos diferentes profissionais de saúde envolvidos.</p>
(Ailabouni et al., 2017)	<i>Do Residents Need All Their Medications? A Cross-Sectional Survey of RNs' Views on Deprescribing and the Role of Clinical Pharmacists</i>	15 19	<p>- Influência dos enfermeiros sobre os clínicos para prescrever, reduzir ou suspender medicamentos. A maioria dos enfermeiros encoraja os médicos a descontinuar fármacos preventivos;</p> <p>- Enfermeiros e farmacêuticos podem trabalhar juntos para apresentar recomendações de desprescrição aos clínicos, acompanhadas de razões específicas, como suspeita de eventos adversos de fármacos, observados pelos enfermeiros ao monitorizar os utentes.</p>
(Westbury et al., 2018)	<i>RedUse: reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities</i>	399	<p>- Criar a figura de <i>champion</i> (enfermeiro representante) - líderes de prática que trabalham com várias disciplinas para garantir a implementação das diretrizes e recomendações.</p>

(Kua et al., 2019)	<i>Perspectives of health professionals towards deprescribing practice in Asian nursing homes: a qualitative interview study</i>		<p>- Os enfermeiros observaram que orientação tutorial/mentoria, estudos de caso, palestras e guias orientadores são úteis para incrementar a participação de enfermeiros na desprescrição. – <i>“I think those senior ones will not have much of a problem; they know their medication...these are for the junior (nurses)...Mostly they just follow the orders, until they get to the stage where they can mostly be on their own. .. So...we will talk about the resident's condition and if he benefits (from) the medicine, or if he does not benefit (from) the medicine so we can off it..(for example) the case study”;</i></p>
		6	<p>- Mentoria e estudos de caso podem ser úteis para aumentar a confiança do profissional de saúde, especialmente entre enfermeiros, onde o conhecimento e a experiência na desprescrição podem estar deficitários;</p>
		7	<p>- A falta de sensibilização sobre as ferramentas de desprescrição pode ser parcialmente atribuída à falta de conscientização sobre a desprescrição, uma vez que esse tópico não foi lecionado no curso base de medicina, farmácia ou enfermagem. Este facto remete para a necessidade de educação profissional continua adicional;</p>
(Kua et al., 2017)	<i>Nursing home team-care deprescribing study: a stepped-wedge randomised controlled trial protocol</i>	3	<p>- O farmacêutico discute com os enfermeiros sobre a viabilidade da desprescrição (mobilidade, deglutição, funcionalidade e questões de custo);</p> <p>- Uma sessão de discussão multidisciplinar pode ser introduzida como parte dos cuidados de rotina.</p>
(Gedde et al., 2020)	<i>Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial</i>	306	<p>- Os enfermeiros empoderaram os doentes e familiares ao incorporar os seus desejos e preocupações nas revisões terapêuticas.</p>
(Jessop et al., 2017)	<i>Halting Antipsychotic Use in Long-Term care (HALT): a single-arm longitudinal study aiming to reduce inappropriate antipsychotic use in long-term care residents with behavioral and psychological symptoms of dementia</i>	1396-1397	<p>- Abordagem “<i>train-the-trainer</i>” para dar formação a todos os colaboradores das instituições de CC. Este workshop fornecerá aos <i>Champions</i> (enfermeiros representantes/ elos de liderança) formação sobre demência, respetivos sintomas comportamentais e psicológicos e abordagens não farmacológicas centradas na pessoa para a prevenção e redução dos mesmos. Além disso, estes elos aprenderão técnicas para aprimorar a qualificação de outros profissionais por forma a operacionalizar a mudança da prática e receberão um manual de apoio. Espera-se que os <i>Champions</i> com apoio dos gestores, implementem essas estratégias de treino, de modo a que todos os profissionais trabalhem juntos na abordagem de CCD no momento em que a desprescrição começar;</p>

		1398	- Os <i>Champions</i> serão responsáveis por monitorizar os doentes e informar a equipa de investigação sobre quaisquer problemas ou recorrência de sintomas comportamentais e psicológicos de demência. Se um aumento nos distúrbios comportamentais, como agitação ou sintomas psicóticos, ocorrer após a desprescrição, os <i>Champions</i> e a equipa serão incentivados a seguir as diretrizes das melhores práticas e implementar estratégias não farmacológicas centradas na pessoa sugeridas durante o treino. Os clínicos terão a opção de incluir um fármaco de resgate (conforme necessário), para ser usado em caso de um distúrbio comportamental agudo que não pode ser tratado com intervenções não farmacológicas e/ou se há risco para o doente e /ou aqueles ao seu redor.
(Brodaty et al., 2018)	<i>Antipsychotic Deprescription for Older Adults in Long-term Care: The HALT Study</i>	593	- Os <i>Champions</i> , foram incentivados a implementar estratégias de formação nas suas respetivas instituições para educar outros membros da equipa;
		599	- Formação de enfermeiros por enfermeiros (<i>train-the-trainer</i>). Boa liderança e treino focado, fornecendo orientações práticas e claras sobre abordagens farmacológicas e não farmacológicas para a prevenção e gestão sintomas comportamentais e psicológicos na demência. A aplicação dos princípios das melhores práticas de desprescrição de uma forma clara e individualizada, que responsabilizava a equipa de enfermagem e os clínicos pela execução dentro de um prazo específico, foi um fator chave para o sucesso do estudo.
(Chenoweth et al., 2018)	<i>Critical Contextual Elements in Facilitating and Achieving Success with a Person-Centred Care Intervention to Support Antipsychotic Deprescribing for Older People in Long-Term Care.</i>	4	- O enfermeiro especialista em demência e o gestor de projeto forneceram suporte no local e por telefone aos <i>champions</i> (enfermeiros) quando estes iniciaram o processo de educação e supervisão da equipa de cuidados diretos em CCD e gestão de comportamento. Uma resposta comum foi a necessidade de especialistas em demência ou educadores disponíveis para dar feedback, acompanhamento e treino no local à equipa de cuidados diretos;
		5	- Foi reconhecido que a educação e formação contínua <i>in loco</i> , em gestão não farmacológica do comportamento do doente, com o apoio dos gestores, é essencial para continuar a desprescrição de medicamentos psicotrópicos em doentes com demência;
		6	- A equipa tornou-se mais pró-ativa ao solicitar que os clínicos desprescrevessem antipsicóticos e prescrevessem analgesia, quando identificou a dor como uma causa potencial ou real de agitação e resistência aos cuidados. As melhorias mais comumente declaradas decorrentes da educação e treino foram o reconhecimento e a remoção de <i>triggers</i> de comportamento relevantes para o doente e a identificação e respostas dos profissionais às necessidades reais dos doentes;
		8	- A perceção dos <i>champions</i> providencia uma orientação valiosa para os líderes de equipa progredirem na mudança necessária e identificar quais fatores estruturais a considerar na implementação bem-sucedida dos CCD.

(Farrell et al., 2017)	<i>Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: Evidence-based clinical practice guideline.</i>	841	<ul style="list-style-type: none"> - A Equipa de desenvolvimento da <i>guideline</i> foi composta por 2 médicos de família, 3 farmacêuticos, 1 enfermeira, 1 endocrinologista e um epidemiologista; - Organizações relevantes que incluíram enfermeiros foram convidadas a rever e fomentar a aprovação das diretrizes.
(Kua et al., 2020)	<i>Association of Deprescribing With Reduction in Mortality and Hospitalization: A Pragmatic Stepped-Wedge Cluster-Randomized Controlled Trial</i>	84	<ul style="list-style-type: none"> - Os farmacêuticos iniciaram a desprescrição durante a revisão de medicação de rotina e discutiram com os enfermeiros sobre a viabilidade da desprescrição para cada residente usando os critérios Beers e STOPP.
(Bergman-Evans, 2020)	<i>A nurse practitioner led protocol to address polypharmacy in long-term care</i>	959	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicações abertas e contínuas entre o farmacêutico e o provedor de cuidados, diretor de enfermagem, a equipa de enfermagem, o utente e a família têm potencial significativo para diminuir a polifarmácia; - Os profissionais de enfermagem que trabalham em CC têm um conjunto de conhecimentos e habilidades para assumir papéis de liderança neste processo.
(Cateau et al., 2020)	<i>Deprescribing in nursing homes: Protocol for nested, randomised controlled hybrid trials of deprescribing interventions.</i>	5	<ul style="list-style-type: none"> - Participação em círculos de qualidade contribuindo para consenso e apropriação dos processos de desprescrição bem como a monitorização da sua implementação e eficácia; - As <i>Nursing homes</i> participantes designaram um membro da equipa de enfermagem para coordenar as atividades do estudo;
		6	<ul style="list-style-type: none"> - Os enfermeiros providenciaram informação sobre os objetivos dos doentes aos farmacêuticos; - As sugestões fornecidas pelos farmacêuticos foram validadas por enfermeiros e médicos, com o objetivo de desenvolver um plano de desprescrição; - Os dados para avaliação dos resultados foram colhidos por enfermeiros e farmacêuticos.
(Curtin et al., 2020)	<i>Deprescribing in Older People Approaching End of Life: A Randomized Controlled Trial Using STOPPFrail Criteria.</i>	765	A equipa de enfermagem foi encorajada a relatar quaisquer consequências adversas potencialmente relacionadas com a desprescrição (eventos adversos de retirada do medicamento ou recidiva da doença) à equipa de investigação.
(Granås et al., 2018)	<i>Deprescribing for frail older people e Learning from the case of Mrs. Hansen</i>	613	<ul style="list-style-type: none"> - A enfermeira realizou medições relevantes como peso, pressão arterial, frequência cardíaca e eletrocardiograma, bem como análises de sangue (hemoglobina, função renal, eletrólitos, HbA1C, glicose, função tiroideia e níveis de colesterol); - O médico, a enfermeira e o farmacêutico realizaram uma revisão da medicação, discutindo os prós e os contras do atual regime de medicamentos, levando em consideração o quadro clínico geral e as perspetivas do doente.

(Groot Kormelinck et al., 2019)	<i>Reducing inappropriate psychotropic drug use in nursing home residents with dementia: protocol for participatory action research in a stepped-wedge cluster randomized trial</i>	8	A equipa de enfermagem e membros da família serão solicitados a avaliar a QV e o estado de saúde dos residentes, a partir da sua própria perspectiva, bem como da perspectiva do doente.
(Lundby et al., 2020)	<i>"... above all, it's a matter of this person's quality of life": Health care professionals' perspectives on deprescribing in older patients with limited life expectancy</i>	445	<ul style="list-style-type: none"> - Os médicos argumentaram que pode ser mais fácil para os enfermeiros identificar FPI, pois têm maior contato com os doentes; - Assim, os médicos descobriram que os farmacêuticos clínicos e enfermeiros desempenham um papel crucial no processo de desprescrição, pois os médicos são dependentes das suas observações.
(Shrestha et al., 2020)	<i>Outcomes of deprescribing interventions in older patients with life-limiting illness and limited life expectancy: A systematic review</i>	1938	Avaliação geriátrica global.
(Vasilevskis et al., 2019)	<i>A patient-centered deprescribing intervention for hospitalized older patients with polypharmacy: rationale and design of the Shed-MEDS randomized controlled trial.</i>	3 5	<ul style="list-style-type: none"> - Rever as recomendações de desprescrição, avaliar as preferências dos doentes relacionadas às mudanças de medicação e comunicar com a equipa de tratamento; - Revisão da medicação; - Identificação do motivo para a desprescrição bem como o motivo de início de tratamento (diagnóstico ou sintoma) para cada medicamento, se possível.

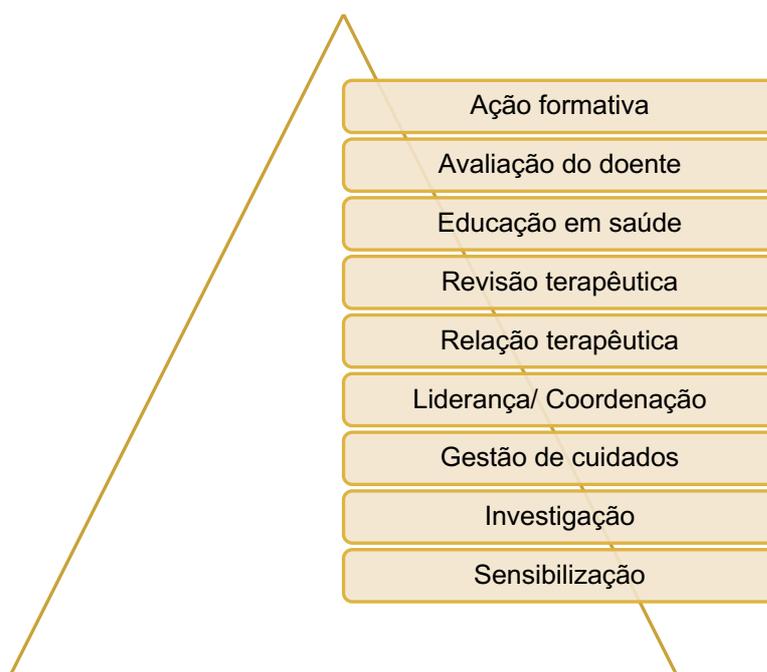


Figura 2 – Domínios identificados para responder à questão 1

Ainda relativamente aos domínios estabelecidos, para a questão de investigação 1, torna-se importante uma breve clarificação dos mesmos, uma vez que a desprescrição se apresenta como um conceito capaz de incluir um leque de intervenções variadas. O primeiro domínio estabelecido, a ação formativa, foi estabelecido como o processo de formação dirigido aos profissionais de saúde, com o intuito de melhorarem os cuidados prestados aos doentes. As intervenções mapeadas e resumidas apresentam-se abaixo, na **tabela 4**.

Tabela 4 – Domínio 1: Ação formativa

Domínio 1 – Ação Formativa
<ul style="list-style-type: none"> - Realizar formação/ treino aos seus pares (responsabilização em educar); (Blozik et al., 2010) (Flesner et al., 2019) (Kua et al., 2019) (Jessop et al., 2017) (Chenoweth et al., 2018) <p style="margin-left: 40px;">Especificações: Demência e respetivos sintomas comportamentais e psicológicos, bem como abordagens farmacológicas e não farmacológicas na prevenção dos mesmos. (Jessop et al., 2017) (Brodaty et al., 2018); Metodologia “train the trainer” (Jessop et al., 2017) (Brodaty et al., 2018)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formar outros profissionais para operacionalizar as mudanças de práticas; (Jessop et al., 2017) - Instituir ensino sobre a desprescrição na formação académica (pré/ pós-graduada); (Sun et al., 2019) (Diggins, 2019) (Kua et al., 2019) - Promover a formação contínua; (Kua et al., 2019) (Chenoweth et al., 2018) <p style="margin-left: 40px;">Especificações: <i>In loco</i>; Gestão não farmacológica do comportamento do doente por forma a reduzir psicofármacos. (Chenoweth et al., 2018)</p>

-
- Promover momentos de discussão sobre a temática em contexto laboral, entre pares; (Flesner et al., 2019)
 - Apoiar a desprescrição através de suporte profissional (especializado) (Wauters et al., 2019) (Lindström et al., 2007) (Chenoweth et al., 2018) e de processos de mentoria, estudos de caso, palestras e guias orientadores. (Kua et al., 2019)
-

No campo da avaliação do doente foram incluídas as intervenções de avaliação do doente realizadas antes das ações mais direcionadas para o processo de revisão terapêutica, inserindo-se aqui a designada avaliação inicial. A **tabela 5** apresenta abaixo a síntese de intervenções elencadas a este domínio.

Tabela 5 – Domínio 2: Avaliação do doente

Domínio 2 – Avaliação do doente

- Avaliação global (reflexão crítica) do estado de saúde do doente versus regime medicamentoso (Kaufman, 2018) (Lindström et al., 2007) (Chenoweth et al., 2018) (Foley et al., 2020) (Tjia et al., 2019) (Vasilevskis et al., 2019):
 - Conhecer o plano de cuidados para o doente, bem como os objetivos terapêuticos; (Foley et al., 2020) (Tjia et al., 2019) (Vasilevskis et al., 2019)
 - Verificar a existência de reações adversas a fármacos, interações negativas ou cascatas de prescrição; (Diggins, 2019) (Wauters et al., 2019) (Paque et al., 2019) (Stefanacci & Haimowitz, 2015) (Gulla et al., 2018) (Kaufman, 2018) (Gedde et al., 2020)
 - Registrar e identificar indicação e duração dos regimes atuais; (Wauters et al., 2019) (Lindström et al., 2007) (Vasilevskis et al., 2019)
 - Questionar ativamente os doentes sobre aspetos fulcrais do seu regime medicamentoso; (Kaufman, 2018)
 - Identificar possíveis motivos para a desprescrição; (Vasilevskis et al., 2019)
 - Avaliação funcional, comportamental (Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013), cognitiva (Kaufman, 2018) e sintomática; (Huisman et al., 2020) (Paque et al., 2019)
 - Adesão ao regime medicamentoso e (Diggins, 2019) (Kaufman, 2018) avaliação do seu impacto no doente; (Huisman et al., 2020) (Paque et al., 2019) (Kaufman, 2018)
 - Realizar histórico de fármacos usados; (Kaufman, 2018)
 - Avaliar expectativa de vida, risco de queda (Kaufman, 2018), QV (Groot Kormelinck et al., 2019) e avaliação geriátrica global; (Shrestha et al., 2020)
 - Avaliar a atitude do doente face à desprescrição. (Kaufman, 2018)
-

Em seguida foi estabelecido o domínio da educação em saúde, **tabela 6**, separado do primeiro domínio, ação formativa, pela génese do seu conceito. Segundo a OMS a educação em saúde é um conjunto de ações de aprendizagem proporcionadas por profissionais de saúde e dirigidas a um público-alvo (utentes/ população) previamente estabelecido, com o intuito de melhorar a alfabetização em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para a vida, que condicionam a saúde individual e

comunitária. (World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean., 2012) Trata-se, portanto, de um empoderamento facilitador de uma tomada de decisão mais consciente, promovendo a motivação, as habilidades e a confiança (autoeficácia) necessárias para melhorar a saúde, bem como a comunicação de informações sobre as condições sociais, económicas e ambientais subjacentes com impacto na saúde. Adicionalmente, este tipo de abordagem engloba também a comunicação sobre fatores de risco individuais, comportamentos de risco, e o uso do sistema de saúde. (World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean., 2012) O principal objetivo da educação em saúde, portanto, não é apenas aumentar o conhecimento sobre o comportamento pessoal de saúde, mas também desenvolver habilidades que demonstrem a viabilidade política e as possibilidades organizacionais de várias formas de ação para abordar os determinantes sociais, económicos e ambientais da saúde. (World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean., 2012) Contudo, é perceptível que a educação em saúde depende do primeiro domínio descrito, a formação dos profissionais de saúde.

Tabela 6 – Domínio 3: Educação em saúde

Domínio 3: Educação em saúde

- Educação em saúde dirigida a doentes e cuidadores informais. (Sun et al., 2019) (Huisman et al., 2020) (Tjia et al., 2019)

Quanto ao domínio da revisão terapêutica, é fundamental salientar que a desprescrição está incluída no seu conceito, visto que para se efetuar esta última é necessário seguir os princípios da revisão terapêutica, colocando o foco na desprescrição. Deste modo, neste domínio, foram elencadas as intervenções dirigidas à revisão dos fármacos que o doente tem prescritos, com ênfase na desprescrição como precursor da otimização terapêutica. O mapeamento das intervenções encontradas para este domínio encontra-se descrito na **tabela 7**.

Tabela 7 – Domínio 4: Desprescrição como parte de processo de revisão terapêutica

Domínio 4: Revisão terapêutica. A Desprescrição como parte de processo.

- Discutir criticamente e sugerir alterações no regime terapêutico (suspensão, substituição ou alteração), em equipa multidisciplinar, com base no input privilegiado pelo contacto próximo com o doente; (Blozik et al., 2010) (Diggins, 2019) (Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013) (Stefanacci & Haimowitz, 2015) (Foley et al., 2020) (Lindström et al., 2007) (Ailabouni et al., 2017) (Chenoweth et al., 2018) (Kua et al., 2020) (Lundby et al., 2020) (Granás et al., 2018)

- Informar o médico sobre a necessidade de adaptação do fármaco e/ou via de administração (dificuldades de deglutição); (Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013) (Foley et al., 2020)

- Envolver o doente quando adequado; (Gardner, 2019)

-
- Auxiliar no estabelecimento de prioridades quanto aos fármacos a desprescrever; (Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013) (Foley et al., 2020) (Kaufman, 2018)
 - Rever periodicamente a adequação terapêutica (necessidade do fármaco versus indicação terapêutica, tempo de tratamento, via de administração); (Diggins, 2019) (Wauters et al., 2019) e o controle sintomático; (Gardner, 2019) (Sun et al., 2019) (Stefanacci & Haimowitz, 2015), (Vasilevskis et al., 2019) (Granas et al., 2018)
 - Incorporar os desejos e preocupações dos doentes no processo de revisão; (Gedde et al., 2020) (Vasilevskis et al., 2019) (Granas et al., 2018)
 - Validar sugestões fornecidas por outros grupos profissionais para o desenvolvimento de planos de desprescrição; (Cateau et al., 2020)
 - Monitorização do doente durante o processo de desprescrição (sinais vitais, peso, reações adversas, recidivas, entre outros)(Curtin et al, 2020), bem como participar da elaboração do plano de monitorização a seguir; (Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013) (Kaufman, 2018) (Turner et al., 2016) (Jessop et al., 2017) (Cateau et al., 2020) (Granas et al., 2018)
 - Monitorização comportamental. (Simmons et al., 2018) (Jessop et al., 2017)
 - Gestão de fármacos em SOS; (Foley et al., 2020)
 - Identificar FPI; (Blozik et al., 2010) (Kaufman, 2018), (Lundby et al., 2020)
 - Documentar o processo de desprescrição; (Kaufman, 2018)
 - Avaliação de processo e de resultado; (Cateau et al., 2020)
 - Compartilhar a informação relevante para a desprescrição com a restante equipa (mobilidade, deglutição, funcionalidade, entre outras) – participar na decisão compartilhada (discussão sobre risco versus benefício bem com aplicabilidade) com os diversos grupos profissionais envolvidos; (Huisman et al., 2020) (Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013) (Paque et al., 2019) (Kaufman, 2018) (Kua et al., 2017) (Vasilevskis et al., 2019)
 - Participação em círculos de qualidade contribuído para estabelecer consensos e fomentar a apropriação dos processos de desprescrição; (Cateau et al., 2020)
 - Instituir medidas não farmacológicas alternativas à terapêutica medicamentosa; (Foley et al., 2020) (Kaufman, 2018) (Simmons et al., 2018) (Jessop et al., 2017)
 - Conhecer e identificar recursos comunitários disponíveis para auxiliar no processo. (Sun et al., 2019)
-

Ao domínio relação terapêutica foram associadas as ações direcionadas à construção de uma relação entre o profissional de saúde e utente com o intuito de facilitar a desprescrição, intervenções que se encontram mapeadas na **tabela 8**.

Tabela 8 – Domínio 5: Relação terapêutica

Domínio 5: Relação terapêutica

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Construir relação terapêutica facilitadora da desprescrição considerando o ponto de vista/preocupações dos doentes; (Diggins, 2019) (Gardner, 2019) (Foley et al., 2020) (Turner et al., 2016) <ul style="list-style-type: none"> - Recorrer a técnicas de comunicação adequadas; (Diggins, 2019) (Tjia et al., 2019) - Discutir com doente e família os fármacos considerados desnecessários. (Foley et al., 2020) - Conhecer e auxiliar a estabelecer os objetivos terapêuticos dos doentes para os poder advogar; (Diggins, 2019) (Huisman et al., 2020) (Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013) (Gulla et al., 2018) (Tjia et al., 2019) (Kaufman, 2018) - Conhecer as barreiras individuais (Gardner, 2019) e facilitadores da desprescrição; (Paque et al., 2019) (Kaufman, 2018) |
|---|
-

- Prestar cuidados centrados no doente; (Diggins, 2019) (Gardner, 2019) (Wauters et al., 2019) (Simmons et al., 2018)

No campo liderança/ coordenação incluíram-se sumariamente os estudos com menção de ações levadas a cabo por enfermeiros para dirigir projetos/ processos nesta área, informação apresentada na **tabela 9**.

Tabela 9 – Domínio 6: Liderança/ Coordenação

Domínio 6: Liderança/ Coordenação

- Liderança e/ ou coordenação de processos/ projetos de desprescrição; (Wauters et al., 2019) (Flesner et al., 2019) (Westbury et al., 2018) (Bergman-Evans, 2020) (Cateau et al., 2020)

- Após a avaliação do estado de saúde do doente, o enfermeiro referencia os doentes para o médico; (Wauters et al., 2019)

-Motivar outros profissionais para a implementação desta prática; (Wauters et al., 2019) (Ailabouni et al., 2017)

- Construir projetos e assegurar que são cumpridos; (Westbury et al., 2018) (Brodaty et al., 2018)

A gestão de cuidados foi um domínio ao qual se elencaram as ações possíveis, descritas na **tabela 10**, para facilitar a desprescrição, em consequência da organização/ rotinas dos cuidados prestados.

Tabela 10 – Domínio 7: Gestão de cuidados

Domínio 7: Gestão de cuidados

- Promover continuidade de cuidados para facilitar e apoiar a desprescrição segura; (Sun et al., 2019) (Simmons et al., 2018) (Turner et al., 2016)

- Integrar a desprescrição nos planos terapêuticos dos doentes; (Foley et al., 2020)

- Integrar a desprescrição nas rotinas de cuidados; (Kua et al., 2017)

- Considerar os diferentes pontos de vista dos diversos grupos profissionais envolvidos. (Turner et al., 2016)

O domínio 8 foi intitulado de investigação ao qual foram associadas as intervenções do enfermeiro, listadas na **tabela 11**, enquanto agente ativo na participação da criação de evidência científica na área em estudo.

Tabela 11 – Domínio 8: Investigação

Domínio 8: Investigação

- Colaborar no desenvolvimento de *guidelines*; (Farrell et al., 2017)
- Apropriação de diretrizes e validação de informação para estudos de investigação; (Farrell et al., 2015) (Farrell et al., 2017)
- Colaborar em estudos de investigação. (Curtin et al., 2020)

Por último, no campo da sensibilização incluíram-se as intervenções, sumarizadas na **tabela 12**, com vista à consciencialização sobre a importância da temática em estudo.

Tabela 12 – Domínio 9: Sensibilização

Domínio 9: Sensibilização

- Sensibilização/ consciencialização para a temática (mudança de cultura em direção à desprescrição). (Kua et al., 2019) (Sun et al., 2019) (Wauters et al., 2019)

4.2. QUESTÃO 2 - QUAIS AS FERRAMENTAS DE APOIO USADAS, OU MENCIONADAS COMO PASSIVEIS DE SER USADAS, POR ENFERMEIROS NA DESPRESCRIÇÃO?

Analisando os dados extraídos para dar resposta à segunda questão de investigação proposta, descritos na **tabela 14** abaixo apresentada, verifica-se a existência de menção a variados tipos de ferramentas a ser usadas por enfermeiros, com distintos objetivos. Os domínios identificados foram os seguintes, ferramentas para:

- Processo de identificação de potenciais fármacos a desprescrever;
- Adequação do regime terapêutico;
- Fundamentação das razões de sugestão/discussão da retirada de um fármaco;
- Avaliação de processo e resultados (monitorização do sucesso do processo de desprescrição, e cuja seleção parece estar interligada com os fármacos a retirar);
- Medição da recetividade dos doentes face à desprescrição.

Por fim o *Patients' Attitudes Towards Deprescribing* e as *guidelines* disponíveis em *deprescribing.org* foram os únicos instrumentos identificados que foram especificamente desenhados para apoiar a desprescrição.

Embora esta *scoping review* tenha sido realizada no contexto dos CC e CP as ferramentas identificadas foram praticamente todas usadas num contexto mais aproximado aos CC à exceção do estudo de Gardner (2019) que menciona o fim de vida. Deste modo, a

generalização a ambos os contextos não pode ser feita, visto que os instrumentos detêm a sua própria validação e, portanto, tem de ser individualmente analisados à luz desses critérios.

Os domínios acima estabelecidos, bem como os instrumentos a eles elencados estão organizados na **tabela 13**, uma representação síntese da resposta a esta questão de investigação.

Tabela 13 – Resposta síntese à questão de investigação 2

Identificação de potenciais fármacos a desprescrever

- Critérios de Beers (Blozik et al., 2010)
- Critérios START e STOPP (Gardner, 2019) (Hernandez, 2017)
- Guidelines de *deprescribing.org* (Ailabouni et al., 2017)

Adequação do regime terapêutico

- *Medication Appropriateness Index* (MAI) (Stefanacci & Haimowitz, 2015)
- *Medication Outcome Monitor* (MOM) (Bergman-Evans & Schoenfelder, 2013) Bergman-Evans (2020)
- *Assess, Review, Minimize, Optimize, and Reassess* (ARMOR) (Hernandez, 2017)
- *ePrognosis* (Stefanacci & Haimowitz, 2015)
- *Seven Steps to Managing Polypharmacy* (Kaufman, 2016)
- *NO TEARS tool for medication review* (Kaufman, 2016)
- *Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group: Polypharmacy Guidance* (Kaufman, 2016)
- Bases de dados para detetar interações entre fármacos (Gedde et al., 2020)

Fundamentação da retirada de um fármaco

- Recomendações lógicas para apoiar os processos de mudança de Vasilevskis et al. (2019) e Bergman-Evans (2020)

Avaliação de processo e resultados

- *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (Lindström et al., 2007)
- *Neuropsychiatric Inventory- Nursing Home Version* (Gedde et al., 2020) (Brodaty et al., 2018) (Cateau et al., 2020) (Groot Kormelinck et al., 2019)
- *Cornell Scale for Depression in Dementia* (Gedde et al., 2020)
- *Physical Self Maintenance Scale* (Gedde et al., 2020)
- *Cohen- Mansfield Agitation Inventory* (Brodaty et al., 2018) (Groot Kormelinck et al., 2019)
- *Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects with drawn behavior subscale* (Brodaty et al., 2018)
- *Avaliação da QV: EQ-5D-5L* (Cateau et al., 2020), *EQ-VAS* (Groot Kormelinck et al., 2019) e *QUALÍDEM* (Curtin et al., 2020)

Recetividade dos doentes face à desprescrição

- *Patients' Attitudes Towards Deprescribing* (Kalogianis et al., 2016)

Tabela 14 – Dados extraídos para responder à questão de investigação 2: Quais as ferramentas de apoio usadas, ou mencionadas como passíveis de ser usadas, por enfermeiros na desprescrição?

Autor(es)	Ano	Título	Página	Instrumentos
<i>Blozik et al.</i>	2010	<i>Reduction of Inappropriate Medications among Older Nursing-Home Residents</i>	1009	CrITÉrios de Beers.
<i>Bergman-Evans & Schoenfelder</i>	2013	<i>Improving Medication Management for Older Adult Clients Residing in Long-Term Care Facilities</i>	14	<i>Medication Outcome Monitor (MOM)</i> .
<i>Gardner</i>	2019	<i>Deprescribing in end-of-life care</i>	475	O uso dos critérios STOPP é vital em qualquer revisão terapêutica porque, além de auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisão em relação à desprescrição, também garante que o indivíduo seja incluído no processo.
<i>Stefanacci & Haimowitz</i>	2015	<i>Medication management with a few good Beers and memorable quotes</i>	392	O uso do <i>ePrognosis</i> pode fornecer aos enfermeiros e aos utentes uma estimativa da expectativa de vida, que pode ajudar a construir uma visão crítica e a tomar decisões sobre o tratamento farmacológico de modo mais ponderado.
			393	<i>Medication Appropriateness Index (MAI)</i> .
<i>Lindström et al.</i>	2007	<i>Can selective serotonin inhibitor drugs in elderly patients in nursing homes be reduced?</i>	5	<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i> foi usada para avaliar o status inicial dos participantes e o sucesso da desprescrição de inibidores seletivos da recaptação da serotonina.
<i>Ailabouni et al.</i>	2017	<i>Do Residents Need All Their Medications? A Cross-Sectional Survey of RNs' Views on Deprescribing and the Role of Clinical Pharmacists</i>	9	Referências fáceis de usar, como <i>deprescribing.org</i> , e diretrizes/ <i>guidelines</i> emergentes publicadas e específicas para determinados fármacos ou orientadoras de processos podem ser usadas pelos enfermeiros para capacitá-los e fornecer evidência sobre a interrupção de certos medicamentos sobre os quais se perspetiva não serem adequados para os doentes em causa.

Hernandez	2017	<i>Medication management in the older adult: A narrative exploration</i>	191-192	<p>- A ferramenta ARMOR (<i>Assess, Review, Minimize, Optimize, and Reassess</i>) foca a tomada de decisão de medicamentos em torno da QV, considerando o estado funcional e a mobilidade como indicadores de decisão final na gestão medicamentosa. Permite, portanto, uma avaliação risco-benefício.</p> <p>- A ferramenta STOPP e START permite também auxiliar a tomada de decisão na gestão medicamentosa, fomentando a retirada de fármacos inadequados e a sua substituição por outros mais adequados.</p>
Gedde et al.	2020	<i>Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial.</i>	306	<p>- Os resultados secundários deste processo de desprescrição foram medidos da seguinte forma: 1) sintomas comportamentais e psicológicos na demência estimados através do <i>Neuropsychiatric Inventory- Nursing Home Version</i> e <i>the Cornell Scale for Depression in Dementia</i>, e 2) Atividades de vida diária através de <i>Physical Self Maintenance Scale</i>.</p> <p>- Para detetar interações medicamentosas, os enfermeiros analisaram a terapêutica de cada doente através de uma base de dados;</p>
Kalogianis et al	2016	<i>Are residents of aged care facilities willing to have their medications deprescribed?</i>	3-4	- As percepções dos idosos sobre os seus medicamentos e atitudes em relação à desprescrição foram recolhidas recorrendo ao questionário de 10 itens previamente validado - <i>Patients' Attitudes Towards Deprescribing</i> .
Brody et al	2018	<i>Antipsychotic Deprescription for Older Adults in Long-term Care: The HALT Study</i>	594-595	Escalas para monitorizar o comportamento dos utentes durante o processo de desprescrição: <i>Cohen- Mansfield Agitation Inventory</i> ; <i>Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects with drawn behavior subscale</i> ; <i>Nursing home version of the Neuropsychiatric Inventory</i> .
Bergman-Evans	2020	<i>A nurse practitioner led protocol to address polypharmacy in long-term care</i>	957 958	MOM Fundamentação lógica para as recomendações de mudança.
Cateau et al.	2020	<i>Deprescribing in nursing homes: Protocol for nested, randomised controlled hybrid trials of deprescribing interventions</i>	6	Os enfermeiros auxiliaram os participantes no preenchimento dos questionários de QV (EQ-5D-5L), ou preencheram-nos na presença de condição médica impeditiva para o doente. Preencheram também a versão <i>NeuroPsychiatric Inventory-Nursing Home</i> .

<i>Curtin et al</i>	2020	<i>Deprescribing in Older People Approaching End of Life: A Randomized Controlled Trial Using STOPPFrail Criteria</i>	763	QUALIDEM - Este questionário foi completado pela equipa de enfermagem e avalia a QV em vários domínios em pessoas em todos os estágios de demência.
<i>Groot Kormelinck et al</i>	2019	<i>Reducing inappropriate psychotropic drug use in nursing home residents with dementia: protocol for participatory action research in a stepped-wedge cluster randomized trial</i>	8	Sintomas neuropsiquiátricos e QV foram avaliados pela equipa de enfermagem na presença de um investigador. Os sintomas neuropsiquiátricos foram medidos com o <i>NeuroPsychiatric Inventory-Nursing Home</i> e com o Inventário de Agitação de <i>Cohen-Mansfield</i> . A QV foi medida através da escala visual analógica - EQ-VAS.
<i>Kaufman</i>	2016	<i>Polypharmacy: the challenge for nurses</i>	57	<i>Seven Steps to Managing Polypharmacy; NO TEARS tool for medication review; Scottish Government Model of Care Polypharmacy Working Group: Polypharmacy Guidance</i>
<i>Vasilevskis et al</i>	2019	<i>A patient-centered deprescribing intervention for hospitalized older patients with polypharmacy: rationale and design of the Shed-MEDS randomized controlled trial.</i>	6	Razões lógicas para a desprescrição.

V. DISCUSSÃO

A presente *scoping review* procurou sintetizar os aspetos relevantes do papel da enfermagem na desprescrição, assumindo-se esta última como uma ação multidisciplinar levada a cabo por uma equipa. Para tal, como anteriormente descrito, recorreu-se a 2 questões de investigação norteadoras, que focaram as intervenções de enfermagem na desprescrição, bem como as ferramentas passíveis de ser usados por enfermeiros para facilitar o processo de desprescrição. Ao trabalhar estas questões este estudo mostrou-se pioneiro nesta matéria, uma vez que nenhum outro estudo, de entre os analisados, explorou todas as possíveis ações do enfermeiro na desprescrição, contribuindo assim para dar visibilidade ao seu papel basilar.

A polifarmácia e os regimes medicamentosos “de longa duração”, desadequados, são um fenómeno que carece de atenção e intervenção por parte dos profissionais de saúde. E é neste sentido que a mudança na cultura dos cuidados é necessária, especialmente em contextos em que as necessidades dos doentes são altamente flutuantes, como é o caso dos CC e CP. Deste modo, a desprescrição apresenta-se como um conceito promotor do raciocínio crítico face ao anteriormente relatado. Os enfermeiros começam agora a depositar alguma atenção neste conceito, que exige um raciocínio e um dispêndio maior de energia para solucionar problemas relacionados à saúde dos utentes. Isto porque, a cultura de cuidados predominante em muitos locais é ainda rudimentar, exercendo um excesso de pressão sobre os clínicos para se encontrar uma solução farmacológica para os problemas identificados, quando muitas vezes a solução reside no raciocínio reverso. Assim, a sensibilização para esta prática, junto dos enfermeiros torna-se fundamental para romper com uma cultura não maximizadora dos resultados em saúde, para os doentes.

Aliado ao acima exposto, quando parece estar tudo bem, ou seja, quando o estado de saúde do utente se mantém com poucas flutuações no tempo, a tendência é também para se pensar que o equilíbrio foi atingido e, portanto, não se deposita uma atenção crítica rotineira no regime medicamentoso dos doentes, o que contribui para perpetuar os regimes de “longa duração”, muitas vezes desfasados dos objetivos terapêuticos, e dos anseios dos doentes quanto à sua saúde.

O conceito de desprescrição tem vindo assim a despertar atenção de variados grupos profissionais, sendo que atualmente a maioria dos estudos publicados, com metodologias mais robustas, são maioritariamente desenvolvidos por farmacêuticos e médicos, com a participação de outros grupos profissionais nomeadamente enfermeiros, muitas vezes não envolvidos diretamente na investigação científica. Com a elaboração deste estudo foi possível

observar que existem já estudos nesta área desenvolvidos também por enfermeiros, embora em menor proporção, constatando-se que se trata, portanto, de uma área que necessita de ser mais explorada por este grupo profissional.

Os estudos apontam também um receio transversal a todas as classes, mais fortemente mencionado por médicos e enfermeiros, relativamente ao ato de desprescrever, maioritariamente elencado às lacunas nas diretrizes existentes, baseadas na evidência científica e/ou projetos delineados, bem como na investigação e consequente produção de resultados sobre os mesmos. Ao mapear a evidência científica relativa ao papel do enfermeiro na desprescrição, este trabalho apresenta-se como ponto de partida para a identificação de lacunas bem como de oportunidades para que os enfermeiros possam fomentar este conceito nas suas rotinas de cuidados.

Analisando criticamente o mapeamento de intervenções realizadas e respetivos domínios identificados (ação formativa, avaliação do doente, educação em saúde, revisão terapêutica, relação terapêutica, liderança/ coordenação, gestão de cuidados, investigação e sensibilização), percebe-se que a desprescrição é um conceito amplo, que se estende para além de retirar ou reduzir a dose de um fármaco. Além disso procura a adequação medicamentosa à luz de objetivos terapêuticos, estabelecidos, quando possível, em conjunto fundamentalmente com o doente como alvo dos cuidados, mas podendo incluir também a sua família. Deste modo, também as intervenções passíveis de serem realizadas pelo enfermeiro, no exercício do seu papel neste campo, são de natureza bastante diversa, cobrindo um vasto leque de competências deste grupo profissional. Neste seguimento, importa ainda reforçar que o contacto de proximidade, e consequente o estabelecimento de relação terapêutica entre enfermeiro e o doente, parece ser a chave basilar para o desempenho do papel do enfermeiro nesta matéria. Assim, de modo muito sucinto, para efetivar este processo, os enfermeiros podem criar projetos, coordenar e garantir a sua implementação, sugerir ou gerir os cuidados de forma a enquadrar este conceito, analisar criticamente os fármacos que os doentes tomam diariamente, e empoderar doentes e famílias sobre esta questão.

Confrontando as variadas etapas do processo de desprescrição apontadas por diferentes autores, com as intervenções encontradas, parece existir um espaço para a ação do enfermeiro em todas as etapas do processo. Acrescentando, sobressai também a ideia de que o enfermeiro detém ação sobre o processo de desprescrição, e também uma forte influência na implementação e sensibilização dos seus pares para esta problemática, sendo assim capaz de preparar um solo fértil para implementar este conceito na prática de cuidados, em contexto de CC e CP.

De entre os estudos analisados e selecionados, ressalta uma classe farmacológica na qual a investigação tem depositado uma atenção considerável, os fármacos psicotrópicos (Brodaty et al., 2018; Chenoweth et al., 2018; Flesner et al., 2019; Gedde et al., 2020; Groot Kormelinck et al., 2019; Jessop et al., 2017; Lindström et al., 2007; Simmons et al., 2018; Wauters et al., 2019; Westbury et al., 2018), na qual o enfermeiro é apontado como tendo um papel preponderante na gestão dos sintomas comportamentais e psicológicos, associados maioritariamente a processos de demência. (Brodaty et al., 2018; Jessop et al., 2017; Simmons et al., 2018) Ainda dentro desta classe de fármacos, vários protocolos de investigação tem vindo a ser desenvolvidos, com destaque para o *Halting Antipsychotic Use in Long-Term care* (HALT), dado ser o mais amplamente replicado, total ou parcialmente em variados estudos. (Brodaty et al., 2018; Chenoweth et al., 2018; Flesner et al., 2019; Jessop et al., 2017; Westbury et al., 2018) Este protocolo tem apresentado resultados promissores e tem contribuído positivamente para a visibilidade do papel do enfermeiro ao criar a figura *Champion*, com um conjunto de funções atribuídas, descritas acima nas tabelas de extração de dados. Em consequência o *Neuropsychiatric Inventory-Nursing Home Version*, foi o instrumento mais mencionado pelos estudos selecionados.

Quanto às ferramentas de apoio identificadas, observa-se também um leque diversificado consoante o objetivo em causa: Identificação de potenciais fármacos a desprescrever, adequação do regime terapêutico, fundamentação da retirada de um fármaco, avaliação de processo e resultados e por fim recetividade dos doentes face à desprescrição. Contudo, mais ferramentas podem ser possivelmente usadas para auxiliar a desprescrição, dependendo do modo como os resultados das intervenções são medidos. Deste modo, o mapeamento de informação relativo a esta questão foi importante para compreender em que situação podem existir ferramentas de apoio, mas encontra-se cingido ao tipo de estudo desenhado. Em relação ao mapeamento de informação, para responder a esta questão ressalta também a importância de clarificar que existem nesta questão ferramentas somente aplicáveis em contexto de CC e não em CP, pelo que cada uma deve ser analisada à luz do contexto que foi usada, considerando outros aspetos relativos à validação do mesmo.

Como limitações ao presente estudo é importante mencionar os idiomas selecionados, bem como as bases de dados incluídas, na medida em que estes filtros podem condicionar os resultados obtidos. Outras limitações residem na população dos estudos analisados, uma vez que na maioria são direcionados para a população idosa, onde existe um conjunto de especificidades inerentes, podendo enviesar a extrapolação para a população adulta em geral. É ainda importante frisar que o contexto delineado para este estudo foram os CC e CP, considerado pelos aspetos em comum, contudo a grande maioria dos estudos foi

desenvolvido no contexto de CC, o que pode também condicionar a extrapolação dos resultados.

VI. CONCLUSÃO

A presente *scoping review* tornou-se pioneira no mapeamento das intervenções possíveis de serem realizadas por enfermeiros enquanto agentes ativos no processo de desprescrição em contexto de CC e CP, contribuindo assim para promover a visibilidade desta classe profissional, bem como o seu envolvimento nesta matéria.

Quanto à primeira questão de investigação, foram elencados 9 domínios (ação formativa, avaliação do doente, educação em saúde, revisão terapêutica, relação terapêutica, liderança/coordenação, gestão de cuidados, investigação e sensibilização) às possíveis intervenções do enfermeiro em CC e CP, o que torna o seu campo de ação nesta matéria bastante vasto, e com inúmeras possibilidades de atuação.

A segunda questão de investigação permitiu mapear ferramentas de apoio ao processo de desprescrição, passíveis de serem usadas por enfermeiros. Foram elencados 5 domínios (Identificação de potenciais fármacos a desprescrever, adequação do regime terapêutico, fundamentação da retirada de um fármaco, avaliação de processo e resultados e por fim recetividade dos doentes face à desprescrição), associados às ferramentas identificadas. Foi possível concluir como podem ser usadas as ferramentas facilitadoras, e quais as mais usadas.

Á luz dos dados recolhidos, denota-se que o enfermeiro parece ter uma posição central na implementação de ações direcionadas à desprescrição em CC e CP, muitas vezes de liderança pelo seu posicionamento estratégico na equipa multidisciplinar, de cuidados.

Sendo o enfermeiro que mais tempo passa junto à cabeceira dos doentes, estabelece com ele uma relação terapêutica privilegiada, facilitadora, pelo que detém uma posição privilegiada para fomentar a mudança, com base na sua vasta observação e análise crítica dos doentes. Contudo, para a implementação deste processo é necessário existirem membros da equipa multidisciplinar que detenham formação e treino, neste processo de revisão terapêutica, por forma a sensibilizarem, formarem e darem suporte aos seus pares.

Apesar das limitações, nomeadamente o pouco equilíbrio entre estudos realizados em CC e CP, e com a maioria das intervenções a serem retiradas do contexto dos CC, esta *scoping review* apresenta-se como um ponto de partida para implementar/influenciar o uso deste conceito desprescrição na prática dos enfermeiros e consequentemente da sua equipa de saúde, trazendo naturalmente os benefícios a ele associados.

Dos benefícios do processo de desprescrição destacam-se o combate à polifarmácia, à desadequação dos regimes terapêuticos, e auxiliar os doentes a traçarem o seu plano de cuidados, numa transição para os CCD, onde o doente se assume, tanto quanto possível, como agente ativo do seu plano terapêutico.

Estes factos assumem especial importância no contexto dos CC e CP, dado que os doentes enfrentam situações patológicas bastante limitantes da sua vida onde a melhor resposta em saúde possível tende a equacionar desejos, QV e situação clínica, sendo esta última irreversível na maioria das situações.

6.1. IMPLICAÇÕES PARA FUTUROS TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO

A investigação, no futuro, necessita debruçar-se mais sobre esta matéria, nomeadamente, a desprescrição enquanto conceito das intervenções por parte da enfermagem. Quanto ao contexto, embora mais estudos de natureza diversa sejam necessários em contexto de CC, é sobretudo necessário um investimento ainda maior em estudos de investigação que deem visibilidade ao papel do enfermeiro em contexto de CP. Atendendo às características da maioria da população identificada nos estudos selecionados, percebe-se a necessidade de mais estudos que se foquem noutras faixas etárias, para além dos idosos, foco da maioria dos estudos. Embora o presente trabalho não tenha avaliado qualidade metodológica dos estudos incluídos, de um modo geral, foi possível constatar que são necessários mais estudos com mais robustez, nesta matéria. Acrescentando, sugere-se ainda a exploração dos domínios elencados neste trabalho, por forma a traçar planos e projetos de atuação mais concisos com intervenções mais delineadas, que são fundamentais para o sucesso da implementação deste conceito na prática.

Por fim, observou-se também uma ampla variedade formas de medição de processo e resultado, pelo que futuramente estudos de maior impacto devem explorar quais os melhores indicadores, replicando-os por forma a obter resultados mais esclarecedores da realidade em estudo.

6.2. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A PRÁTICA

Este estudo, ao mapear o papel do enfermeiro na desprescrição, pela sua natureza metodológica, permitiu dar os primeiros passos para promover a implementação deste conceito na prática deste grupo profissional em contexto de CC e CP. O modo como os resultados foram mapeados permitirá, de um modo estruturado, fomentar o raciocínio crítico

dos profissionais sobre esta temática e consequentemente desenvolver projetos nesta área, levando a uma melhoria da adequação medicamentosa e, em última análise, reduzir os eventos adversos associados à desadequação terapêutica, com incremento da QV dos doentes.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Abrahamson, K., Nazir, A., & Pressler, K. (2017). A novel approach to deprescribing in long-term care settings: The SMART campaign. *Research in Social and Administrative Pharmacy, 13*(6), 1202–1203. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.11.012>
- Ailabouni, N., Tordoff, J., Mangin, D., & Nishtala, P. S. (2017). Do Residents Need All Their Medications? A Cross-Sectional Survey of RNs' Views on Deprescribing and the Role of Clinical Pharmacists. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(10), 13–20. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170914-05>
- Anderson, K., Stowasser, D., Freeman, C., & Scott, I. (2014). Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: A systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open, 4*(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006544>
- Arriagada, L., Carrasco, T., & Araya, M. (2020). Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes, 31*(2), 204–210. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.02.007>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2020). Cuidados Paliativos - O que são? Obtido de <https://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>
- Avery, A. J., & Bell, B. G. (2019). Rationalising medications through deprescribing. *BMJ (Online), 364*, 1–2. <https://doi.org/10.1136/bmj.l570>
- Bergman-Evans, B. (2020). A nurse practitioner led protocol to address polypharmacy in long-term care. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.), 41*(6), 956–961. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.07.002>
- Bergman-Evans, B., & Schoenfelder, D. P. (2013). Improving medication management for older adult clients residing in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing, 39*(11), 11–17. <https://doi.org/10.3928/00989134-20130904-01>
- Blozik, E., Born, A. M., Stuck, A. E., Benninger, U., Gillmann, G., & Clough-Gorr, K. M. (2010). Reduction of Inappropriate Medications among Older Nursing-Home Residents. *Drugs & Aging, 27*(12), 1009–1017. <https://doi.org/10.2165/11584770-000000000-00000>
- Brodaty, H., Aerts, L., Harrison, F., Jessop, T., Cations, M., Chenoweth, L., Shell, A., Popovic, G. C., Heffernan, M., Hilmer, S., Sachdev, P. S., & Draper, B. (2018). Antipsychotic Deprescription for Older Adults in Long-term Care: The HALT Study. *Journal of the American Medical Directors Association, 19*(7), 592-600.e7.

- Capelas, M. L., Neto, I. G., & Coelho, S. P. (2016). 45 - Organizações de Serviços. Em A. P. Barbosa, *Manual de Cuidados Paliativos* (3^o ed., p. 978). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Carrino, L., Orso, C. E., & Pasini, G. (2018). Demand of long-term care and benefit eligibility across European countries. *Health Economics (United Kingdom)*, 27(8), 1175–1188. <https://doi.org/10.1002/hec.3665>
- Caspar, S., Le, A., & McGilton, K. S. (2017). The Responsive Leadership Intervention: Improving leadership and individualized care in long-term care. *Geriatric Nursing*, 38(6), 559–566. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.004>
- Cateau, D., Ballabeni, P., Mena, S., Bugnon, O., & Niquille, A. (2020). Deprescribing in nursing homes: Protocol for nested, randomised controlled hybrid trials of deprescribing interventions. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.05.026>
- Chenoweth, L., Jessop, T., Harrison, F., Cations, M., Cook, J., & Brodaty, H. (2018). Critical Contextual Elements in Facilitating and Achieving Success with a Person-Centred Care Intervention to Support Antipsychotic Deprescribing for Older People in Long-Term Care. *BioMed Research International*, 2018, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2018/7148515>
- Costa-Font, J., Jimenez-Martin, S., & Vilaplana, C. (2018). Does long-term care subsidization reduce hospital admissions and utilization? *Journal of Health Economics*, 58, 43–66. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2018.01.002>
- Cranley, L. A., Slaughter, S. E., Caspar, S., Heisey, M., Huang, M., Killackey, T., & McGilton, K. S. (2020). Strategies to facilitate shared decision-making in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 15(3), 1–10. <https://doi.org/10.1111/opn.12314>
- Curtin, D., Jennings, E., Daunt, R., Curtin, S., Randles, M., Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2020). Deprescribing in Older People Approaching End of Life: A Randomized Controlled Trial Using STOPPFrail Criteria. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(4), 762–769. <https://doi.org/10.1111/jgs.16278>
- Dharmarajan, T. S., Choi, H., Hossain, N., Munasinghe, U., Lakhi, F., Lourdasamy, D., Onuoha, S., Murakonda, P., Skokowska-Lebelt, A., Kanagala, M., & Russell, R. O. (2020). Deprescribing as a Clinical Improvement Focus. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(3), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.031>
- Diggins, K. (2019). Deprescribing: Polypharmacy management in older adults with

comorbidities. *The Nurse Practitioner*, 44(7), 50–55.
<https://doi.org/10.1097/01.NPR.0000554677.33988.af>

Direção Geral da Saúde. (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Obtido de <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>

Farrell, B, Tsang, C., Raman-Wilms, L., Irving, H., Conklin, J., & Pottie, K. (2015). What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: A modified dephi process. *PLoS ONE*, 10(4), 1–16.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122246>

Farrell, Barbara, Black, C., Thompson, W., McCarthy, L., Rojas-Fernandez, C., Lochnan, H., Shamji, S., Upshur, R., Bouchard, M., & Welch, V. (2017). Deprescribing antihyperglycemic agents in older persons: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 63(11), 832–843.

Farrell, Barbara, Conklin, J., Dolovich, L., Irving, H., Maclure, M., McCarthy, L., Moriarty, F., Pottie, K., Raman-Wilms, L., Reeve, E., & Thompson, W. (2019). Deprescribing guidelines: An international symposium on development, implementation, research and health professional education. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(6), 780–789. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.010>

Flesner, M., Lueckenotte, A., Vogelsmeier, A., Popejoy, L., Canada, K., Minner, D., Galambos, C., & Rantz, M. J. (2019). Advanced Practice Registered Nurses' Quality Improvement Efforts to Reduce Antipsychotic Use in Nursing Homes. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 4–8.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=133165063&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Foley, R.-A., Hurard, L. L., Cateau, D., Koutaissoff, D., Bugnon, O., & Niquille, A. (2020). Physicians', Nurses' and Pharmacists' Perceptions of Determinants to Deprescribing in Nursing Homes Considering Three Levels of Action: A Qualitative Study. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*, 8(1), 1–17. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8010017>

Fu, L., Sun, Z., He, L., Liu, F., & Jing, X. (2019). Global long-term care research: A scientometric review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1–20. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122077>

Gardner, E. (2019). Deprescribing in end-of-life care. *Journal of Prescribing Practice*, 1(11), 540–543. <https://doi.org/10.12968/jprp.2019.1.11.540>

- Garfinkel, D. (2017). Overview of current and future research and clinical directions for drug discontinuation: psychological, traditional and professional obstacles to deprescribing. *European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice*, 24(1), 16–20. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2016-000959>
- Gedde, M. H., Husebo, B. S., Mannseth, J., Kjome, R. L. S., Naik, M., & Berge, L. I. (2020). Less Is More: The Impact of Deprescribing Psychotropic Drugs on Behavioral and Psychological Symptoms and Daily Functioning in Nursing Home Patients. Results From the Cluster-Randomized Controlled COSMOS Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 304–315. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.07.004>
- Grądalski, T. (2019). Polypharmacy and medication errors on admission to palliative care. *Polish Archives of Internal Medicine*, 129(10), 659–666. <https://doi.org/10.20452/pamw.14969>
- Granås, A. G., Stendal Bakken, M., Ruths, S., & Taxis, K. (2018). Deprescribing for frail older people - Learning from the case of Mrs. Hansen. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 14(6), 612–616. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.003>
- Groot Kormelinck, C. M., van Teunenbroek, C. F., Kollen, B. J., Reitsma, M., Gerritsen, D. L., Smalbrugge, M., & Zuidema, S. U. (2019). Reducing inappropriate psychotropic drug use in nursing home residents with dementia: protocol for participatory action research in a stepped-wedge cluster randomized trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2291-4>
- Gulla, C., Flo, E., Kjome, R. L., & Husebo, B. S. (2018). Deprescribing antihypertensive treatment in nursing home patients and the effect on blood pressure. *Journal of Geriatric Cardiology: JGC*, 15(4), 275–283.
- Halli-Tierney, A. D., Scarbrough, C., & Carroll, D. (2019). Polypharmacy: Evaluating Risks and Deprescribing. *American Family Physician*, 100(1), 32-38. Obtido de <https://www.aafp.org/afp/2019/0701/p32.html>
- Hanlon, J. T., & Hajjar, E. R. (2018). Isn't It Time We Stop Counting the Number of Drugs to Define Polypharmacy in This New Era of Deprescribing and What Related Outcomes Should Be Measured? *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(8), 644–645. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.04.010>
- Hernandez, J. (2017). Medication management in the older adult: A narrative exploration. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(4), 186–194.

<https://doi.org/10.1002/2327-6924.12427>

- Huisman, B. A. A., Geijteman, E. C. T., Dees, M. K., Schonewille, N. N., Wieles, M., van Zuylen, L., Szadek, K. M., & van der Heide, A. (2020). Role of nurses in medication management at the end of life: a qualitative interview study. *BMC Palliative Care*, *19*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00574-5>
- Jansen, J., Naganathan, V., Carter, S. M., McLachlan, A. J., Nickel, B., Irwig, L., Bonner, C., Doust, J., Colvin, J., Heaney, A., Turner, R., & McCaffery, K. (2016). Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. *BMJ (Online)*, *353*(June), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2893>
- Jessop, T., Harrison, F., Cations, M., Draper, B., Chenoweth, L., Hilmer, S., Westbury, J., Low, L.-F., Heffernan, M., Sachdev, P., Close, J., Blennerhassett, J., Marinkovich, M., Shell, A., & Brodaty, H. (2017). Halting Antipsychotic Use in Long-Term care (HALT): A single-arm longitudinal study aiming to reduce inappropriate antipsychotic use in long-term care residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *International Psychogeriatrics*, *29*(8), 1391–1403. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85014514117&doi=10.1017%2FS1041610217000084&partnerID=40&md5=2be2db22e114f2a7bba4351767138ef9>
- Joanna Briggs Institute. (2015). The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 Methodology for JBI Scoping. Obtido de <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
- Kalogianis, M. J., Wimmer, B. C., Turner, J. P., Tan, E. C. K., Emery, T., Robson, L., Reeve, E., Hilmer, S. N., & Bell, J. S. (2016). Are residents of aged care facilities willing to have their medications deprescribed? *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *12*(5), 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2015.12.004>
- Kaufman, G. (2016). Polypharmacy: the challenge for nurses. *Nursing Standard*, *30*(39), 52–60. <https://doi.org/10.7748/ns.30.39.52.s45>
- Kaufman, G. (2018). Polypharmacy in older people: The need for deprescribing. *Practice Nursing*, *29*(8), 390–396. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=131003407&lang=pt-pt&site=ehost-live>
- Kaur, S., Mitchell, G., Vitetta, L., Roberts, M. S., & Gallagher, P. (2009). Interventions that can Reduce Inappropriate Prescribing in the Elderly: A Systematic Review. *Drugs and Aging*,

26(12), 1013–1028. <https://doi.org/10.2165/11318890-000000000-00000>

- Kua, C.-H., Yeo, C. Y. Y., Tan, P. C., Char, C. W. T., Tan, C. W. Y., Mak, V., Leong, I. Y.-O., & Lee, S. W. H. (2021). Association of Deprescribing With Reduction in Mortality and Hospitalization: A Pragmatic Stepped-Wedge Cluster-Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.012>
- Kua, Chong-Han, Mak, V. S., & Lee, S. W. H. (2019). Perspectives of health professionals towards deprescribing practice in Asian nursing homes: a qualitative interview study. *BMJ Open*, 9(10), 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030106>
- Kua, Chong-Han, Yeo, C. Y. Y., Char, C. W. T., Tan, C. W. Y., Tan, P. C., Mak, V. S., Lee, S. W. H., & Leong, I. Y.-O. (2017). Nursing home team-care deprescribing study: a stepped-wedge randomised controlled trial protocol. *BMJ Open*, 7(5), e015293–e015293.
- Lindström, K., Ekedahl, A., Carlsten, A., Mårtensson, J., & Mölsted, S. (2007). Can selective serotonin inhibitor drugs in elderly patients in nursing homes be reduced? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 25(1), 3–8. <https://doi.org/10.1080/02813430600958427>
- Lundby, C., Graabæk, T., Ryg, J., Søndergaard, J., Pottegård, A., & Nielsen, D. S. (2020). “... Above All, It’s a Matter of This Person’s Quality of Life”: Health Care Professionals’ Perspectives on Deprescribing in Older Patients With Limited Life Expectancy. *The Gerontologist*, 60(3), 439–449. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz116>
- McNeil, M. J., Kamal, A. H., Kutner, J. S., Ritchie, C. S., & Abernethy, A. P. (2017). The Burden of Polypharmacy in Patients Near the End of Life Michael. *Physiology & Behavior*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.09.003>.The
- Meeks, T. W., Culberson, J. W., & Horton, M. S. (2011). Medications in long-term care: When less is more. *Clinics in Geriatric Medicine*, 27(2), 171–191. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2011.01.003>
- Ministério da Saúde. (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. *Diário Da República, I Série-A n.º109 de 6 de Junho de 2006, I-A(109)*, 3856–3865.
- Moriarty, F., Pottie, K., Dolovich, L., McCarthy, L., Rojas-Fernandez, C., & Farrell, B. (2019). Deprescribing recommendations: An essential consideration for clinical guideline developers. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(6), 806–810. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.08.014>
- Neto, I. G. (2016). 1 - Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. Em A.

- Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares, & I. G. Neto, Manual de Cuidados Paliativos (3^o ed., pp. 1-19). Lisboa: Nucleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- OECD/European Commission. (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and improving quality in long-term care. In *OECD Health Policy Studies*.
- Observatório Portugues de Cuidados Paliativos. (2019). COBERTURA E CARACTERIZAÇÃO DAS EQUIPAS E PROFISSIONAIS DAS EQUIPAS DE CUIDADOS PALIATIVOS. Relatório Outono 2019 .
- Onder, G., Vetrano, D. L., Villani, E. R., Carfi, A., Lo Monaco, M. R., Cipriani, M. C., Manes Gravina, E., Denkinger, M., Pagano, F., van der Roest, H. G., & Bernabei, R. (2019). Deprescribing in Nursing Home Residents on Polypharmacy: Incidence and Associated Factors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(9), 1116–1120. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.130>
- Ouellet, G. M., Ouellet, J. A., & Tinetti, M. E. (2018). Principle of rational prescribing and deprescribing in older adults with multiple chronic conditions. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 9(11), 639–652. <https://doi.org/10.1177/2042098618791371>
- Page, A. T., Potter, K., Clifford, R., & Etherton-Ber, C. (2016). Deprescribing in older people. *Maturitas*, 91, 115–134. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.006>
- Paque, K., Vander Stichele, R., Elseviers, M., Pardon, K., Dilles, T., Deliens, L., & Christiaens, T. (2019). Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease: A systematic review. *Palliative Medicine*, 33(1), 37–48. <https://doi.org/10.1177/0269216318801124>
- Parikh, R. B., Kirch, R. A., Smith, T. J., & Temel, J. S. (2013). Early specialty palliative care—translating data in oncology into practice. *The New England journal of medicine*, 2347–2351. doi:<https://doi.org/10.1056/NEJMs1305469>
- Parekh, N., Schenker, Y., Good, C. B., Neilson, L., & Shrank, W. H. (2019). Deprescribing in Advanced Illness: Aligning Patient, Clinician, and Health Plan Goals. *Journal of General Internal Medicine*, 34(4), 631–633. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-04845-7>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Pruskowski, J. A., Springer, S., Thorpe, C. T., Klein-Fedyshin, M., & Handler, S. M. (2019). Does Deprescribing Improve Quality of Life? A Systematic Review of the Literature. *Drugs*

and Aging, 36(12), 1097–1110. <https://doi.org/10.1007/s40266-019-00717-1>

- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care—A New Consensus-Based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754–764. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>
- Rankin, A., Cadogan, C., Patterson, S., Kerse, N., Cardwell, C., Bradley, M., Ryan, C., & Hughes, C. (2019). Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people (Review). *International Journal of Nursing Studies*, 93(9), 84–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.001>
- Reeve, E., Shakib, S., Hendrix, I., Roberts, M. S., & Wiese, M. D. (2014). Review of deprescribing processes and development of an evidence-based, patient-centred deprescribing process. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 78(4), 738–747. <https://doi.org/10.1111/bcp.12386>
- Reeve, E., Thompson, W., & Farrell, B. (2017). Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. *European Journal of Internal Medicine*, 38, 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.12.021>
- Reeve, E., Wiese, M. D., Hendrix, I., Roberts, M. S., & Shakib, S. (2013). People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to deprescribe. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(9), 1508–1514. <https://doi.org/10.1111/jgs.12418>
- Romero, I., Braga, B., Rodrigues, J., Rodrigues, R., & Neto, I. G. (2018). “Desprescrever” nos Doentes em Fim de Vida: Um Guia para Melhorar a Prática Clínica. *Medicina Interna*, 25(1), 48–57. <https://doi.org/10.24950/rspmi/revisao/139/1/2018>
- Sanz-Tamargo, G., García-Cases, S., Navarro, A., & Lumbreras, B. (2019). Adaptation of a deprescription intervention to the medication management of older people living in long-term care facilities. *Expert Opinion on Drug Safety*, 18(11), 1091–1098. <https://doi.org/10.1080/14740338.2019.1667330>
- Scott, I. A., Anderson, K., Freeman, C. R., & Stowasser, D. A. (2014). First do no harm: A real need to deprescribe in older patients. *Medical Journal of Australia*, 201(7), 6–8. <https://doi.org/10.5694/mja14.00146>
- Scott, I. A., Hilmer, S. N., Reeve, E., Potter, K., Couteur, D. Le, Rigby, D., Gnjjidic, D., Del Mar, C. B., Roughead, E. E., Page, A., Jansen, J., & Martin, J. H. (2015). Reducing

- inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing. *JAMA Internal Medicine*, 175(5), 827–834. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.0324>
- Scottish Government Polypharmacy Model of Care Group. (2018). *Polypharmacy Guidance, Realistic Prescribing* (3rd Editio). Scottish Government. <https://learn-eu-central-1-prod-fleet01-xythos.learn.cloudflare.blackboardcdn.com/5efb3ace8ea0a/7003322?X-Blackboard-Expiration=1620324000000&X-Blackboard-Signature=gL27EeAufh%2BcsQAmn8v8SmP7IZcfz4ml4kdfbJUyrfs%3D&X-Blackboard-Client-Id=147883&response-ca>
- Serviço Nacional de Saúde. (2020). Cuidados Continuados. Obtido de <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/cuidados-continuados/>
- Shrestha, S., Poudel, A., Steadman, K., & Nissen, L. (2020). Outcomes of deprescribing interventions in older patients with life-limiting illness and limited life expectancy: A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(10), 1931–1945. <https://doi.org/10.1111/bcp.14113>
- Simmons, S. F., Bonnett, K. R., Hollingsworth, E., Kim, J., Powers, J., Habermann, R., Newhouse, P., & Schlundt, D. G. (2018). Reducing Antipsychotic Medication Use in Nursing Homes: A Qualitative Study of Nursing Staff Perceptions. *Gerontologist*, 58(4), 1–12. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx083>
- Simões, P. A., Santiago, L. M., & Simões, J. A. (2018). Deprescribing in primary care in Portugal (DePil17-20): A three-phase observational and experimental study protocol. *BMJ Open*, 8(7), 1–6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019542>
- Sirois, C., Ouellet, N., & Reeve, E. (2017). Community-dwelling older people's attitudes towards deprescribing in Canada. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 13(4), 864–870. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.08.006>
- Sloane, P. D., & Zimmerman, S. (2018). Deprescribing in Geriatric Medicine: Challenges and Opportunities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(11), 919–922. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.018>
- Stefanacci, R. G., & Haimowitz, D. (2015). Medication management with a few good Beers and memorable quotes. *Geriatric Nursing*, 36(5), 391–393. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.08.004>
- Sun, W., Tahsin, F., Barakat-Haddad, C., Turner, J. P., Haughian, C. R., & Abbass-Dick, J. (2019). Exploration of home care nurse's experiences in deprescribing of medications: a qualitative descriptive study. *BMJ Open*, 9(5), 1–15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen->

- Thompson, G., Shindruk, C. L., Adekoya, A. A., Demczuk, L., & McClement, S. (2018). Meanings of “centredness” in long-term care facilities: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 8(8), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022498>
- Thompson, J. (2019a). Deprescribing in palliative care. *Clinical Medicine*, 19(4), 311–315. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-311>
- Thompson, W., Lundby, C., Graabæk, T., Nielsen, D. S., Ryg, J., Søndergaard, J., & Pottegård, A. (2019b). Tools for Deprescribing in Frail Older Persons and Those with Limited Life Expectancy: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(1), 172–180. <https://doi.org/10.1111/jgs.15616>
- Thompson, W., Lundby, C., Graabæk, T., Nielsen, D. S., Ryg, J., Søndergaard, J., & Pottegård, A. (2019c). Tools for Deprescribing in Frail Older Persons and Those with Limited Life Expectancy: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(1), 172–180. <https://doi.org/10.1111/jgs.15616>
- Tjia, J., DeSanto-Madeya, S., Mazor, K. M., Han, P., Nguyen, B., Curran, T., Gallagher, J., & Clayton, M. F. (2019). Nurses’ Perspectives on Family Caregiver Medication Management Support and Deprescribing. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 21(4), 312–318. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000574>
- Todd, A., Jansen, J., Colvin, J., & McLachlan, A. J. (2018). The deprescribing rainbow: A conceptual framework highlighting the importance of patient context when stopping medication in older people. *BMC Geriatrics*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0978-x>
- Turner, J. P., Edwards, S., Stanners, M., Shakib, S., & Bell, J. S. (2016). What factors are important for deprescribing in Australian long-term care facilities? Perspectives of residents and health professionals. *BMJ Open*, 6(3), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009781>
- Vasilevskis, E. E., Shah, A. S., Hollingsworth, E. K., Shotwell, M. S., Mixon, A. S., Bell, S. P., Kripalani, S., Schnelle, J. F., & Simmons, S. F. (2019). A patient-centered deprescribing intervention for hospitalized older patients with polypharmacy: rationale and design of the Shed-MEDS randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1–13.
- Wauters, M., Elseviers, M., Peeters, L., De Meester, D., Christiaens, T., & Petrovic, M. (2019). Reducing Psychotropic Drug Use in Nursing Homes in Belgium: An Implementation Study

for the Roll-Out of a Practice Improvement Initiative. *Drugs & Aging*, 36(8), 769–780. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=137588438&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Westbury, J. L., Gee, P., Ling, T., Brown, D. T., Franks, K. H., Bindoff, I., Bindoff, A., & Peterson, G. M. (2018). RedUSe: reducing antipsychotic and benzodiazepine prescribing in residential aged care facilities. *The Medical Journal of Australia*, 208(9), 398–403.

WHPCA. (2020). The global atlas of palliative care. In *European Journal of Palliative Care* (2nd ed.).

Woodford, H. J., & Fisher, J. (2019). New horizons in deprescribing for older people. *Age and Ageing*, 48(6), 768–775. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz109>

World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*. <https://doi.org/10.1177/1524839914538045>

World Health Organization. (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners,. Obtido de <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>

APÊNDICES

APÊNDICE I - PALAVRAS USADAS NA QUERY BOX PARA CONSTRUIR AS EXPRESSÕES DE PESQUISA

	População	Conceito	Contexto
	Adultos e Idosos	Desprescrição AND Enfermagem	Cuidados Continuados e Paliativos
Descritores	Adult "Middle Aged" "Young Adult" Aged Aging "Aged, 80 and over" (Não usados para sintaxe da expressão de pesquisa)	Polypharmacy Deprescriptions Deprescriptio* Deprescribing "Inappropriate Prescribin**" "Inappropriate Prescriptio**" "Potentially Inappropriate Medicatio**" "Over Prescribin**" "Medication burden" AND Nurses Nurs* Nursing	"Chronic Diseases**" "Chronic Illnes**" "Chronically Ill" Multimorbidity "Multiple Chronic Conditions" "Multiple Chronic Health Conditions" "Multiple Chronic Medical Conditions" "Multiple Chronic Illnesses" Comorbidity "Life-threatening diseases**" "Life-threatening illness**" "Life threatening diseases**" "Life threatening illness**" "Life-limiting diseases**" "Life-limiting illness**" "Life limiting diseases**" "Life limiting illness**" Frail* "Long-term care" "Long term care" "Nursing Hom**" Hospice Palliative "Terminal care" "Terminally ill" "End of Life" "End-of-Life"

<p>MeSH Terms</p>		<p>Polypharmacy Deprescriptions "Inappropriate Prescribing" "Potentially Inappropriate Medication List" Nursing Nurses</p>	<p>"Chronic Disease" Multimorbidity "Multiple Chronic Conditions" Comorbidity Frailty "Long-term care" "Nursing Homes" "Palliative care" "Hospice Care" "Terminal care" "Palliative Medicine" "Hospice and Palliative Care Nursing" "Terminally ill"</p>
<p>Cinahl headings</p>		<p>Polypharmacy "Inappropriate Prescribing" Nurses</p>	<p>"Chronic Disease" Comorbidity "Frailty Syndrome" "Frail Elderly" "Long term care" "Nursing Homes" "Nursing Home Patients" "Home Nursing" "Hospice Patients" "Palliative care" "Terminal care" "Hospice Care" "Hospice and Palliative Care Nursing" "Hospice and Palliative Nursing" "Terminally Ill Patients"</p>

APÊNDICE II - ARTIGOS *FULL-TEXT* EXCLUÍDOS

Não abordam a enfermagem na desprescrição (Conceito errado)

Aerts, L., Cations, M., Harrison, F., Jessop, T., Shell, A., Chenoweth, L., & Brodaty, H. (2019). Why deprescribing antipsychotics in older people with dementia in long-term care is not always successful: Insights from the HALT study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(11), 1572–1581

Barnett, N., & Garfinkel, D. (2018). Deprescribing one year on: Challenging the first iatrogenic epidemic. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 25(2), 63–64. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85042877450&doi=10.1136%2Fejhpharm-2017-001482&partnerID=40&md5=c679d5a607f49c33377e264d9ac50282>

Collier, K. S., Kimbrel, J. M., & Protus, B. M. (2013). Medication appropriateness at end of life: a new tool for balancing medicine and communication for optimal outcomes--the BUILD model. *Home Healthcare Nurse*, 31(9), 516–518. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e3182a5bf7c>

Cowan, D., While, A., Roberts, J., & Fitzpatrick, J. (2002). Medicines management in care homes for older people: the nurse's role. *British Journal of Community Nursing*, 7(12), 634–638. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2002.7.12.10904>

Dees, M. K., Geijteman, E. C. T., Dekkers, W. J. M., Huisman, B. A. A., Perez, R. S. G. M., van Zuylen, L., van der Heide, A., & van Leeuwen, E. (2018). Perspectives of patients, close relatives, nurses, and physicians on end-of-life medication management. *Palliative & Supportive Care*, 16(5), 580–589. <https://doi.org/10.1017/S1478951517000761>

Del Signore, A. (2017). FIRST REPORT. Deprescribing Protocol for PPIs, H2As in Nursing Home Settings. *Annals of Long Term Care*, 25(3), 11. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=124079089&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Dharmarajan, T. S., Choi, H., Hossain, N., Munasinghe, U., Lakhi, F., Lourdasamy, D., Onuoha, S., Murakonda, P., Skokowska-Lebelt, A., Kanagala, M., & Russell, R. O. (2020). Deprescribing as a Clinical Improvement Focus. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(3), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.031>

Dills, H., Shah, K., Messinger-Rapport, B., Bradford, K., & Syed, Q. (2018). Deprescribing Medications for Chronic Diseases Management in Primary Care Settings: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(11), 923–935.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.06.021>

Ellis, M. L., Molinari, V., Dobbs, D., Smith, K., & Hyer, K. (2015). Assessing approaches and barriers to reduce antipsychotic drug use in Florida nursing homes. *Aging & Mental Health*, 19(6), 507–516. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.952710>

Farrell, B., Richardson, L., Raman-Wilms, L., de Launay, D., Alsabbagh, M. W., & Conklin, J. (2018). Self-efficacy for deprescribing: A survey for health care professionals using evidence-based deprescribing guidelines. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*, 14(1), 18–25. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.01.003>

Forsetlund, L., Eike, M. C., Gjerberg, E., & Vist, G. E. (2011). Effect of interventions to reduce potentially inappropriate use of drugs in nursing homes: a systematic review of randomised controlled trials. *BMC Geriatrics*, 11, 16. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-11-16>

Fournier, A., Anrys, P., Beuscart, J.-B., Dalleur, O., Henrard, S., Foulon, V., & Spinewine, A. (2020). Use and Deprescribing of Potentially Inappropriate Medications in Frail Nursing Home Residents. *Drugs & Aging*, 37(12), 917–924. <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00805-7>

Fried, T. R., Niehoff, K., Tjia, J., Redeker, N., & Goldstein, M. K. (2016). A Delphi process to address medication appropriateness for older persons with multiple chronic conditions. *BMC Geriatrics*, 16, 67. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0240-3>

Garfinkel, D. (2017). Overview of current and future research and clinical directions for drug discontinuation: psychological, traditional and professional obstacles to deprescribing. *European Journal of Hospital Pharmacy : Science and Practice*, 24(1), 16–20. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2016-000959>

Garfinkel, D., & Mangin, D. (2010). Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Archives of Internal Medicine*, 170(18), 1648–1654. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.355>

Garfinkel, D., Ilhan, B., & Bahat, G. (2015). Routine deprescribing of chronic medications to combat polypharmacy. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, 6(6), 212–233. <https://doi.org/10.1177/2042098615613984>

Garland, C. T., Guénette, L., Kröger, E., Carmichael, P.-H., Rouleau, R., & Sirois, C. (2021). A New Care Model Reduces Polypharmacy and Potentially Inappropriate Medications in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(1), 141–147.

Graabaek, T., Lundby, C., Ryg, J., Søndergaard, J., Pottegård, A., & Nielsen, D. S. (2021). “I simply don’t know, because I don’t know which drugs I get”: Perspectives on deprescribing among older adults with limited life expectancy and their relatives. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 128(1), 115–127. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13476>

Gurwitz, J. H., Bonner, A., & Berwick, D. M. (2017). Reducing excessive use of antipsychotic agents in nursing homes. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 318(2), 118–119. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.7032>

Halvorsen, K. H., Ruths, S., Granas, A. G., & Viktil, K. K. (2010). Multidisciplinary intervention to identify and resolve drug-related problems in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 28(2), 82–88. <https://doi.org/10.3109/02813431003765455>

Hanlon, J. T., & Hajjar, E. R. (2018). Isn’t It Time We Stop Counting the Number of Drugs to Define Polypharmacy in This New Era of Deprescribing and What Related Outcomes Should Be Measured? *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(8), 644–645. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.04.010>

Harriman, K., Howard, L., & McCracken, R. (2014). Deprescribing medication for frail elderly patients in nursing homes: A survey of Vancouver family physicians. *British Columbia Medical Journal*, 56(9), 436–441. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=99146206&lang=pt-pt&site=ehost-live&scope=site>

Hirdes, J. P., Major, J., Didic, S., Quinn, C., Mitchell, L., Chen, J., Jantzi, M., & Phillips, K. (2020). A Canadian Cohort Study to Evaluate the Outcomes Associated with a Multicenter Initiative to Reduce Antipsychotic Use in Long-Term Care Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(6), 817–822. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.004>

Johansson-Pajala, R.-M., Martin, L., & Jorsäter Blomgren, K. (2018). Registered nurses' use of computerised decision support in medication reviews. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 31(6), 531–544. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-01-2017-0009>

Jordán Agud, A. I., & Estrada Reventos, D. (2018). Rol enfermero en la valoración de síndromes geriátricos y estado funcional en una consulta de geriatría. *Gerokomos*, 29(4), 160–164. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=133797554&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Jordan, S., Banner, T., Gabe-Walters, M., Mikhail, J. M., Panes, G., Round, J., Snelgrove, S., Storey, M., & Hughes, D. (2019). Nurse-led medicines' monitoring in care homes, implementing the Adverse Drug Reaction (ADRe) Profile improvement initiative for mental health medicines: An observational and interview study. *PloS One*, 14(9), e0220885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220885>

Juola, A. L., Bjorkman, M. P., Pylkkanen, S., Finne-Soveri, H., Soini, H., Kautiainen, H., Bell, J. S., & Pitkala, K. H. (2014). Feasibility and baseline findings of an educational intervention in a randomized trial to optimize drug treatment among residents in assisted living facilities. *European Geriatric Medicine*, 5(3), 195–199. <https://doi.org/10.1016/j.eurger.2014.02.005>

Kayyali, A., & Petite, S. E. (2020). Identification of deprescribing opportunities for patients with diabetes and dementia discharged to a nursing home using a mortality prognostic index. *Drugs & Therapy Perspectives*, 36(1), 41–46. <https://doi.org/10.1007/s40267-019-00683-z>

Kojima, G., Bell, C. L., Tamura, B., Davis, J., Inaba, M., Lorenzo, P., Blanchette, P. L., Iwasaki, W., & Masaki, K. (2014). Combining quality improvement and geriatrics training: the nursing home polypharmacy outcomes project. *Gerontology & Geriatrics Education*, 35(4), 395–408. <https://doi.org/10.1080/02701960.2014.907159>

Kua, C.-H., Mak, V. S. L., & Huey Lee, S. W. (2019). Health Outcomes of Deprescribing Interventions Among Older Residents in Nursing Homes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(3), 362-372.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.10.026>

LeBlanc, T. W., McNeil, M. J., Kamal, A. H., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2015). Polypharmacy in patients with advanced cancer and the role of medication discontinuation. *The Lancet Oncology*, 16(7), e333–e341. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00080-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00080-7)

Lee, J. Q., Ying, K., Lun, P., Tan, K. T., Ang, W., Munro, Y., & Ding, Y. Y. (2020). Intervention elements to reduce inappropriate prescribing for older adults with multimorbidity receiving outpatient care: a scoping review. *BMJ Open*, 10(8), e039543. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-039543>

Lenander, C., Bondesson, Å., Viberg, N., Beckman, A., & Midlöv, P. (2018). Effects of medication reviews on use of potentially inappropriate medications in elderly patients; a cross-sectional study in Swedish primary care. *BMC Health Services Research*, 18(816), 1–9.

Little, M. O., & Morley, A. (2013). Reducing Polypharmacy: Evidence From a Simple Quality Improvement Initiative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 152–156. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84874265822&doi=10.1016%2Fj.jamda.2012.11.007&partnerID=40&md5=23d2463938b195cbfbd63a000916e07e>

Liu, L. M. (2014). Deprescribing: An Approach to Reducing Polypharmacy in Nursing Home Residents. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(2), 136–139. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2013.09.010>

Liu, L. M., & Campbell, I. G. (2016). Tips for Deprescribing in the Nursing Home. *Annals of Long Term Care*, 24(9), 26–32. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=119563061&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Lundby, C., Graabæk, T., Ryg, J., Søndergaard, J., Pottegård, A., & Nielsen, D. S. (2019). Health care professionals' attitudes towards deprescribing in older patients with limited life expectancy: A systematic review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 85(5), 868–892. <https://doi.org/10.1111/bcp.13861>

Mahlknecht, A., Krisch, L., Nestler, N., Bauer, U., Letz, N., Zenz, D., Schuler, J., Fähmann, L., Hempel, G., Flamm, M., & Osterbrink, J. (2019). Impact of training and structured medication review on medication appropriateness and patient-related outcomes in nursing homes: results from the interventional study InTherAKT. *BMC Geriatrics*, 19(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1263-3>

Messinger-Rapport, B. J., Little, M. O., Morley, J. E., & Gammack, J. K. (2016). Clinical Update on Nursing Home Medicine: 2016. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(11), 978–993. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.004>

Michelazzo, M. B., Milovanovic, S., & Boccia, S. (2017). A systematic review of case-series studies on the effectiveness of interventions to reduce polypharmacy and its adverse consequences in the elderly. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.2427/12148>

Molokhia, M., & Majeed, A. (2017). Current and future perspectives on the management of polypharmacy. *BMC Family Practice*, 18(1), 70. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0642-0>

Muntinga, M. E., Hoogendijk, E. O., van Leeuwen, K. M., van Hout, H. P. J., Twisk, J. W. R., van der Horst, H. E., Nijpels, G., & Jansen, A. P. D. (2012). Implementing the chronic care model for frail older adults in the Netherlands: study protocol of ACT (frail older adults: care in transition). *BMC Geriatrics*, 12, 19. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-12-19>

Narayan, S. W., & Nishtala, P. S. (2017). Discontinuation of Preventive Medicines in Older People with Limited Life Expectancy: A Systematic Review. *Drugs & Aging*, 34(10), 767–776.

Naughton, C., & Hayes, N. (2017). Deprescribing in older adults: a new concept for nurses in administering medicines and as prescribers of medicine. *European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice*, 24(1), 47–50. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2016-000908>

Niznik, J. D., Zhao, X., He, M., Aspinall, S. L., Hanlon, J. T., Nace, D., Thorpe, J. M., & Thorpe, C. T. (2019). Factors Associated With Deprescribing Acetylcholinesterase Inhibitors in Older Nursing Home Residents With Severe Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(9), 1871–1879. <https://doi.org/10.1111/jgs.15985>

Niznik, J. D., Zhao, X., He, M., Aspinall, S. L., Hanlon, J. T., Nace, D., Thorpe, J. M., & Thorpe, C. T. (2019). Factors Associated With Deprescribing Acetylcholinesterase Inhibitors in Older Nursing Home Residents With Severe Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(9), 1871–1879. <https://doi.org/10.1111/jgs.15985>

O’Caoimh, R., Cornally, N., McGlade, C., Gao, Y., O’Herlihy, E., Svendrovski, A., Clarnette, R., Lavan, A. H., Gallagher, P., & William Molloy, D. (2019). Reducing inappropriate prescribing for older adults with advanced frailty: A review based on a survey of practice in four countries. *Maturitas*, 126(February), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.04.212>

O’Mahony, M. S., & Parbhoo, A. (2020). Deprescribing in older people. *British Journal of Hospital Medicine* (London, England : 2005), 81(1), 1–9. <https://doi.org/10.12968/hmed.2019.0213>

Onder, G., Vetrano, D. L., Villani, E. R., Carfi, A., Lo Monaco, M. R., Cipriani, M. C., Manes Gravina, E., Denkinger, M., Pagano, F., van der Roest, H. G., & Bernabei, R. (2019). Deprescribing in Nursing Home Residents on Polypharmacy: Incidence and Associated Factors. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(9), 1116–1120. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.01.130>

Palagyi, A., Keay, L., Harper, J., Potter, J., & Lindley, R. I. (2016). Barricades and brickwalls--a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. *BMC Geriatrics*, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0181-x>

Paque, K., De Schreye, R., Elseviers, M., Vander Stichele, R., Pardon, K., Dilles, T., Christiaens, T., Deliëns, L., & Cohen, J. (2019). Discontinuation of medications at the end of life: A population study in Belgium, based on linked administrative databases. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 85(4), 827–837. <https://doi.org/10.1111/bcp.13874>

Paque, K., Elseviers, M., Vander Stichele, R., Pardon, K., Vinkeroye, C., Deliëns, L., Christiaens, T., & Dilles, T. (2019). Balancing medication use in nursing home residents with life-limiting disease. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75(7), 969–977. <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02649-6>

Pitkälä, K. H., Juola, A.-L., Kautiainen, H., Soini, H., Finne-Soveri, U. H., Bell, J. S., & Björkman, M. (2014). Education to Reduce Potentially Harmful Medication Use Among Residents of Assisted Living Facilities: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(12), 892–898. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.002>

Plakiotis, C., Bell, J. S., Jeon, Y.-H., Pond, D., & O’Connor, D. W. (2015). Deprescribing psychotropic medications in aged care facilities: the potential role of family members. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 821, 29–43. https://doi.org/10.1007/978-3-319-08939-3_8

Pruskowski, J., & Handler, S. M. (2017). The DE-PHARM project: A pharmacist-driven deprescribing initiative in a nursing facility. *Consultant Pharmacist*, 32(8), 468–478. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2017.468>

Pruskowski, J., Sakely, H., & Handler, S. (2019). Development of a required longitudinal residency experience focused on deprescribing. *American Journal of Health-System Pharmacy : AJHP : Official Journal of the American Society of Health-System Pharmacists*, 76(4), 236–241. <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxy029>

Pruskowski, J., Zarowitz, B. J., & Handler, S. M. (2018). Perceptions of Nursing Facility Providers on the Utility of Deprescribing. *The Consultant Pharmacist: The Journal of the American Society of Consultant Pharmacists*, 33(7), 386–402. <https://doi.org/10.4140/TCP.n.2018.386>

Rashid, A. (2019). Yonder: District nursing, deprescribing, psychotropic drugs, and reasonableness. *British Journal of General Practice*, 69(679), 78. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X701033>

Reboredo-García, S., Mateo, C. G.-C., & Casal-Llorente, C. (2014). [Implantation of a program for polymedicated patients within the framework of the Galician Strategy for Integrated Chronic Care]. *Atencion primaria*, 46 Suppl 3, 33–40. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(14\)70063-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(14)70063-0)

Riker, G. I., & Setter, S. M. (2013). Polypharmacy in older adults at home: what it is and what to do about it—implications for home healthcare and hospice, part 2. *Home Healthcare Nurse*, 31(2), 65–69. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e31827f43b2>

Ryota, H., Keiko, F., Kazuko, Y., Shizuka, S., Hidenori, M., Kaori, K., Toshiaki, N., & Mitsuko, O. (2018). Outcomes of pharmacists' involvement with residents of special nursing homes for the elderly. *Yakugaku Zasshi*, 138(9), 1217–1225. <https://doi.org/10.1248/yakushi.18-00065>

Sanz-Tamargo, G., García-Cases, S., Navarro, A., & Lumbreras, B. (2019). Adaptation of a deprescription intervention to the medication management of older people living in long-term care facilities. *Expert Opinion on Drug Safety*, 18(11), 1091–1098. <https://doi.org/10.1080/14740338.2019.1667330>

Sawan, M. J., Jeon, Y.-H., Fois, R. J., & Chen, T. F. (2016). A qualitative study exploring visible components of organizational culture: what influences the use of psychotropic medicines in nursing homes? *International Psychogeriatrics*, 28(10), 1725–1735. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000715>

Sawan, M., Jeon, Y.-H., Fois, R. A., & Chen, T. F. (2017). Exploring the link between organizational climate and the use of psychotropic medicines in nursing homes: A qualitative study. *Research in Social & Administrative Pharmacy: RSAP*, 13(3), 513–523. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2016.06.012>

Simonson, W., & Feinberg, J. L. (2005). Medication-related problems in the elderly: defining the issues and identifying solutions. *Drugs & Aging*, 22(7), 559–569. <https://doi.org/10.2165/00002512-200522070-00002>

Smith, D. A., & Guest, K. (2015). Is education all that's needed to reduce inappropriate drugs in long-term care? *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(1), 9–11. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.002>

Straßner, C., Steinhäuser, J., Freund, T., Szecsenyi, J., & Wensing, M. (2018). German healthcare professionals' perspective on implementing recommendations about polypharmacy in general practice: a qualitative study. *Family Practice*, 35(4), 503–510. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz127>

Suhrie, E. M., Hanlon, J. T., Jaffe, E. J., Sevick, M. A., Ruby, C. M., & Aspinall, S. L. (2009). Impact of a geriatric nursing home palliative care service on unnecessary medication prescribing. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 7(1), 20–25. <https://doi.org/10.1016/j.amjopharm.2009.02.001>

Thiruchelvam, K., Wong, P. S., Kairuz, T., Babar, Z. U.-D., & Hasan, S. S. (2018). Consolidated Medication Review Algorithm to Improve Medications Use in Older Adults: Components, Scoring Scheme, and Implementation. *Journal of the American Medical Directors Association*, 19(8), 717–718. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.03.007>

Thompson, W., Jacobsen, I. T., Jarbøl, D. E., Haastrup, P., Nielsen, J. B., & Lundby, C. (2020). Nursing Home Residents' Thoughts on Discussing Deprescribing of Preventive Medications. *Drugs & Aging*, 37(3), 187–192. <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00746-1>

Thorpe, C. T., Sileanu, F. E., Mor, M. K., Zhao, X., Aspinall, S., Ersek, M., Springer, S., Niznik, J. D., Vu, M., Schleiden, L. J., Gellad, W. F., Hunnicutt, J., Thorpe, J. M., & Hanlon, J. T. (2020). Discontinuation of Statins in Veterans Admitted to Nursing Homes near the End of Life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(11), 2609–2619. <https://doi.org/10.1111/jgs.16727>

Tjia, J., Velten, S. J., Parsons, C., Valluri, S., & Briesacher, B. A. (2013). Studies to reduce unnecessary medication use in frail older adults: a systematic review. *Drugs & Aging*, 30(5), 285–307. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0064-1>

Tommelein, E. (2018). Deprescribing in nursing homes is safe and should be pursued. *Evidence-Based Nursing*, 21(2), 53. <https://doi.org/10.1136/eb-2018-102885>

Trude Fløystad, E., Elfrid, M., & Atle, Ø. (2018). Investigating the utility of medication reviews amongst elderly home care patients in Norway - An interprofessional perspective. *Journal of Interprofessional Education and Practice*, 13, 83–89. <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.09.001>

Ulley, J., Harrop, D., Ali, A., Alton, S., & Fowler Davis, S. (2019). Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. *BMC Geriatrics*, 19(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1031-4>

van Marum, R. J. (2017). Polypharmacy in nursing home residents with dementia. In *Dementia in Nursing Homes* (pp. 123–137). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-49832-4_10

Vu, M., Sileanu, F. E., Aspinall, S. L., Niznik, J. D., Springer, S. P., Mor, M. K., Zhao, X., Ersek, M., Hanlon, J. T., Gellad, W. F., Schleiden, L. J., Thorpe, J. M., & Thorpe, C. T. (2020). Antihypertensive Deprescribing in Older Adult Veterans at End of Life Admitted to Veteran Affairs Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.05.060>

Weeks, W. B., Mishra, M. K., Curto, D., Petersen, C. L., Cano, P., Hswen, Y., Serra, S. V., Elwyn, G., Godfrey, M. M., Soro, P. S., & Tomás, J. F. (2019). Comparing Three Methods for Reducing Psychotropic Use in Older Demented Spanish Care Home Residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(7), 1444–1453. <https://doi.org/10.1111/jgs.15855>

Welsh, T. J., McGrogan, A., & Mitchell, A. (2020). Deprescribing in the last years of life-it's hard to STOPP. *Age and Ageing*, 49(5), 723–724. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa081>

Wenedy, A., Lim, Y. Q., Lin Ronggui, C. K., Koh, G. C. H., Chong, P. H., & Chew, L. S. T. (2019). A Study of Medication Use of Cancer and Non-Cancer Patients in Home Hospice Care in Singapore: A Retrospective Study from 2011 to 2015. *Journal of Palliative Medicine*, 22(10), 1243–1251. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0559>

Wilson, E., Caswell, G., Latif, A., Anderson, C., Faull, C., & Pollock, K. (2020). An exploration of the experiences of professionals supporting patients approaching the end of life in medicines management at home. A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 19(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-0537-z>

World Health Organisation. (1981). *Health Care in the Elderly: Report of the Technical Group on Use of Medicaments by the Elderly*. *Drugs*, 22(4), 279–294. <https://doi.org/10.2165/00003495-198122040-00002>

Wouters, H., Foster, J. M., Ensink, A., O'Donnell, L. K., Zuidema, S. U., Boersma, F., & Taxis, K. (2019). Barriers and Facilitators of Conducting Medication Reviews in Nursing Home Residents: A Qualitative Study. *Frontiers in Pharmacology*, 10, 1026.

Wouters, H., Quik, E. H., Boersma, F., Nygård, P., Bosman, J., Böttger, W. M., Mulder, H., Maring, J.-G., Wijma-Vos, L., Beerden, T., van Doormaal, J., Postma, M. J., Zuidema, S. U., & Taxis, K. (2014). Discontinuing inappropriate medication in nursing home residents (DIM-NHR Study): protocol of a cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 4(10), e006082. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006082>

Wouters, H., Scheper, J., Koning, H., Brouwer, C., Twisk, J. W., van der Meer, H., Boersma, F., Zuidema, S. U., & Taxis, K. (2017). Discontinuing Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 167(9), 609–617. <https://doi.org/10.7326/M16-2729>

Não abordam a desprescrição (Conceito errado)

Aschenbrenner, D. S. (2018). Promoting Drug Safety in Older Adults. *AJN American Journal of Nursing*, 118(7), 23–24. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000541430.74336.7b>

Coker, A. (2016). Project Presented to the Faculty of the School of Nursing. In Project Presented to the Faculty of the School of Nursing (p. 1). <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=123296074&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Dellinger, J. K., Pitzer, S., Schaffler-Schaden, D., Schreier, M. M., Fähmann, L. S., Hempel, G., Likar, R., Osterbrink, J., & Flamm, M. (2020). Improving medication appropriateness in nursing homes via structured interprofessional medication-review supported by health information technology: a non-randomized controlled study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 506. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01895-z>

Gurwitz, J. H., Soumerai, S. B., & Avorn, J. (1990). Improving medication prescribing and utilization in the nursing home. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(5), 542–552. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1990.tb02406.x>

Krause, O., Wiese, B., Doyle, I.-M., Kirsch, C., Thürmann, P., Wilm, S., Sparenberg, L., Stolz, R., Freytag, A., Bleidorn, J., & Junius-Walker, U. (2019). Multidisciplinary intervention to improve medication safety in nursing home residents: protocol of a cluster randomised controlled trial (HIOPP-3-iTBX study). *BMC Geriatrics*, 19(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1027-0>

Mahlknecht, A., Nestler, N., Bauer, U., Schüßler, N., Schuler, J., Scharer, S., Becker, R., Waltering, I., Hempel, G., Schwalbe, O., Flamm, M., & Osterbrink, J. (2017). Effect of training and structured medication review on medication appropriateness in nursing home residents and on cooperation between health care professionals: the InTherAKT study protocol. *BMC Geriatrics*, 17(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0418-3>

Miller, C. A. (2003). Inappropriate prescribing practices and implications for nurses. *Geriatric Nursing*, 24(4), 244–245. [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(03\)00209-X](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(03)00209-X)

Petrovic, M., Somers, A., & Onder, G. (2016). Geriatric pharmacotherapy: Optimisation through integrated approach in the hospital setting. In *AAPS Advances in the Pharmaceutical Sciences Series* (Vol. 26, pp. 683–697). Springer Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-319-43099-7_33

Raphael, K. L., & Beddhu, S. (2015). Hypertension and Polypharmacy in Elderly Nursing Home Residents: When Less is More. *American Journal of Kidney Diseases: The Official Journal of the National Kidney Foundation*, 66(4), 561–563. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.06.012>

Ruiz-Millo, O., Climente-Martí, M., Galbis-Bernácer, A. M., & Navarro-Sanz, J. R. (2017). Clinical impact of an interdisciplinary patient safety program for managing drug-related problems in a long-term care hospital. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 39(6), 1201–1210. <https://doi.org/10.1007/s11096-017-0548-x>

Schaffler-Schaden, D., Pitzer, S., Schreier, M., Dellinger, J., Brandauer-Stickler, B., Lainer, M., Flamm, M., & Osterbrink, J. (2018). Improving medication appropriateness in nursing home residents by enhancing interprofessional cooperation: A study protocol. *Journal of Interprofessional Care*, 32(4), 517–520. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1448372>

SL, M. (2009). Monitoring medication use in older adults. *AJN American Journal of Nursing*, 109(1), 68–79. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000344046.42145.9d>

Steinman, M. A., Low, M., Balicer, R. D., & Shadmi, E. (2018). Impact of a nurse-based intervention on medication outcomes in vulnerable older adults. *BMC Geriatrics*, 18(1), 207. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0905-1>

Terrery Jr., C. L., Nicoteri, J. A. L., Terrery Jr., C. L., & Nicoteri, J. A. L. (2016). The 2015 American Geriatric Society Beers Criteria: Implications for Nurse Practitioners. *Journal for Nurse Practitioners*, 12(3), 182–200. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.11.027>

van der Spek, K., Koopmans, R. T. C. M., Smalbrugge, M., Nelissen-Vrancken, M. H. J. M. G., Wetzels, R. B., Smeets, C. H. W., de Vries, E., Teerenstra, S., Zuidema, S. U., & Gerritsen, D. L. (2018). The effect of biannual medication reviews on the appropriateness of psychotropic drug use for neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 47(3), 430–437. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy001>

Texto completo não disponível

Elon, R. D. (2010). Too many pills? Long-Term Living: For the Continuing Care Professional, 59(6), 36–37. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=51902928&lang=pt-pt&site=ehost-live&scope=site>

Krishnan, P., Klaasen, K., & Raven, A. (2009). Reducing antipsychotic drug use in the nursing home setting. *Canadian Nursing Home*, 20(3), 19–25. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=105440990&lang=pt-pt&site=ehost-live>

LaFerne, M. C. (2013). Medication reviews benefit patients AND nursing. *Reflections on Nursing Leadership*, 39(2), 1–2. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=89592571&lang=pt-pt&site=ehost-live>

LeSage, J. (1991). Polypharmacy in geriatric patients. *The Nursing Clinics of North America*, 26(2), 273–290

Lipscomb, C. (2013). INCREASED QUALITY OF LIFE FOR NURSING HOME RESIDENTS WITH DEMENTIA: NON-PHARMACOLOGICAL INTERVENTIONS. *ASBN Update*, 17(6), 14–16. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=103807409&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Lueras, P. (2017). Deprescribing in the Nursing Home: Phase 1 - PRN Medications. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(3), B13–B13. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.034>

Nazir, A., & Abrahamson, K. (2016). An Innovative State-Level Collaboration to Impact Polypharmacy in Indiana Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), B12–B13. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.044>

San-José, A., Pérez-Bocanegra, C., Agustí, A., Laorden, H., Gost, J., Vidal, X., Oropeza, V., & Romero, R. (2020). Integrated health intervention on polypharmacy and inappropriate prescribing in elderly people with multimorbidity: Results at the end of the intervention and at 6 months after the intervention. *Medicina Clinica*. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.04.030>

Schainen, J. S. (1994). Screening for polypharmacy in a nursing home care unit. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(3), 41,44. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19940301-08>

Smith, M., & Buckwalter, K. C. (1992). Medication management, antidepressant drugs, and the elderly: an overview. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 30(10), 30–36. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0026932687&partnerID=40&md5=5219567aa37eb332ab39c5e4fde4418a>

Sukkar, E. (2015). Deprescribing drugs in older people hits care homes. *Pharmaceutical Journal*, 295(7884), 440–442. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84955593646&partnerID=40&md5=2c7b4b368e8cca0fb0f3b5b631b61bdd>

Contexto incorreto

Crowe, E. (2020). Deprescribing in chronic disease: perspectives of nurse prescribers. *Prescriber*, 31(3), 29–31. <https://doi.org/10.1002/psb.1831>

Doherty, A. J., Boland, P., Reed, J., Clegg, A. J., Stephani, A.-M., Williams, N. H., Shaw, B., Hedgecoe, L., Hill, R., & Walker, L. (2020). Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. *BJGP Open*, 4(3). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101096>

Milos, V., Rekman, E., Bondesson, Å., Eriksson, T., Jakobsson, U., Westerlund, T., & Midlöv, P. (2013). Improving the quality of pharmacotherapy in elderly primary care patients through medication reviews: a randomised controlled study. *Drugs & Aging*, 30(4), 235–246. <https://doi.org/10.1007/s40266-013-0057-0>

Thio, S. L., Nam, J., van Driel, M. L., Dirven, T., & Blom, J. W. (2018). Effects of discontinuation of chronic medication in primary care: a systematic review of deprescribing trials. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 68(675), e663–e672. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X699041>

APÊNDICE III - INSTRUMENTO DE EXTRAÇÃO DE DADOS

Review title: Desprescrição em Cuidados Continuados e Paliativos: uma scoping review
Review questions:
1. Quais as intervenções de enfermagem na desprescrição em cuidados continuados e paliativos?
2. Quais as ferramentas de apoio usadas, ou mencionadas como passíveis de ser usadas, por enfermeiros na desprescrição?
Inclusion criteria (PCC):
Population: indivíduos adultos, incluindo idosos, sob necessidades de cuidados continuados e paliativos
Concept: Papel do enfermeiro na desprescrição
Context: cuidados continuados e paliativos, contexto onde existem situações de doença terminal ou de grande fragilidade como o caso do idoso frágil
Study details and characteristics extraction:
Author(s):
Year of publication:
Country of origin:
Methodology
Source:
Aims:
Study population:
Context:
Descrição do papel do enfermeiro na desprescrição:
Características da intervenção do enfermeiro:
Ferramentas de apoio à desprescrição passíveis de ser usadas pelo enfermeiro: