



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Diogo Filipe Tomé Gonçalves

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Desprescrição no doente idoso: o que é pedido ao farmacêutico?” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Juliana Pratas, do Dr. Fábio Teles e da Professora Doutora Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Setembro de 2021

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D COIMBRA

Diogo Filipe Tomé Gonçalves

Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Desprescrição no doente idoso: o que é pedido ao farmacêutico?” referentes à Unidade Curricular “Estágio”, sob a orientação da Dra. Juliana Pratas, do Dr. Fábio Teles e da Professora Doutora Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano, apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, para apreciação na prestação de provas públicas de Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

Setembro de 2021

Eu, Diogo Filipe Tomé Gonçalves, estudante do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas, com o n.º 2016228486, declaro assumir toda a responsabilidade pelo conteúdo do Documento Relatórios de Estágio e Monografia intitulada “Desprescrição no doente idoso: o que é pedido ao farmacêutico?” apresentados à Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, no âmbito da unidade de Estágio Curricular.

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

Coimbra, 7 de setembro de 2021.



(Diogo Filipe Tomé Gonçalves)

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o apoio e amparo ao longo de toda a minha vida, pela presença constante nas etapas boas e também nas menos boas, por priorizarem sempre o meu futuro e por me proporcionarem todas as condições e mais algumas para que conseguisse alcançar todos os meus triunfos.

A eles lhes dedico esta monografia.

Aos meus amigos, pela constante cumplicidade e camaradagem. Vocês fizeram com que tudo tivesse mais sentido.

À restante família, por toda a presença, dedicação e incentivo ao longo de todo o meu percurso académico.

À Professora Doutora Maria Margarida Coutinho de Seabra Castel-Branco Caetano, por toda a disponibilidade demonstrada e pela exímia orientação na realização da monografia.

À Dra. Juliana Pratas e equipa técnica da Farmácia São Tomé, pela amizade, pelo companheirismo, pela excelente integração e aprendizagem, por todos os momentos partilhados e por me mostrarem o verdadeiro sentido de profissionalismo e união.

Ao Dr. Fábio Teles e restante equipa da Consultoria em Qualidade do LEF, pela amabilidade, pelo profissionalismo demonstrado, por todos os conselhos e apoio prestado na integração ao setor da Indústria Farmacêutica.

À Banda de Soure, pelos 14 anos de mútua partilha, por ser o meu escape à vida quotidiana, por me permitir fazer aquilo que gosto, pelos valores transmitidos de união, espírito de equipa, sacrifício e disciplina. Levarei comigo todas as amizades e ensinamentos que a Banda me proporcionou.

A Coimbra, minha cidade natal.

Índice

Parte I - Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Lista de Siglas e Abreviaturas	vii
1. Introdução	8
2. A Farmácia São Tomé e o Estágio	9
3. Análise SWOT	10
3.1. Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	10
3.1.1. Localização da Farmácia e Utentes fidelizados.....	10
3.1.2. Integração e aprendizagem na Equipa	11
3.1.3. Atendimento e Aconselhamento	11
3.1.4. Serviços e Acompanhamento farmacoterapêutico	12
3.1.5. Preparação Individualizada da Medicação (PIM).....	12
3.2. Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)	13
3.2.1. Escassez de formações presenciais	13
3.2.2. Lacuna de conhecimentos teóricos.....	13
3.2.3. Nome comercial vs. Denominação Comum Internacional (DCI).....	14
3.3. Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	14
3.3.1. Contacto com a realidade do setor	14
3.3.2. Aplicação e consolidação dos conhecimentos técnico-científicos.....	15
3.4. Ameaças (<i>Threats</i>)	15
3.4.1. Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)....	15
3.4.2. Medicamentos esgotados	16
3.4.3. Receitas Manuais	16
4. Considerações Finais.....	17
5. Referências	18
ANEXOS.....	20

Parte II – Relatório de Estágio em Indústria Farmacêutica

Lista de Siglas e Abreviaturas	xxvii
1. Introdução	28
2. O LEF.....	28
2.1. O Departamento de Consultoria e o Estágio.....	29
3. Análise SWOT	30
3.1. Pontos Fortes (<i>Strengths</i>)	31
3.1.1. Equipa Técnica, ambiente e integração	31
3.1.2. Relevância de Funções.....	31
3.1.3. Contacto com várias empresas.....	32

3.1.4.	Autonomia e responsabilidade na realização de tarefas da Consultoria	32
3.2.	Pontos Fracos (<i>Weaknesses</i>)	33
3.2.1.	Falta de conhecimentos para realizar as tarefas da Consultoria	33
3.2.2.	Projetos em vigor dependente de clientes da Consultoria e com diferentes prazos	33
3.3.	Oportunidades (<i>Opportunities</i>)	34
3.3.1.	Consecução de novas perspetivas a nível da atividade farmacêutica.....	34
3.3.2.	Desenvolvimento de competências na área da Canábis Medicinal.....	34
3.4.	Ameaças (<i>Threats</i>)	35
3.4.1.	Formação teórica de Gestão e Garantia de Qualidade (GGQ)	35
4.	Considerações Finais.....	35
5.	Referências	37
Parte III – Desprescrição no doente idoso: o que é pedido ao farmacêutico?		
	Lista de Siglas e Abreviaturas	xxxix
	Resumo	40
1.	Introdução.....	42
2.	Polimedicação.....	43
3.	Desprescrição	46
3.1.	O processo de desprescrição no idoso.....	49
3.2.	O caso concreto das Benzodiazepinas	51
3.3.	Ferramentas de auxílio ao processo de tomada de decisão partilhada na Desprescrição	56
3.3.1.	MedStopper	56
3.3.2.	The Deprescribing Rainbow.....	57
4.	Barreiras à desprescrição.....	58
5.	Perspetivas Futuras	60
6.	O que é pedido ao Farmacêutico	61
6.1.	MedsCheck.....	63
6.2.	<i>Home Medicines Review</i>	64
6.3.	DE-PHARM Project.....	65
6.4.	Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)	65
7.	Conclusão.....	68
8.	Referências	70
	ANEXOS.....	76

Parte I

Relatório de Estágio em Farmácia Comunitária

Farmácia São Tomé

Lista de Siglas e Abreviaturas

DCI Denominação Comum Internacional

FST Farmácia São Tomé

MICF Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

MNSRM Medicamentos não sujeitos a receita médica

PIM Preparação Individualizada da Medicação

SWOT *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

I. Introdução

Em Portugal, a atividade farmacêutica constitui um elo primordial de proximidade entre o Sistema Nacional de Saúde e o cidadão, tanto pela cedência de cuidados de saúde diferenciados como pela promoção do uso racional do medicamento. O farmacêutico, pela formação académica exigente e diferenciada que possui, abarca um leque de capacidades e competências técnico-científicas essenciais à solidificação da confiança da população na profissão farmacêutica ^(1,2). É na Farmácia Comunitária onde o farmacêutico, profissional mais qualificado no circuito do medicamento, tem maior visibilidade. Sendo as farmácias espaços de saúde amplamente dispersos pelo país, torna-se cada vez mais importante a sua afirmação na prestação de cuidados de proximidade junto da população, não se demonstrando apenas como meros pontos de dispensa de medicamentos ^(2,3). Não obstante, a prática farmacêutica na farmácia comunitária é regida por um conjunto de diversas normas gerais e específicas compiladas no Manual de Boas Práticas de Farmácia Comunitária, com a finalidade de garantir os níveis de qualidade e exigência inerentes à prática profissional atual ⁽⁴⁾.

Ora, de modo a proporcionar aos futuros farmacêuticos a formação mais adequada ao exercício da sua função como agentes de saúde pública, o Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF), lecionado pela Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, permite aliar o conhecimento teórico adquirido à vertente prática do exercício farmacêutico. Para isso, é concedida ao estudante a oportunidade de realizar Estágio Curricular em Farmácia Comunitária, contribuindo para o desenvolvimento de *soft skills* imprescindíveis à verdadeira realidade da profissão farmacêutica, onde culmina a sua formação académica.

O presente relatório pressupõe uma reflexão crítica sob o formato de análise de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT), onde serão explanados os Pontos Fortes (*Strengths*) e Pontos Fracos (*Weaknesses*), avaliados internamente, assim como as Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*), por sua vez avaliadas externamente, relativamente ao meu Estágio Curricular, decorrido de 11 de janeiro a 24 de abril, na Farmácia São Tomé localizada em Condeixa-a-Nova. Deste modo, é possível elaborar um balanço geral e retrospectivo àcerca dos aspetos positivos e menos positivos, bem como da importância desta componente prática para a minha educação pessoal e profissional.

2. A Farmácia São Tomé e o Estágio

Localizada no centro-este da vila de Condeixa-a-Nova, a Farmácia São Tomé (FST) constitui uma das farmácias de referência em todo o concelho de Condeixa, facto este comprovado pela elevada afluência de utentes habituais oriundos de grande parte da área concelhia e, inclusive, limítrofe. A FST detém de uma gestão centralizada no grupo Salrifarma – Produtos Farmacêuticos, do qual pertencem a Farmácia São Martinho (Coimbra), a Farmácia Santa Cristina (Condeixa-a-Nova), a Farmácia Ferreira Souto (Figueira da Foz) e a AnobraFarma (Condeixa), permitindo uma facilidade de interligação e uma logística otimizada dos produtos, com foco constante no objetivo comum ao grupo: o utente. A FST conta ainda com serviços de podologia, consultas de nutrição, preparação individualizada da medicação (PIM), assistência a lares de idosos e casas de saúde da região.

Primada pela qualidade pessoal, profissional e técnico-científica de excelência, a equipa da FST, encabeçada pela Diretora Técnica Dra. Juliana Pratas, possui ainda nos seus quadros os farmacêuticos Dr. José Catré, Dra. Cristiana José e Dra. Beatriz Grilo, os técnicos de farmácia Nuno Paiva e Paulo Costa, e a auxiliar administrativa Vanda Albuquerque. Apresenta-se uma equipa equilibrada no que são as funções necessárias ao desempenho ideal da farmácia comunitária, em que a distribuição de atividades e tarefas é otimizada, fomentando desta forma a partilha do saber.

O estágio, por sua vez, foi planeado de modo a seguir uma evolução gradual e sequencial, acompanhando a minha integração e evolução no setor. Numa fase inicial, fui incentivado a desempenhar funções de *back office*, especificamente na organização de medicamentos em prateleiras e na verificação de *stocks* e localizações de produtos. Desta feita, foi-me possível ter um impacto inicial e positivo com a dualidade “nome comercial – princípio ativo”, começando desde logo a interligar conhecimentos teóricos de farmacoterapia e farmacologia com as designações comerciais, muito comuns e práticos na partilha de informação entre o farmacêutico e o utente. Ao desempenhar a função a que fui proposto, percebi a imprescindibilidade das tarefas de *back office* na gestão logística de toda a farmácia, contribuindo para aumentar a eficiência e o fluxo do ciclo de atendimento.

Após o período de integração, foi-me sugerido que começasse a assistir ao atendimento ao público, a fim de me familiarizar com a abordagem ao utente, métodos eletrónicos de dispensa, receitas médicas (eletrónicas, desmaterializadas e manuais) e diversos casos clínicos que careciam de aconselhamento farmacêutico. Paralelamente, foi-me solicitado a participação

na determinação de parâmetros bioquímicos, fisiológicos e físicos, fator com o qual me foi possível introduzir o aconselhamento farmacêutico.

A etapa de atendimento ao balcão iniciou-se na segunda metade do estágio, primeiramente com foco na dispensa de receitas médicas, o que permitiu um contacto mais facilitado com os sistemas eletrónicos, evoluindo para as restantes funções constitutivas do atendimento farmacêutico. É necessário reforçar que a equipa da FST se mostrou sempre disponível ao esclarecimento de qualquer dúvida que me fosse surgindo em qualquer tarefa que me tenha sido proposta.

3. Análise SWOT

Tal como indicado nas “Normas Orientadoras de Estágio do MICEF”, o presente relatório será baseado na implementação da ferramenta de análise SWOT sobre o que experienciei durante o estágio. Por conseguinte, os pontos fortes e os pontos fracos a ser abordados na análise SWOT vão de encontro a fatores intrínsecos à instituição que de certa forma influenciaram, positiva ou negativamente, o meu percurso. Por outro lado, as oportunidades e as ameaças correspondem a aspetos externos à instituição com que me fui deparando durante o período de estágio ⁽⁵⁾.

3.1. Pontos Fortes (Strengths)

3.1.1. Localização da Farmácia e Utentes fidelizados

A FST encontra-se centralmente posicionada na vila de Condeixa-a-Nova, local com elevado aglomerado habitacional, assim como nas proximidades da Unidade de Saúde Familiar de Condeixa e da CIMACON – Clínica de Imagiologia de Condeixa, tornando-se num ponto estratégico de ajuntamento de utentes. Devido à sua localização e posição, esta pode ser caracterizada como sendo uma farmácia local, frequentada por utentes habituais e fidelizados residentes nas redondezas, e como uma farmácia de passagem para utentes de ocasião, visto que a localidade de Condeixa se torna num ponto de passagem muito comum entre o distrito de Coimbra e o distrito de Leiria. Deste modo, a FST lida com utentes de diversas faixas etárias, personalidades e estratos socioeconómicos.

A FST trabalha no sentido de manter utentes fidelizados e fidelizar novos utentes. São vários os fatores que levam à satisfação e retorno do utente, e a FST prima pela máxima satisfação e qualidade no serviço prestado a cada utente, garantindo que este tem ao seu

dispor, e em tempo útil, os medicamentos e produtos de saúde de que necessita, no menor tempo de espera possível. A boa disposição e o saber na área farmacoterapêutica incentivam ao ganho de confiança e proximidade por parte do utente para com o farmacêutico, fatores preponderantes na fidelização.

Por sua vez, esta torna-se benéfica tanto no sentido do utente como no sentido da farmácia, visto que permite uma gestão mais eficiente dos *stocks* com base na preferência global, assim como um aconselhamento mais personalizado ao utente já conhecido.

3.1.2. Integração e aprendizagem na Equipa

Uma equipa que paute pelo bom ambiente de trabalho e espírito de entre-ajuda é, a meu ver, um fator basilar para uma integração e acolhimento saudáveis dos estagiários. Na FST deparei-me com uma equipa profissional, vinculada, resiliente, humilde, bem disposta e nutrida de conhecimentos técnico-científicos que, indubitavelmente, representa o Ponto Forte mais importante destes 3 meses de ampla aprendizagem, superando deste modo as minhas expectativas. Esta apresenta um equilíbrio entre a proatividade de uma equipa jovem e a experiência e maturidade de elementos que contam com vários anos no setor. A predisposição constante para ensinar e ajudar a tornar-me num melhor profissional acompanhou-me durante todo o meu percurso, motivando-me a querer ir mais além a cada dia.

Considero que a equipa técnica da FST foi essencial para o meu crescimento e evolução tanto profissional como, acima de tudo, pessoal. Guardarei para comigo todos os valores que me foram inculcados por todos os colaboradores da FST.

3.1.3. Atendimento e Aconselhamento

Graças ao planeamento adequado do meu estágio e confiança por parte da equipa, tive a oportunidade de contactar desde cedo com o atendimento ao público, cenário onde, geralmente, se pratica a maioria do aconselhamento. A FST dispõe de métodos facilitadores do fluxo de atendimento, como por exemplo a dispensa por *robot* e a organização dos restantes medicamentos em prateleiras numeradas e identificadas no sistema eletrónico para rápida consulta. Também durante a medição de parâmetros bioquímicos foi-me possível colocar os meus conhecimentos em prática diretamente com o paciente, em ambiente mais íntimo de consultório.

No decorrer da minha experiência, concluí que o aconselhamento do farmacêutico não abrange apenas a área da saúde, mas também o domínio pessoal e social. Muitas vezes o utente consulta a farmácia com o intuito de conversar com o seu farmacêutico acerca dos seus

receios e preocupações. Assim, considero o atendimento e o aconselhamento personalizado, aliados à especialidade no ciclo do medicamento, como fatores de distinção entre o farmacêutico e os restantes profissionais de saúde.

Enquanto face mais visível do farmacêutico comunitário, considero estes dois parâmetros como pontos-chave de aprendizagem e desenvolvimento de competências farmacoterapêuticas, onde a prática e a experiência alicerçam a agilidade do processo.

3.1.4. Serviços e Acompanhamento farmacoterapêutico

As farmácias são, cada vez mais, um local de “intervenção em áreas onde os serviços públicos de saúde apresentam uma resposta mais deficitária ou distante” ⁽⁶⁾. A FST dispõe de uma gama de cuidados farmacêuticos com o objetivo de dinamizar a prevenção da doença e a promoção de saúde junto dos seus utentes. Destacam-se consultas de podologia e de nutrição, avaliação de parâmetros bioquímicos, fisiológicos e físicos (colesterol total, glicémia, pressão arterial, índice de massa corporal), mais recentemente testes rápido de antigénio COVID-19, testes serológicos de deteção de anticorpos COVID-19 e administração de injetáveis. Estes serviços, por sua vez, são de extrema importância para a prevenção e deteção de doenças e acompanhamento de doentes crónicos.

Apesar de considerar que as medições correspondem a técnicas com alguma facilidade de execução, é de salientar que, quando realizadas na farmácia, primam pela qualidade e rigor técnico-científico acompanhados de aconselhamento e diagnóstico por um profissional de saúde devidamente capacitado – o farmacêutico.

3.1.5. Preparação Individualizada da Medicação (PIM)

Um dos serviços realizados na FST que me despertou o interesse corresponde à PIM, para utentes que o solicitem. Consiste, por sua vez, na distribuição da medicação em caixas dispensadoras ou saquetas individuais, permitindo ao farmacêutico proceder à organização da medicação do utente a fim de o auxiliar na gestão da medicação ⁽⁷⁾. A FST dispõe de um método robotizado *ATDPS DEN* disposto por *canisters* pré-padronizados com o fármaco, supervisionado pela farmacêutica Dra. Beatriz Grilo que, por sua vez, recebeu formação adequada para prestar o serviço. Com o auxílio dos programas informáticos *Ti-dose*, *SLS*, *On-cube* e *ATDPS*, o equipamento automaticamente distribui a medicação pela saqueta correspondente, de acordo com o plano terapêutico do utente. No **Anexo I** poderão ser consultados registos fotográficos do equipamento *ATDPS DEN* bem como da execução de tarefas de PIM.

A minha experiência com este serviço foi limitada, visto que o número de utentes beneficiários ainda é diminuto. No entanto, considero um método de elevada importância para a estimulação do uso correto, seguro e efetivo do medicamento, contribuindo para mitigação da não adesão não intencional, especialmente na população idosa com maior fragilidade.

3.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)

3.2.1. Escassez de formações presenciais

Os delegados de informação médica visitam as farmácias com o intuito de apresentar e promover os produtos de saúde dos laboratórios com que colaboram, promovendo uma maior segurança no aconselhamento dos seus produtos, por parte do farmacêutico.

Através de uma grande agilização de colaboradores da FST, foi-me possível assistir a duas formações *online*. Considero que contribuiu bastante para o meu conhecimento nos produtos abordados, dada a competência dos delegados em ministrar este tipo de formações. Para além disso, pude esclarecer todas as dúvidas que tinha acerca dos produtos referidos.

Devido à atual situação pandémica que atravessamos, a FST não recebeu formações presenciais de delegados, o que considero ter constituído uma lacuna na minha aprendizagem, pelo que atribuo este aspeto a um ponto fraco do meu estágio.

3.2.2. Lacuna de conhecimentos teóricos

A componente teórica lecionada em MICF é bastante abrangente, primando pela formação do aluno nas mais diversas áreas de atuação do farmacêutico. Todavia, dada a sua carga e extensão, existem algumas lacunas que se tornam mais evidentes na componente prática. Durante o estágio em farmácia comunitária, percecionei grande dificuldade na articulação de conhecimentos relativamente a Produtos de Uso Veterinário e de Dermofarmácia e Cosmética. A meu ver, a formação teórica que dispomos nestes dois ramos de extrema importância na farmácia comunitária não é tão dirigida ao aconselhamento farmacêutico em si, pelo que considero um ponto fraco relativamente ao meu desempenho durante o estágio, impactando consequentemente nas minhas competências técnico-científicas futuras. Em contrapartida, possuímos uma formação teórica bastante completa nas áreas de farmacologia e farmacoterapia.

O esforço de toda a equipa da FST no esclarecimento de todas as dúvidas relativamente a estas duas temáticas colmatou, de facto, a falta de conhecimentos originária da componente teórica.

3.2.3. Nome comercial vs. Denominação Comum Internacional (DCI)

O nome comercial é desenvolvido pela empresa que solicita aprovação do medicamento como forma de o identificar como propriedade dessa mesma empresa. Em muitos casos, o nome comercial em nada tem a ver com a Denominação Comum Internacional (DCI) desse medicamento.

Dado que não me encontrava familiarizado com nomes comerciais, senti grande dificuldade quando confrontado com este aspeto, o que atravancava o meu processo de atendimento. Em contrapartida, os medicamentos genéricos possuem a designação do princípio ativo, processo que facilita a articulação de conhecimentos teóricos e a agilidade do processo de atendimento.

A prescrição de medicamentos é, neste momento, feita por DCI, centralizando a prescrição médica na escolha farmacológica, e dando a liberdade ao utente para optar por qualquer medicamento com a mesma DCI, forma farmacêutica, dosagem e tamanho da embalagem ⁽⁸⁾. No entanto, alguns utentes consideram os medicamentos com nome comercial como “medicamentos de marca”, levando a alguma apreensão na aquisição de medicamentos genéricos.

Apesar da negatividade da discrepância entre designações, este último aspeto mencionado permitiu-me explicar as diferenças e, sobretudo, as semelhanças entre “medicamento de marca” e “medicamento genérico” aos utentes, a fim de fomentar a sua literacia em saúde.

3.3. Oportunidades (*Opportunities*)

3.3.1. Contacto com a realidade do setor

São vários os benefícios que o estagiário auferir do seu estágio, dos quais se destacam o alargamento da sua rede de contactos, a participação ativa nos vários setores de atuação, a aquisição de competências (sociais, profissionais, técnicas e de comunicação), a perceção do que realmente quer fazer no futuro e a cimentação dos conhecimentos teóricos.

A FST abriu-me os horizontes no que toca à realidade atual da Farmácia Comunitária, dado que me permitiu participar, na primeira pessoa, na maioria das atividades realizadas, desde o *back office* ao atendimento, passando pela gestão e organização da farmácia. Através do meu estágio, apercebi-me de que uma farmácia é muito mais do que um local de dispensa de medicamentos, sendo que existe toda uma componente logística e de gestão que culmina na dispensa correta, a tempo e nas melhores condições possíveis do medicamento ao utente.

Foi-me também possível experienciar atividades ligadas aos armazéns, como a receção de encomendas e a gestão de devoluções, e de *back office*, como a gestão de *stocks*, de prazos de validade e de medicamentos psicotrópicos.

3.3.2. Aplicação e consolidação dos conhecimentos técnico-científicos

Apesar de considerar que existem lacunas em determinadas bases acima mencionadas, tenho em conta que a componente prática, nomeadamente o estágio curricular, é peça-chave para a fundação e fortalecimento dos conhecimentos adquiridos na componente teórica. Aquando do meu estágio, fui confrontado com situações em que teria de aplicar conhecimentos que supunha já estarem por mim menos presentes. No entanto, devido a este contexto prático, é-nos possível entender o verdadeiro impacto real do contexto teórico, e como a experiência no atendimento nos permite consolidar tais noções. Considero, assim, uma oportunidade no meu estágio pelo facto de cimentar os meus conhecimentos úteis para a minha competência profissional.

O facto de ter concluído a etapa teórica recentemente permitiu-me, ainda, contribuir com conhecimentos atuais para diversas decisões da equipa técnica da FST. Explorei também, no decorrer do meu estágio, várias áreas para as quais detinha menor conhecimento, particularmente a área da veterinária, ortopédica e dermofarmácia, dado o leque de produtos disponibilizados pela FST bem como a vasta competência da equipa em aconselhar estes produtos.

3.4. Ameaças (*Threats*)

3.4.1. Locais de Venda de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM)

A existência de locais de dispensa de MNSRM, embora contribuia para um maior acesso da população aos medicamentos, constitui uma verdadeira ameaça à viabilidade económica das farmácias e ao uso apropriado do medicamento, visto que são locais que não requerem profissionais competentes na área da farmacoterapia. Na sua maioria, estes locais pertencem a grandes superfícies comerciais que efetuam grandes volumes de compras comparativamente às farmácias, pelo que o Preço de Venda ao Público é substancialmente reduzido. Para além disso, não possuem de qualquer critério técnico-científico na dispensa destes medicamentos, promovendo uma toma desregulada e irresponsável com impactos futuros na saúde do utente.

No decorrer do meu estágio, e em diversas situações, esta ameaça foi percecionada na preferência dos utentes em adquirir determinados produtos nesses locais de venda de

MNSRM, devido à maior facilidade de aquisição e à acessibilidade de preço. Alguns destes utentes, aquando do correto aconselhamento sobre a toma segura do medicamento, mencionavam que já tomavam o medicamento sem quaisquer restrições e que, por isso, não era uma das suas preocupações.

Considero que, com a estimulação da confiança do utente no aconselhamento na farmácia, este problema possa ser mimetizado pela preferência do utente em adquirir o produto junto do seu farmacêutico.

3.4.2. Medicamentos esgotados

Uma ameaça com que me deparei no decorrer do meu estágio foi a existência de medicamentos esgotados, nomeadamente Cosopt[®] unidoses e Diazepam[®] 10 mg de diferentes laboratórios, o que causava deceção e revolta nos utentes e em toda a equipa técnica, onde me incluo, pelos esforços realizados na constante comunicação a armazenistas e laboratórios a fim de obter respostas para o problema apresentado.

Em diversos casos, era possível a substituição pelo medicamento em questão por outro do mesmo grupo homogéneo ou pelo seu genérico (ou vice-versa). Pese embora, a frustração do utente em não adquirir o medicamento desejado era, mesmo assim, visível.

Apesar das explicações exaustivas aos utentes que, por sua vez, viam a sua medicação chegar ao fim sem possibilidade de a renovar, a existência de medicamentos esgotados é um cenário que acaba por contribuir para a deterioração da relação do utente com a farmácia, onde era nítida a impossibilidade da equipa agir perante uma adversidade nacional. Sendo assim, considero como uma ameaça do meu estágio visto que nos impedia, indiretamente, de contribuir para o bem-estar e saúde do utente.

3.4.3. Receitas Manuais

Uma prescrição manual é apenas permitida em situações excecionais de falência informática, inadaptação fundamentada do prescriptor, prescrição no domicílio e até 40 receitas por mês. Ainda que em pequena quantidade, senti na sua maioria dificuldade em interpretar o que está escrito pelo prescriptor. Deste modo, considero que representa uma ameaça na medida em que a dispensa do medicamento errado por imprecisão na leitura poderá colocar em risco a saúde do utente.

4. Considerações Finais

O estágio curricular em farmácia comunitária retrata a etapa final do plano curricular de MICF. Este constitui um ponto vital na formação académica do aluno finalista, tanto por permitir articular a vertente teórica à vertente prática como também por possibilitar o contacto com a realidade desta área de atuação farmacêutica com maior visibilidade na comunidade. Desta feita, o aluno é estimulado a participar e a adquirir competências nas várias atividades de prestação de serviços de saúde levadas a cabo pelo farmacêutico comunitário, na farmácia.

Em relação à minha experiência na FST, considero que o estágio se desenrolou de acordo com o melhor planeamento possível, o que me permitiu abraçar os novos desafios que me eram propostos com toda a confiança e motivação. A ampla variedade de produtos e serviços de saúde bem como de utentes na FST contribuiu para que o meu processo de aprendizagem fosse bastante enriquecedor, dando-me a oportunidade de cimentar conhecimentos e adquirir novas competências técnico-científicas, profissionais e, não menos importantes, pessoais.

Por trás de um grande trabalho, está uma grande equipa. E nenhuma frase descreveria melhor todo o funcionamento da FST. Aqui, integrei uma equipa unida, competente, resiliente e extremamente acolhedora, sempre disponível para me guiar e instruir. Se sei como é ser um excelente profissional, é graças a esta equipa. Posto isto, apenas me resta deixar uma palavra de apreço a todos os colaboradores da FST por toda a responsabilidade, conhecimentos, maturidade e crescimento pessoal que me inculcaram. Também aos utentes, principalmente aos utentes fidelizados, pela confiança e paciência demonstrada no meu trabalho.

Em jeito de conclusão, considerei o estágio curricular na FST bastante positivo e proveitoso. Para além de ter adquirido competências e valências que irão certamente ser extremamente úteis no meu futuro profissional, compreendi a realidade da atividade farmacêutica e a grande importância do farmacêutico comunitário na sociedade e no sistema de saúde.

5. Referências

1. **Ser farmacêutico em Portugal - Há + Vida** - [Consult. 23 jun. 2021]. Disponível em: <https://hamaisvida.pt/ser-farmacutico-em-portugal/>
2. **A Farmácia Comunitária - Farmácia Comunitária - Áreas Profissionais - Ordem dos Farmacêuticos** - [Consult. 23 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
3. **A Farmácia Comunitária - Farmácia Comunitária - Áreas Profissionais - Ordem dos Farmacêuticos** - [Consult. 23 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>
4. **Farmácia Comunitária - Referenciais da Qualidade - Qualidade - Serviços - Ordem dos Farmacêuticos** - [Consult. 23 jun. 2021]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/servicos/qualidade/referenciais-da-qualidade/farmacia-comunitaria/>
5. FACULDADE DE FARMÁCIA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA. – Normas Orientadoras do Estágio Curricular. (2021).
6. **Serviços farmacêuticos nas farmácias - Roteiro dos farmacêuticos** – [Consult. 23 jun. 2021]. Disponível em: <http://www.roteirosfarmaceuticos.pt/pt/temas/servicos-farmacuticos-nas-farmacias/>
7. **ORDEM DOS FARMACÊUTICOS** - Norma Geral de Preparação Individualizada de Medicação. 30-NGE-00-010–02 (2018) 1–21.
8. **RÉPUBLICA PORTUGUESA; INFARMED I.P.** - Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde. 3. 2014) 1–23.
9. ROCHA, Natividade; SELORES, Manuela - Dermatite das fraldas. **Nascer e Crescer**. ISSN 08720754. 13:3 (2004) 206–214.
10. **Halibut Muda Fraldas - Halibut** - [Consult. 17 jul. 2021]. Disponível em: <https://halibut.pt/produtos/halibut-muda-fraldas>
11. ROSMANINHO, Isabel; MOREIRA, Ana; MOREIRA DA SILVA, José Pedro – Dermatite de contacto: revisão da literatura. **Revista Portuguesa de Imunoalergologia**. 24:4 (2016) 197-209.

12. INFARMED, I.P. – **Resumo das Características do Medicamento – Pandermil®** – atual. 2018. [Consult. 25 jun. 2021]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
13. **S.O.S Pelle Creme** - [Consult. 18 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/catalogo/index.php/catalog/product/view/id/445550/s/s-o-s-pelle/category/33/>
14. INFARMED, I.P. – **Resumo das Características do Medicamento – Laevolac®** – 2013. [Consult. 26 jun. 2021]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
15. DEUS, João Ramos; RAMA, Nuno - Hemorrhoidal Disease - Guidelines. **Revista Portuguesa De Coloproctologia**. 2020).
16. **NeoFitoroid Biopomada - Aboca** - [Consult. 18 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.aboca.com/pt-pt/produto/neofitoroid-biopomada-2/>
17. INFARMED, I.P. – **Resumo das Características do Medicamento – Daflon 1000®** – atual. 2020. [Consult. 26 jun. 2021]. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

ANEXOS

Anexo I. Registos fotográficos do equipamento *ATDPS DEN*, dos programas informáticos necessários à sua exequibilidade e da PIM. O equipamento está situado na Farmácia Santa Cristina (Condeixa-a-Nova) e é maioritariamente operado pela farmacêutica Dra. Beatriz Grilo.



Figura 1. Equipamento **ATDPS DEN** (*Automatic Tablet Dispensing & Packaging System*) instalado em divisão própria e climatizada, na Farmácia Santa Cristina.



Figura 2. Diferentes *canisters* padronizados consoante a maior afluência de medicamentos tomados pelos utentes que beneficiam do serviço de PIM.



Figura 3. Sistema informático manuseado pela farmacêutica Beatriz Grilo. O tabuleiro que se apresenta na figura destina-se à colocação manual dos medicamentos não padronizados em *canisters*. A colocação manual dos comprimidos no tabuleiro é, mesmo assim, auxiliada pelo sistema informático, que indica a quantidade de comprimidos a colocar e o respetivo alvéolo.



Figura 4. Exemplo de uma saqueta correspondente ao pequeno-almoço de segunda-feira, dia 05-04-2021 de uma utente que beneficia do serviço de PIM. Esta saqueta é parte integrante de um rolo de PIM bi-semanal. O nome da utente foi ocultado por questões de privacidade.

Anexo II. Desfrição de três Casos Práticos com os quais me deparei aquando do meu período de estágio na FST.

Caso 1: O utente A vem à farmácia com o seu bebé de 15 meses, que se queixa estar com assadura da fralda, tornando-se bastante incomodativa para o bebé.

Em primeiro lugar, questionei o utente quanto às dejeções do bebé (maior frequência, consistência líquida, cor alterada), pelo que o mesmo me afirmou que o seu bebé não se encontrava de momento com diarreia. Questionei, então, acerca da observação visual do eritema e da sua extensão, pelo que me respondeu que a zona perianal coberta pela fralda se encontra avermelhada e irritada, sem a presença de borbulhas. Pela descrição dos sintomas, apercebi-me de que não estaríamos perante uma dermatite provocada pelo fungo *Candida albicans* (candidíase), visto não apresentar eritema vermelho-vivo acompanhado de descamação periférica ou pústulas satélites, mas sim de um caso típico de eritema da fralda ⁽⁹⁾.

Deste modo, tranquilizei o utente explicando que é uma condição bastante frequente e de fácil resolução. Assim, aconselhei à muda mais frequente da fralda, de modo a evitar o contacto prolongado da urina e das fezes com a pele do bebé, por sua vez mais sensível. Ao limpar a zona afetada, evitar o uso de toalhetes e pó de talco, optando por compressas em não tecido com HALIBUT Muda Fraldas® Linimento. Este produto ajuda a prevenir a irritação e a manter uma higiene adequada, para além de possuir um efeito protetor da pele do bebé por ser semelhante ao filme lipídico da pele ⁽¹⁰⁾. A zona afetada e as pregas devem ficar sempre bem limpas e secas. Para prevenir o aparecimento de eritema da fralda, aconselhei a aplicação de HALIBUT Muda Fraldas® Creme Protetor por possuir ação calmante e hidratante.

Caso 2: A utente B, de idade situada entre os 40 e os 45 anos, solicita aconselhamento farmacêutico acerca da vermelhidão, irritação e prurido que sentia no antebraço direito. Alega, também, que nesse dia de manhã tinha estado no seu quintal a apanhar umas ervas, e só após o almoço sentiu rubor intenso e prurido, que por sua vez piorava com o calor e com a exposição solar.

Após a descrição dos sintomas e a visualização da zona afetada, percebi que se tratava de uma Dermatite de Contacto irritativa, mais especificamente uma fitodermatose. Isto porque a aparência clínica era consistente com o diagnóstico, o agente irritante (planta) estava presente, a distribuição da dermatite de contacto e a relação temporal entre sintomas e contacto com o agente irritante era coerente com o diagnóstico ⁽¹¹⁾.

Como medidas não farmacológicas iniciais, recomendei a evicção imediata do agente irritante e a lavagem abundante com água corrente após exposição, pelo que a utente garantiu que já teria procedido a estas indicações. De seguida, e como tratamento sintomático de primeira linha, recomendei a corticoterapia. Como a lesão era aguda, pouco extensa, exsudativa e a pele se encontrava íntegra, recomendei corticoterapia tópica na forma de creme, mais especificamente Padermil® 10 mg/g Creme, com aplicação 1 vez à noite (devido ao menor contacto com o sol), durante 5 a 7 dias. Em caso de sensibilização (sensação de queimadura, irritação, secura) recomenda-se a suspensão da sua aplicação ⁽¹²⁾. Para o alívio da vermelhidão e do prurido durante o dia, recomendei a aplicação de S.O.S Pelle Creme várias vezes ao dia, que corresponde a uma formulação à base de agentes naturais que auxilia no alívio das irritações e do prurido na pele, gerados por queimaduras, alergias, picadas de inseto, entre outras. Possui ação suavizante, anti-irritativa e estimula a síntese de colagénio ⁽¹³⁾. A fim de aliviar o prurido mais intenso, recomendei a toma de Cetirizina oral, pelo que a utente rejeitou, preferindo ficar-se pelos produtos tópicos.

Alertei a utente para consultar o médico se os sintomas não melhorarem dentro de uma semana. No entanto, passados 5 dias da intervenção, a utente B dirige-se à farmácia para dispensar uma das suas receitas, afirmando que o tratamento foi eficaz e que a dermatite de contacto desapareceu totalmente.

Caso 3: O utente C, de aproximadamente 60 anos, aquando da dispensa dos seus medicamentos crónicos, queixa-se que tem andado com crises hemorroidárias algo desconfortantes, e que isso lhe prejudicava as tarefas do dia-a-dia, inclusive as dejeções, que têm sido menos regulares ultimamente.

Em primeiro lugar, tentei perceber as causas da possível obstipação do utente, pelo que concluí que pode ter origem no distúrbio hemorroidário (tem estado mais parado, ignora a vontade de defecar devido ao desconforto, não tem feito uma alimentação tão equilibrada e tem-se sentido mais ansioso).

De seguida, perguntei ao utente se fazia algum laxante, pelo que a resposta foi negativa. Sendo assim, recomendei um laxante osmótico, Laevolac® 666,7 mg/ml em xarope, que contribuem para a retenção de água no lúmen intestinal, amolecendo as fezes e aumentando o seu volume, diminuindo a dor e facilitando a evacuação. A posologia recomendada foi de 30 ml antes do pequeno-almoço e 30 ml antes do almoço, respetivamente diluídos em água ⁽¹⁴⁾. Contudo, expliquei ao utente que estes laxantes não provocam um alívio instantâneo da

obstipação, sendo os seus efeitos perceptíveis após alguns dias de uso, mas que no entanto são os mais recomendados na presença de hemorróidas.

Em relação ao distúrbio hemorroidário, conclui que a severidade e duração dos sintomas afetavam a qualidade de vida do utente. Desta forma, recomendei medidas não farmacológicas, como o aumento da ingestão de fluidos e alimentos ricos e fibras. Alguns alimentos contendo muitos condimentos, picantes, hidratos de carbono e álcool devem ser evitados ⁽¹⁵⁾. Recomendei, também, a realização de banhos de assento com água tépida várias vezes ao dia, bem como a aplicação de água fria ou gelo em situação de crise aguda. A realização de exercício físico é, também, aconselhada. Como medidas farmacológicas, apresentei ao utente NeoFitoroid[®] Biopomada, que é um produto natural à base de helydol, aloé, azevinho e óleos vegetais, com ação lenitiva e protetora da mucosa anorretal, auxiliando na prevenção da dor, ardor, prurido, irritação e inflamação presentes em distúrbios hemorroidários. Possui uma ação barreira mucoadesiva, lubrificante e antioxidante ⁽¹⁶⁾. Como complemento, indiquei a toma de venotrópicos, como o Daflon[®] 1000 mg (composto por bioflavonóides) que por sua vez contribui para o reforço da parede venosa pela diminuição da distensibilidade e diminuição do risco de prolapso hemorroidário. Como o utente se encontrava numa situação de crise, foi recomendado a toma de 1 comprimido três vezes ao dia durante os primeiros 4 dias, passando a 1 comprimido 2 vezes ao dia durante os restantes 3 dias, mantendo de seguida uma dose de manutenção de 1 comprimido por dia ⁽¹⁷⁾.

Parte II

Relatório de Estágio em Consultoria de Qualidade

LEF – Laboratório de Estudos Farmacêuticos

Lista de Siglas e Abreviaturas

Consultoria Consultoria em Qualidade

GACP Boas Práticas de Agricultura e Colheita

GDP Boas Práticas de Distribuição

GGQ Gestão e Garantia de Qualidade

GMP Boas Práticas de Fabrico

LEF Laboratório de Estudos Farmacêuticos

MICF Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas

PDE *Permitted Daily Exposure*

QA&SHE Garantia de Qualidade, Segurança e Ambiente

SOP *Standard Operating Procedures*

SWOT *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

I. Introdução

A Indústria Farmacêutica está associada a um leque de atividades que vão desde a investigação e desenvolvimento até à produção em massa de medicamentos, por sua vez contribuindo para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população. Todas estas atividades requerem a supervisão farmacêutica, a fim de providenciar o conhecimento técnico-científico necessário à produção de medicamentos com a qualidade exigida e de acordo com as Boas Práticas de Fabrico ⁽¹⁾.

De modo a fazer face à maior procura de medicamentos e com a qualidade exigida, a indústria farmacêutica permitiu a descentralização da produção de medicamentos das farmácias de oficina, o que contribuiu para uma maior cobertura da atividade farmacêutica por diversas áreas de ação. Atualmente, o farmacêutico é um profissional multidisciplinar habilitado a exercer a sua atividade em todo o circuito do medicamento.

Por sua vez, existem várias empresas que prestam serviços à indústria farmacêutica nos mais variados ramos, como o desenvolvimento analítico, os assuntos regulamentares, análises e controlo de qualidade, consultoria em qualidade, entre outros, como é o caso do Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEF) ⁽²⁾.

A Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra providencia aos estudantes do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas (MICF) a oportunidade em realizar um estágio curricular numa área de atividade farmacêutica, paralelamente ao estágio obrigatório em Farmácia Comunitária, conforme descrita conforme a Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho de 20 de Novembro de 2013 (Art.º 44º, n.º 2) ⁽³⁾. Sendo assim, foi minha opção realizar este estágio no setor da Indústria Farmacêutica.

O presente relatório assenta numa análise crítica de *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats* (SWOT) a fim de explorar os Pontos Fortes (*Strengths*) e os Pontos Fracos (*Weaknesses*), bem como as Oportunidades (*Opportunities*) e Ameaças (*Threats*) com que me deparei no decorrer do meu Estágio Curricular realizado no LEF, especificamente no departamento de Consultoria em Qualidade (Consultoria). Este, por sua vez, teve início a 3 de maio e término a 30 de julho.

2. O LEF

O LEF, fundado no ano de 1992, é uma empresa sediada em Barcarena (Oeiras) que se dedica ao desenvolvimento de produtos, ao desenvolvimento e validação de métodos

analíticos, bem como à produção sob contrato e à prestação de serviços de análises de controlo de qualidade ⁽⁴⁾. É sua missão prover serviços de alta qualidade a fim de garantir as necessidades dos clientes, através de uma equipa inovadora e multidisciplinar capaz de assegurar as competências necessárias ao LEF, tendo sempre em conta os seus objetivos ambientais.

A Qualidade tem um grande impacto na atividade da instituição. Deste modo, o LEF implementou os Sistemas de Garantia da Qualidade UE-BPF (Boas Práticas de Fabrico), possuindo certificação desde 1998, e ISO 14001 (Sistema de Gestão Ambiental), por sua vez certificado desde 2010 ⁽⁵⁾. Esta aposta constante na regulamentação, inovação, rigor e proteção ambiental permite ao LEF manter a sua posição como uma referência a nível nacional bem como consolidar a sua afirmação a nível internacional.

A Qualidade é composta por diferentes áreas, por sua vez designadas de departamentos (Garantia de Qualidade, Desenvolvimento Farmacêutico e Produção, Assuntos Regulamentares, Desenvolvimento Analítico e Validação, Controlo de Qualidade e Estabilidades, Apoio às Farmácias e Consultoria em Qualidade). É função da QA&SHE (Garantia de Qualidade, Segurança e Ambiente) assegurar que o Sistema de Qualidade é cumprido e funciona sem erros na realização das funções de cada departamento. Deste modo, é fundamental que todos os departamentos sejam conhecedores dos procedimentos gerais da Qualidade e possam assim cumprir os requisitos no âmbito do Sistema de Qualidade, tendo sempre como mote principal o rigor e qualidade inerentes a toda a estrutura do LEF.

2.1. O Departamento de Consultoria e o Estágio

O departamento de Consultoria, envolto na área da QA&SHE, tem como principal objetivo fornecer aos clientes serviços de consultoria que constituam um suporte à implementação e gestão de serviços de gestão da qualidade. Dentro destes serviços, destacam-se o suporte na implementação de processos de validação de limpeza, com a elaboração de relatórios de determinação de *Permitted Daily Exposure* (PDE) e a análise de risco de impurezas elementares e nitrosaminas.

Para além disso, a Consultoria participa também na elaboração de programas de formação, na preparação para inspeções e auditorias de autoridades reguladoras e de clientes bem como na garantia de serviços de suporte aos pedidos de autorização de cultivo, fabrico, importação e exportação de substâncias e preparações à base da planta canábica.

A equipa do departamento de Consultoria é, por sua vez, liderada pelo farmacêutico Dr. Fábio Teles (*Manager*) e complementada pelas farmacêuticas colaboradoras Dra. Joana Vindeirinho e Dra. Catarina Serra. As funções de cada elemento na equipa são bem estabelecidas e a distribuição de tarefas é organizada diariamente de modo a otimizar a entrega da documentação ao cliente com o maior rigor científico e no prazo previsto.

O meu estágio deu-se inicialmente pela leitura e análise de vários documentos, procedimentos, *guidelines* e artigos que abordam temas inerentes à área de qualidade, mais especificamente ao departamento de Consultoria. Assim, foi-me possível adquirir novos conceitos, abordagens e valências relativamente aos temas analisados, fator crucial para uma melhor preparação para iniciar as tarefas definidas no Plano de Estágio. Seguidamente, desenvolvi tarefas de auxílio aos projetos em vigor na Consultoria, como por exemplo a pesquisa bibliográfica de identificação, toxicidade, indicação terapêutica, aspetos farmacocinéticos e farmacodinâmicos de canabinóides secundários para elaboração de relatórios de Determinação de PDE e a elaboração de *Standard Operating Procedures (SOP)*, em português Procedimentos Operativos Normalizados, para empresas dedicadas ao cultivo e processamento pós-colheita da planta de canábis. Adicionalmente, participei em algumas formações e ações de sensibilização ministradas pelo LEF, bem como na elaboração do suporte digital de várias apresentações introdutórias do departamento de Consultoria, nomeadamente Apresentação da Consultoria em Qualidade, Apresentação de Impurezas Elementares e Apresentação de Nitrosaminas. Estes projetos supracitados têm a função de dar a conhecer os procedimentos e objetivos do departamento de Consultoria a novos colaboradores e estagiários.

3. Análise SWOT

A ferramenta de análise SWOT será a base do presente relatório, de acordo com o estipulado nas “Normas Orientadoras de Estágio de MICE”. Nesta análise, exploro os pontos fortes e os pontos fracos manifestados internamente bem como as oportunidades e as ameaças percebidos externamente, parâmetros estes que por sua vez se relacionaram diretamente com o meu desempenho durante o decorrer desta etapa. Irei, assim, proceder a uma reflexão crítica acerca do meu estágio no LEF, com menção aos conhecimentos que adquiri, às atividades que realizei e às observações e aspetos que considere pertinentes à prossecução ou ao condicionamento dos meus objetivos e competências ⁽⁶⁾.

3.1. Pontos Fortes (*Strenghts*)

3.1.1. Equipa Técnica, ambiente e integração

A integração pessoal e técnico-científica no departamento de Consultoria constituiu um ponto fulcral que marcou a etapa inicial do meu estágio. Tive a oportunidade de iniciar o estágio pelo contacto com diversos documentos que servem de base à Consultoria e também a toda a área da Qualidade, o que me permitiu deste modo inteirar-me de todo o funcionamento da Consultoria e iniciar as atividades em vigor de forma mais segura e confiante.

Complementarmente, incorporei uma equipa jovem, empreendedora, muito dinâmica e resiliente, que sempre pautou pela boa disposição, espírito de entre-ajuda e ótimo ambiente de trabalho. A equipa do departamento de Consultoria demonstrou ser muito competente e organizada no que toca às tarefas em vigor na Consultoria. As reuniões diárias constituíram um dos pontos positivos a nível organizacional e de relação pessoal, tendo a finalidade de discutir as novidades do departamento e o planeamento de projetos, procedendo à distribuição de tarefas de forma minuciosa de modo a maximizar o rendimento. Aqui, todos os colaboradores davam o seu parecer relativamente aos assuntos tratados, originando assim discussões saudáveis e necessárias ao pleno funcionamento do departamento.

Desta feita, considero que o bom ambiente de trabalho e a competência da equipa do departamento de Consultoria constituiu um dos principais pontos fortes do meu estágio, desde o processo de adaptação até à realização mais independente de tarefas, o que me permitiu aproveitar ao máximo todas as aprendizagens e todos os projetos que me foram propostos.

3.1.2. Relevância de Funções

As atividades mais relevantes que realizei no departamento de Consultoria foram:

- a. Pesquisa de informação bibliográfica necessária à realização de Relatórios de Determinação de PDE relativamente aos canabinóides secundários Tetrahydrocannabinol e Canabigerol. Através desta pesquisa, é possível caracterizar quimicamente o composto em questão, bem como fornecer dados de toxicidade úteis ao cálculo do PDE, que por sua vez corresponde a um limite de exposição que garante um nível aceitável e seguro de contaminação cruzada em instalações partilhadas, sendo necessário para a implementação de limites de limpeza que irão garantir a segurança dos doentes expostos a APIs residuais.

- b. Elaboração de SOP no ramo do Sistema de Gestão da Qualidade para atividades de cultivo e processamento pós-colheita de canábis medicinal no âmbito das Boas Práticas de Agricultura e Colheita (GACP). O SOP, sendo um procedimento específico que descreve as atividades e passos necessários a uma dada operação de acordo com regulamentos e normas legais e de qualidade, é de extrema relevância à realização dessa operação a que se destina. Deste modo, a indústria farmacêutica guia-se pelo SOP para realizar as suas atividades de acordo com as normas em vigor, com os requisitos legais e com a máxima qualidade exigida.
- c. Elaboração de documentação de suporte à realização de formações internas a novos estagiários e a colaboradores sobre temas inerentes ao departamento de Consultoria. Como parte do processo de integração, é fundamental este tipo de abordagens de modo a que novos colaboradores fiquem a conhecer a missão, *modus operandi* e principais temas abordados pelo departamento de Consultoria.

Em jeito de conclusão, considero que todos os projetos em que me envolvi no departamento de Consultoria possuíam a sua relevância bem estabelecida no seio da Indústria Farmacêutica ou da própria empresa, o que por sua vez serviu de motivação para a sua realização com o máximo empenho e responsabilidade.

3.1.3. Contacto com várias empresas

O LEF, como entidade que presta serviços à Indústria Farmacêutica, contacta diariamente com vários clientes, tanto a nível nacional como internacional. Considero, assim, um ponto forte do meu estágio o facto de ter percecionado a realidade de várias empresas, principalmente de cultivo e processamento pós-colheita de canábis medicinal, o que me permitiu ter uma visão holística das diferentes atividades realizadas neste âmbito.

3.1.4. Autonomia e responsabilidade na realização de tarefas da Consultoria

Durante o meu estágio, fui desafiado e motivado a realizar as tarefas de forma independente, com o apoio constante por parte da equipa. Embora sentisse essa responsabilidade, foi-me sempre prestado auxílio durante a realização das mesmas. Aquando da finalização de determinada atividade, esta seguia para revisão pelo *manager* Dr. Fábio Teles, o qual procedia à sua análise, correção e explicação dos conceitos em que sentisse maior dificuldade. Deste modo, considero que a autonomia e a responsabilidade foram motes que me foram inculcados com o objetivo de melhorar a minha *performance* pessoal e profissional ao longo do estágio, pelo que reconheço a vantagem de ter explorado e desenvolvido estas valências.

3.2. Pontos Fracos (*Weaknesses*)

3.2.1. Falta de conhecimentos para realizar as tarefas da Consultoria

Aquando da realização de determinadas tarefas em vigor no departamento de Consultoria, principalmente de SOP, senti alguma dificuldade em aplicar a minha autonomia devido à lacuna de conhecimentos no que toca aos processos atuais da indústria farmacêutica. Sendo assim, tive de me guiar por outros SOP recentes de outras empresas com atividades e objetivos semelhantes, pelo que me surgiam dúvidas acerca da viabilidade da informação para a empresa em questão, constituindo assim um ponto fraco no meu percurso.

No entanto, considero que o facto de existir informação limitada para a realização de determinados SOP mais específicos também se deve em grande parte à partilha pouco intensiva de informação necessária pela empresa em questão (seja na forma de Manuais, documentos ou até em reuniões presenciais). Isto, por sua vez, levava a que fosse inevitável deixar certos parâmetros em aberto no SOP, a aguardar pela confirmação ou pela partilha de mais informação relevante por parte da empresa cliente.

3.2.2. Projetos em vigor dependente de clientes da Consultoria e com diferentes prazos

Complementarmente, as atividades no departamento de Consultoria dependiam em grande parte de serviços para o qual o departamento era contratado. Durante o decorrer do estágio, integrei os projetos diários da equipa, que por sua vez dependiam das necessidades das empresas clientes que recorriam aos serviços de consultoria. Dado a discrepância de prazos de entrega aos vários clientes, por vezes era necessário iniciar projetos sem dispor de toda a informação necessária. Isto levava a que muitos procedimentos ficassem inacabados ou com anotações para terminar, remetendo em parte para o assunto retratado no tópico 3.2.1..

No entanto, graças à exímia capacidade de gestão da equipa da Consultoria, era possível dividir as horas semanais entre projetos mais urgentes e menos urgentes, o que nos permitia uma gestão otimizada de planeamento de projetos *versus* tempo para a realização e entrega dos mesmos.

Em suma, considero que o trabalho de equipa e a capacidade organizativa são fatores cruciais para fazer face à acumulação de projetos com discrepâncias de prazos de entrega.

3.3. Oportunidades (*Opportunities*)

3.3.1. Consecução de novas perspetivas a nível da atividade farmacêutica

A Farmácia Comunitária é, atualmente, a área mais visível de atuação farmacêutica. Pese embora, o papel do farmacêutico tem-se mostrado essencial em várias outras vertentes, como a Farmácia Hospitalar, a Indústria Farmacêutica, a Distribuição, entre outras ⁽⁷⁾. O MICF dá-nos a oportunidade de explorar estes diferentes setores pela realização de um segundo estágio, o que nos permite uma maior consideração relativamente ao leque de saídas profissionais.

A indústria farmacêutica é fundamental para o ciclo de vida do medicamento, permitindo que este chegue às farmácias e hospitais dentro das especificações de fabrico e com a máxima qualidade exigida. A inovação constante, a regulamentação exigida e a busca em satisfazer as exigências do mercado são condições que motivam ao crescimento da indústria farmacêutica e conseqüentemente dos seus colaboradores, tornando-se num desafio constante tanto pessoal como profissional.

Deste modo, considero que este estágio na indústria farmacêutica contribuiu para me alargar os horizontes acerca de uma das saídas profissionais de MICF, permitindo também o desenvolvimento de *skills*, competências e experiência extremamente úteis para o meu futuro enquanto farmacêutico.

3.3.2. Desenvolvimento de competências na área da Canábis Medicinal

O departamento da Consultoria trabalha diariamente com vários clientes que se dedicam ao fabrico de substâncias e preparações à base de plantas de canábis medicinal bem como ao seu cultivo e processamento pós-colheita e que requeiram serviços de consultoria. Adicionalmente, tive a oportunidade de assistir a duas formações sobre a canábis medicinal, sendo a primeira uma formação interna sobre a generalidade da canábis medicinal e a segunda um formação da *ECA Foundation* a nível de regulamentação GACP, GMP (Boas Práticas de Fabrico) e GDP (Boas Práticas de Distribuição) em vários países da Europa. Por ter tido contacto com legislação, bibliografia e procedimentos operativos, adquiri conhecimentos e competências, contribuindo para o meu interesse na área da canábis medicinal.

Por ser uma área de grande progressão terapêutica e por ser Portugal um país acessível ao cultivo *outdoor* e em estufa da planta de canábis, considero que ter desenvolvido valências nesta área constitui uma oportunidade de destaque no circuito da canábis medicinal.

3.4. Ameaças (Threats)

3.4.1. Formação teórica de Gestão e Garantia de Qualidade (GGQ)

Grande parte do trabalho que realizei no departamento de Consultoria enquadrou-se no plano da unidade curricular de GGQ, principalmente a análise e elaboração de SOP, pelo que necessitei de abordar alguns conceitos supostamente introduzidos em GGQ. No entanto, as noções transmitidas nesta unidade curricular demonstraram ser pouco direcionadas para a prática comum da indústria farmacêutica, dificultando a realização com rigor de tarefas de garantia de qualidade por parte de estagiários com pouca experiência no ramo.

Considero, assim, que há a necessidade de alterar a abordagem da componente teórico-prática da unidade curricular de GGQ, de modo a enaltecer a importância dos conceitos lecionados para a prática da garantia de qualidade e a fomentar o interesse da comunidade estudantil para esta área. É também a minha opinião que a componente teórica abordada em MICF é bastante importante não apenas para colocar o aluno a par das atividades da indústria mas também para este poder contribuir para as mesmas com conhecimentos recentes e inovadores.

Todavia, o estágio foi, de uma forma positiva, fundamental para me proporcionar uma visão mais focada e integrada da Qualidade e da sua integração num sistema de gestão da qualidade, contribuindo para a construção de uma posição mais fundamentada e sensata acerca de GGQ.

4. Considerações Finais

A Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra dispõe da oportunidade de integrar estágios curriculares em vários setores de atividade farmacêutica, permitindo ao aluno finalista aliar a sua formação teórica à prática curricular e, assim, expandir os seus conhecimentos e competências nas áreas farmacêuticas que considerar mais proveitosas para o seu futuro profissional. Considero, portanto, que esta vertente prática e de contacto direto com o setor é de extrema importância para o percurso estudantil, visto que, para além de todas as valências adquiridas, nos permite obter uma visão mais transparente e alargada da sua realidade, na primeira pessoa.

A oportunidade que considero mais proveitosa no meu estágio foi a possibilidade de trabalhar numa área farmacêutica em grande ascensão, como a canábis medicinal. O facto de ter integrado de perto projetos diretamente relacionados com a canábis medicinal fez-me aumentar o meu leque de conhecimentos e competências técnico-científicas, bem como

compreender a realidade prática e regulamentar das empresas dedicadas ao cultivo e processamento pós-colheita da planta em questão.

Complementarmente, o facto de integrar a rotina diária do departamento de Consultoria concedeu-me a oportunidade de perceber a realidade profissional de um departamento de consultoria bem como de várias empresas clientes com as quais estabelecemos contactos regulares.

O meu estágio no departamento de Consultoria do LEF, como primeiro contacto com a indústria farmacêutica, teve um balanço bastante positivo, considerando que contribuiu para a aquisição de valências e competências de grande utilidade para a minha evolução enquanto futuro farmacêutico, independentemente do setor que seguir. Aliado à vertente profissional, considero que a equipa da Consultoria teve também um papel crucial no meu progresso pessoal, pois sempre demonstrou elevado profissionalismo, rigor científico e um enorme espírito de entre-ajuda. Um dos principais pontos fortes foi o acompanhamento constante por parte da equipa de todas as atividades que me eram delegadas, contribuindo para uma melhor integração nos projetos e compreensão clara de conceitos que servem de base à Qualidade. Agradeço, deste modo, ao meu orientador Dr. Fábio, à Dra. Joana e à Dra. Catarina por todo o apoio prestado, pelo acolhimento fantástico e por me contemplarem diariamente com um extraordinário espírito de equipa e profissionalismo que tanto os caracteriza.

5. Referências

1. **Indústria Farmacêutica - Áreas Profissionais - Ordem dos Farmacêuticos** - [Consult. 6 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/industria-farmaceutica/>
2. **Missão – LEF** - [Consult. 6 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.lef.pt/pt/LEF/missao/Paginas/default.aspx>
3. Diretiva 2013/55/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de novembro de 2013 - Que altera a diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais e o Regulamento (EU) n.º 1024/2012 relativo à cooperação administrativa através do Sistema de Informação do Mercado Interno. Jornal Oficial da União Europeia, L354/157.
4. **Quem Somos - LEF** - [Consult. 8 ago. 2021]. Disponível em: https://www.lef.pt/pt/LEF/quem_somos/Paginas/default.aspx
5. **Qualidade - LEF** - [Consult. 14 ago. 2021]. Disponível em: <https://www.lef.pt/pt/Qualidade/Paginas/Qualidade.aspx>
6. Decreto-Lei n.º 288/2001 de 10 de novembro de 2001 do Ministério da Saúde, Diário da República, 1.ª Série, no 261.

Parte III

Monografia

“Desprescrição no doente idoso: o que é pedido ao farmacêutico?”

Lista de Siglas e Abreviaturas

ADO Antidiabéticos Oraís

AINE Anti-Inflamatório Não Esteroide

BDZ Benzodiazepinas

EMPOWERMENT *Eliminating Medications Through Patient Ownership of End Results*

HbA1c Hemoglobina Glicada

HMR *Home Medicines Review*

IBP Inibidor da Bomba de Protões

MAI *Medication Appropriateness Index* (Índice de Adequação da Medicação)

OMS Organização Mundial de Saúde

PIM *Potentially Inappropriate Medication* (Medicamento Potencialmente Inapropriado)

PIP *Potentially Inappropriate Prescription* (Prescrição Potencialmente Inapropriada)

QUM *Quality Use of Medicines*

RAM Reações Adversas ao Medicamento

SIADH *Syndrome of Inappropriate Antidiuretic Hormone Secretion* (Síndrome da Secreção Inapropriada da Hormona Antidiurética)

SNS Sistema Nacional de Saúde

SSRIs *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* (Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina)

STOPP/START *Screening Tool of Older Person's Prescriptions; Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*

STRIP *Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing*

TFG Taxa de Filtração Glomerular

Resumo

A polimedicação é geralmente associada à toma crónica de 5 ou mais medicamentos. Pode classificar-se em polimedicação apropriada - quando os medicamentos apresentam uma relação benefício-risco positiva - ou em polimedicação inapropriada, se os riscos dos medicamentos superarem os benefícios potenciais. A população idosa, por tomar mais medicamentos, apresentar múltiplas comorbilidades e alterações fisiológicas, é a faixa etária mais propensa à prescrição de Medicação Potencialmente Inapropriada (PIM).

A desprescrição é um processo gradual de redução, interrupção, descontinuação ou retirada de um dado medicamento inapropriado, levado a cabo por um profissional de saúde devidamente qualificado. O seu objetivo passa por reduzir os *outcomes* negativos procedentes do processo de uso do medicamento e, conseqüentemente, otimizar a terapêutica, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida do doente. As benzodiazepinas, embora muito prescritas para toma crónica no idoso, correspondem a uma classe farmacológica presente em todas as listas de identificação de PIM, levando conseqüentemente a que sejam sinalizadas como prioritárias para desprescrição.

Apesar de evidência considerável que comprova a eficácia de um processo de desprescrição acompanhado, ponderado e gradual, existem barreiras à sua implementação por parte de prescritores e doentes que contribuem para a dificuldade de implementação do processo.

O farmacêutico, enquanto especialista do medicamento cuja atuação visa garantir uma farmacoterapia segura, racional e custo-efetiva, tem um papel crucial no processo de desprescrição, tanto na orientação direta ao doente como na integração de equipas de desprescrição. São várias as áreas de intervenção do farmacêutico no processo de descontinuação de medicamentos, como o *Medscheck*, *Home Medicines Review*, *DE-PHARM Project* e o método STRIP. Pese embora, é necessária mais evidência na literatura que suporte e optimize a sua atuação.

Palavras-chave: Desprescrição; Farmacêutico; Idosos; Polimedicação Inapropriada.

Abstract

The polypharmacy is generally associated to the chronic taking of 5 or more medications. It can be classified into appropriate polypharmacy – when the medications present a positive benefit-risk relation – or into inappropriate polypharmacy, if the risks of the medications surpass the potential benefits. The elderly population, by taking more medication, presenting multiple comorbidities and physiological alterations, is the age group more prone to the prescription of Potentially Inappropriate Medication (PIM).

The deprescribing is a gradual process of reduction, interruption, discontinuation or removal of a certain inappropriate medicine, carried out by a properly qualified health professional. Its aim lies in reducing the negative outcomes derived from the process of the usage of the medication and, consequently, optimize the therapy, having in mind the improvement of the patient's life quality. The benzodiazepines, although very prescribed for the chronic taking of the elderly, correspond to a pharmacological class that is present in all of the identification lists of PIM, leading them to consequently be marked as prioritized to deprescribing.

Although there is considerable evidence that proves the efficiency of an accompanied, thought, and gradual process of deprescribing there are obstacles to its implementation by the prescribers and patients that contribute to the difficulty of the process of implementation.

The pharmacist, as a specialist of the medication whose practice aims to assure the safe, rational and cost-effective pharmacotherapy, has a crucial role in the process of deprescribing, both in the direct orientation to the patient, as in the integration of the teams of deprescribing. There are several areas of intervention of the pharmacist in the process of discontinuation of medications, like the Medscheck, Home Medicines Review, DE-PHARM Project, and the STRIP method. Nevertheless, it is needed more evidence in literature that supports and optimize its performance.

Keywords: Deprescribing; Pharmacist; Elderly; Inappropriate Polypharmacy.

I. Introdução

Os avanços verificados no campo da medicina e da farmacologia têm permitido o aumento da esperança média de vida da população com multicomorbidades, o que leva a uma maior complexidade terapêutica e, conseqüentemente, ao aumento do número de medicamentos prescritos. Embora a maioria da população adulta possa beneficiar da polimedicação, os idosos apresentam risco acrescido de reações adversas ao medicamento (RAM) causado por alterações fisiológicas derivadas da idade avançada ^(1,2). É sabido que as RAM estão descritas como sendo uma das cinco principais ameaças à saúde do idoso ⁽³⁾. Assim sendo, surge o termo Medicação Potencialmente Inapropriada (PIM, em inglês *Potentially Inappropriate Medication*). Os PIM, no seu conjunto, contribuem para a Polimedicação Inapropriada ⁽⁴⁾.

Em resposta aos problemas provocados pela polimedicação inapropriada surge, no léxico médico, o termo “Desprescrição” ⁽⁵⁾. E quais os motivos que levam à imprescindibilidade do processo de desprescrição? São vários, como relação benefício-risco incerta ou invertida, medicamentos prescritos sem uma indicação clara, identificação de PIM através de ferramentas específicas e medicamentos que não estejam a ir de encontro aos objetivos terapêuticos estabelecidos ^(6,7). A idade avançada, os sintomas de fragilidade, e o número elevado de medicamentos (polimedicação) são, à partida, fatores gatilho para a seleção de doentes que irão beneficiar de uma revisão da sua medicação de modo a identificar oportunidades de desprescrição ⁽⁸⁾. Por constituir uma ferramenta recente e inovadora, surgem barreiras ligadas ao prescritor e ao doente que impedem que o processo de desprescrição seja mais implementado por toda a população que, por sua vez, beneficiaria da intervenção ^(7,8).

Por mais que seja um recurso liderado pelo médico, há evidências que sugerem que a incorporação de uma equipa multidisciplinar incrementa a adesão e a eficácia do processo de desprescrição. Como parte ativa e peça essencial do *puzzle* desta equipa, o farmacêutico é detentor de valências robustas para a promoção da saúde, divulgação de informação baseada em evidência e uso racional do medicamento, contribuindo em processos de revisão da medicação, tendo como foco a identificação de polimedicação inapropriada e o auxílio para a toma correta da medicação ⁽⁹⁾.

Dito isto, será que o farmacêutico apenas integra o processo de desprescrição a nível hospitalar? São várias as atividades desenvolvidas e postas em prática, em países como a Austrália e o Canadá, que descentralizam a desprescrição para as farmácias comunitárias, onde o farmacêutico realiza intervenções informativas e de revisão da medicação junto do doente. Dentro das numerosas vantagens que advêm desta descentralização, salienta-se a redução do

tempo despendido pelo médico, a interligação de serviços de saúde na comunidade e, fator de extrema importância para o sucesso da descontinuação, o foco no doente individual ^(4,10,11). Todavia, a integração farmacêutica no processo de desprescrição é, ainda, um compromisso não solidificado na realidade portuguesa.

O volume correspondente à faixa etária idosa irá aumentar de forma exponencial nas próximas décadas, o que implica que os vários serviços de saúde se adaptem e acompanhem o envelhecimento geral da população, com o desenvolvimento de estratégias e programas para, no fundo, melhorar a qualidade de vida já fragilizada do doente idoso. É vital uma maior interligação de todos estes serviços individuais e específicos e, conseqüentemente, dos profissionais de saúde integrados nos serviços, num mega sistema funcional com um objetivo central em comum: o doente e a sua qualidade de vida ⁽⁴⁾.

2. Polimedicação

A multimorbidade é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “a coexistência de duas ou mais patologias crónicas num indivíduo” ⁽¹²⁾. É um fenómeno que se propaga em paralelo com o aumento da esperança média de vida e descreve uma interação complexa de várias doenças coexistentes num doente ⁽¹³⁾. O envelhecimento é o maior fator de risco para a generalidade das patologias crónicas. Este é marcado por mecanismos interligados que conduzem a alterações fenotípicas resultantes do desequilíbrio entre fatores de stress e os mecanismos de proteção, como alteração da composição corporal, desequilíbrio na produção e gasto de energia, desregulação homeostática, neurodegeneração e perda de neuroplasticidade, resultando assim numa suscetibilidade aumentada ao aparecimento de patologias e numa capacidade de cura e prevenção reduzida ⁽¹⁴⁾. Em consequência, a proporção de medicamentos tomados aumenta com a idade, estimando-se que 25 a 40% dos adultos com idade superior a 65 anos tome, diariamente, cinco ou mais medicamentos ⁽¹⁵⁾. O risco de reações adversas e de não adesão intensifica-se com o uso de múltiplos fármacos, situando-se nos 13% em doentes que tomem cerca de 5 medicamentos e nos 6% em doentes que tomem 1 a 2 medicamentos ⁽¹⁶⁾.

A polimedicação – definida como a toma crónica de 5 ou mais medicamentos, ou, numa abordagem mais conservadora, definida como o uso em simultâneo de vários medicamentos ⁽¹⁷⁾ - é considerada apropriada quando o benefício potencial supera o risco potencial ⁽⁸⁾. Por outras palavras, torna-se imprescindível quando a situação clínica do doente é complexa, sendo que os medicamentos foram prescritos sob a melhor evidência científica e o seu uso foi

otimizado para restabelecer certas funções, controlar sintomas, limitar a progressão da patologia e alcançar objetivos terapêuticos acordados com o doente ^(16,18,19). Todavia, o resultado de uma revisão sistemática de 2012 que envolveu 11 países demonstrou que aproximadamente 1 em cada 5 prescrições de idosos são consideradas inapropriadas ⁽²⁰⁾. De acordo com estudos observacionais, a polimedicação não apropriada no doente idoso pode conduzir a *outcomes* de saúde negativos, como reações adversas a medicamentos, redução da qualidade de vida, hospitalizações e cascatas de prescrição, bem como a problemas do processo de uso do medicamento, como interações fármaco-fármaco, decréscimo da adesão à terapêutica e custos financeiros ^(6,8). Medicamentos que possam ter sido inicialmente apropriados podem, com a idade, tornar-se inapropriados ⁽²⁰⁾. Em virtude dos factos mencionados, surge o termo Medicação Potencialmente Inapropriada no idoso, que se traduz em medicação que deve ser geralmente evitada na população com idade superior a 65 anos por ser considerada inefetiva ou por ter potencial para causar riscos desnecessários, existindo outras alternativas mais bem toleradas ⁽²¹⁻²³⁾. Um idoso a quem foi prescrito PIM tem o dobro do risco de desenvolver algum *outcome* negativo comparando com um idoso a quem não foi prescrito PIM, segundo Passarelli *et al.* ⁽²⁴⁾, sendo que pelo menos um quarto destas reações adversas são potencialmente preveníveis pela redução de determinadas classes de fármacos considerados PIM e pelo ajuste da posologia ^(25,26). No entanto, o uso de PIM nem sempre pode ser evitado, especialmente quando existe evidência de que os benefícios potenciais superam os riscos potenciais naquela situação clínica em concreto ⁽²⁰⁾.

Podem advir três situações que incorram numa PIP (em inglês *Potentially Inappropriate Prescribing*): subprescrição, quando o esquema terapêutico sofre lacunas pela omissão de medicação; sobreprescrição, em que existem medicamentos sem indicação clínica estabelecida, como por exemplo cascatas de prescrição e fármacos preventivos, que por sua vez podem ficar nas prescrições permanentes do doente; e prescrições incorretas de medicamentos necessários ⁽²¹⁾.

E como se identificam prescrições inapropriadas no doente idoso? Existem dois métodos de identificação. Os critérios explícitos focam-se nos critérios estabelecidos e objetivos, assim como nos aspetos relacionados com o fármaco e com a patologia a que se destina. Os Critérios de Beers, os Critérios STOPP/START (*Screening Tool of Older Person's Prescriptions; Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*), a Lista EU(7)-PIM e a Lista EURO-FORTA são exemplos de critérios explícitos. Estes vão sendo atualizados segundo as evidências disponíveis na literatura e são de aplicação direta e transparente. Por sua vez, os critérios implícitos dependem do julgamento clínico, baseando-se subjetivamente numa avaliação clínica completa

de cada doente de forma individual ⁽²⁷⁾. As ferramentas de identificação de PIM explícitas não requerem experiência clínica específica, focando-se na medicação e não na variabilidade interindividual do doente, como preferências, crenças ou adequação do regime posológico. São assim bastante úteis para prescritores e na validação de prescrições ⁽²⁸⁾. Apesar de serem recomendadas, não são de uso obrigatório, ficando o seu emprego ao critério da equipa envolvida no processo de desprescrição. Por sua vez, as ferramentas de desprescrição implícitas requerem experiência clínica e geralmente são mais demoradas. Estas centram-se no doente individual, tendo em conta as suas preferências e desejos, baseando-se na avaliação global do profissional de saúde (médico ou farmacêutico) envolvido ⁽²⁸⁾. O critério implícito mais adotado universalmente é o Índice de Adequação da Medicação (em inglês *Medication Appropriateness Index – MAI*) ⁽²⁹⁾, que por sua vez implica a avaliação de dez aspetos de cada medicamento, como a indicação, a eficácia, a dose e as interações, entre outros. Certas avaliações requerem averiguação pelo profissional de saúde, que tem de ser dotado de formação específica e vasta experiência, tornando o processo mais moroso ⁽²⁹⁻³¹⁾. Uma abordagem que englobe a junção dos dois métodos permite auxiliar na determinação de que medicamentos devem ser descontinuados e que medicamentos devem ser mantidos ⁽²⁷⁾.

Seguir determinadas *guidelines* clínicas pode conduzir à prescrição de medicamentos com *outcomes* incertos para o doente, sendo que alguns apresentam uma indicação preventiva ao invés de uma indicação clínica clara. A baixa probabilidade de idosos beneficiarem de fármacos preventivos pode ser suplantada pela hipótese de RAM e interações a curto prazo, com decréscimo da qualidade de vida e aumento dos custos financeiros. Podem, então, ser estabelecidos “*outcomes* universais” com o objetivo de facilitar a discussão com os doentes acerca da importância da melhoria sintomática e funcional e do aumento da longevidade ⁽¹⁶⁾.

Em contrapartida, a descontinuação de medicação até um número mais reduzido do que o necessário pode levar a uma subprescrição, o que poderá significar que certas patologias não estejam a ser abordadas devidamente. Um exemplo de subprescrição é a não prescrição de bifosfonatos após fratura da anca num idoso sem quaisquer contra-indicações aos bifosfonatos, apenas pelo facto de já tomar um número elevado de medicamentos ⁽¹⁶⁾. É importante que o doente idoso apresente uma indicação clínica clara para cada fármaco da sua lista de medicação, não obliterando que estas indicações se alteram com o estado clínico, funcionalidade e objetivos do doente ⁽¹⁶⁾.

A polimedicação pode, por sua vez, levar a cascatas de prescrição, o que significa que o efeito adverso de um medicamento (como quedas, *delirium*, depressão e letargia) é

interpretado como uma nova condição que necessita de outro medicamento para ser tratada ^(10,32). Paralelamente à polimedicação, as cascatas de prescrição podem ser apropriadas ou inapropriadas. Um doente prescrito com um anti-inflamatório não esteroide (AINE) para uma indicação clara em que haja a necessidade de prescrever um inibidor da bomba de prótons (IBP) para reduzir o risco de úlcera gástrica é um exemplo de uma cascata de prescrição apropriada. A educação do doente relativamente aos possíveis riscos da sua medicação pode ser levada a cabo na farmácia aquando da dispensa da medicação, e é importante para facilitar na identificação de certos efeitos adversos que, não reconhecidos, podem gerar cascatas de prescrição inapropriadas.

3. Desprescrição

A redução da medicação, quando oportuna, adequada e corretamente implementada, tem potencial para reduzir a recorrência de efeitos adversos e auxiliar na adesão à terapêutica, pela consequente simplificação do plano terapêutico ⁽³³⁾. De acordo com a OMS, a adesão é definida como “a extensão na qual o comportamento de uma pessoa (que tome medicação, siga uma dieta e/ou realize mudanças no estilo de vida) corresponde às recomendações estabelecidas por um profissional de saúde” ⁽³⁴⁾. Deste modo, é importante salientar que a adesão, por se espelhar numa escolha do doente em manter a terapêutica, exige um papel ativo do doente, ao contrário da *compliance*, que pode ser entendida como um processo de obediência ao seu plano terapêutico, em que o doente tem um papel passivo ⁽³⁴⁾. Revisões sistemáticas de ensaios de desprescrição mostraram que a redução de determinadas classes de fármacos consideradas inapropriadas em idosos diminui o risco de efeitos adversos e melhora a qualidade de vida ⁽²⁶⁾.

O termo “Desprescrição” foi implementado por Woodward há sensivelmente duas décadas e tem por objetivo descrever a cessação de medicamentos ⁽³⁵⁾, devido à crescente preocupação com o seu uso inapropriado e risco de efeitos adversos do medicamento ⁽⁸⁾. Recentemente, a desprescrição foi definida como “o processo de cessação de medicação inapropriada, supervisionado por um profissional de saúde, com o objetivo de gerir a polimedicação e melhorar os *outcomes*” ⁽²²⁾. Cada medicamento deve ser classificado de acordo com a sua indicação, sendo à partida candidatos à desprescrição aqueles que não dispõem de uma indicação clara ou aqueles que estão inadequadamente duplicados para a mesma indicação ⁽³⁶⁾. Por analogia, qualquer *outcome* negativo que surja relacionado com o processo de uso da medicação pode ser uma oportunidade para cessar determinados fármacos. Exemplos de situações que possam surgir são: falta de indicação para aquele fármaco, resolução da condição

clínica, potencial reação adversa ao medicamento, desenvolvimento de contraindicações, interações medicamentosas, regime posológico complexo, técnica de administração incorreta, entre outros ⁽⁷⁾. É importante destacar que a redução da dose de medicamentos com o objetivo de ajustar o binómio benefício-risco também é considerado um método de desprescrição ^(37,38).

A desprescrição é um processo ativo de revisão em que o prescritor considera, através da relação benefício-risco, que medicação passou a dispor desta relação invertida, especialmente em doentes com objetivos de tratamento específicos ou esperança de vida limitada ⁽¹⁶⁾. Dada a maior prevalência de medicação inapropriada, de multicomorbidades, e devido à evidência limitada relativamente à sua farmacoterapia, o idoso deve ser prioritário no processo de desprescrição acompanhada, ponderada, gradual e segura. Não obstante, a desprescrição deve ser extensível a todas as faixas etárias, ainda que exista, na literatura, mais evidência de PIM no idoso, o que direciona deste modo o processo de desprescrição ⁽⁷⁾.

Existem algumas ferramentas, para além da evidência em *guidelines* de desprescrição e em critérios explícitos, que auxiliam as equipas envolvidas no processo a manter discussões partilhadas sobre a medicação, tratamentos e procedimentos com os doentes, como por exemplo a lista “*Five Things Physicians and Patients Should Question*” criada pela campanha americana *Choosing Wisely* ⁽¹⁶⁾. Esta lista, por sua vez, conta com cinco recomendações baseadas em evidência, numeradas de 1 a 5, que deverão ser alvo de discussão entre o médico e o doente para o auxílio na tomada de decisão acerca da abordagem terapêutica mais adequada de acordo com a situação individual. A desprescrição pode ser entendida como uma etapa importante para assegurar que se está perante uma prescrição racional, onde são tidos em conta fatores como a efetividade, a segurança, os custos e as preferências do doente ⁽¹⁹⁾.

O primeiro passo no processo de desprescrição passa por discutir, em conjunto com o doente, *outcomes* e objetivos universais. Há aqui uma partilha de evidência a respeito de benefícios e riscos dos medicamentos que integram a lista de medicação do doente, de modo a que este se sinta apto para colaborar na tomada de decisão sobre a cessação de determinados fármacos ⁽¹⁶⁾. Deste modo, o doente mantém-se mais alerta sobre potenciais *outcomes* clínicos e mais consciente na tomada e aceitação de decisões, facilitando o processo de desprescrição ⁽²⁶⁾.

De forma sistemática, o médico prescritor sente-se forçado, pelas *guidelines* clínicas, a prescrever os medicamentos sugeridos para cada patologia em concreto, empilhando as recomendações de uma *guideline* sobre outra ao invés de priorizar, não tendo em atenção que

certas *guidelines* atuais em vigor focam-se apenas numa condição clínica específica sem referência ao problema da multimorbilidade e à heterogeneidade de doentes ⁽³⁹⁾. Assim, a desprescrição deve ser considerada sempre que se fizer uma revisão crítica e assertiva com vista à otimização da lista de medicação. Por mais que possa constituir um método empírico, parte do pressuposto de que se deve conhecer profundamente a situação clínica do doente e estabelecer uma relação de confiança entre a equipa envolvida no processo e o doente ^(16,37).

Cada interação com o doente representa uma oportunidade para rever a medicação, como por exemplo numa admissão hospitalar ⁽³⁶⁾. Um estudo observacional que envolveu doentes idosos com oito ou mais medicamentos crónicos realizado em unidades de medicina geral num hospital australiano determinou que 34,3% da lista completa de medicação diária foi interrompida durante o internamento hospitalar, devido à outorgação de protocolos de desprescrição e posterior educação de equipas de desprescrição. No final, apenas 1,2% dos medicamentos descontinuados tiveram de voltar à lista inicial ⁽⁴⁰⁾. No entanto, na maioria destes casos não existe a revisão da medicação crónica que não está diretamente relacionada com a admissão. No momento da alta hospitalar, o médico de família assume que toda a medicação foi revista por cada especialidade ⁽⁷⁾. Por conseguinte, existe uma prescrição *ad infinitum* sem considerar a revisão, dando origem a uma “inércia de desprescrição”, que se traduz na tendência de renovar a medicação mesmo que a indicação já não esteja presente ^(7,36).

Embora a classe médica ocupe o lugar cimeiro na pirâmide da decisão de desprescrição, a revisão e otimização da medicação requer, idealmente, o envolvimento de uma equipa multidisciplinar constituída por vários profissionais de saúde. Existe evidência de que os farmacêuticos possuem as valências e a formação necessárias para integrar essas equipas, e assim participar na identificação de medicação inapropriada e na criação e implementação de planos de desprescrição junto do doente, garantindo que este recebe o apoio adequado e necessário à cessação segura dos seus medicamentos ^(7,16,39). É, também, na farmácia que tem de existir uma abordagem ética, sensível e centrada no doente com o intuito de apaziguar a ansiedade e o crescente de dúvidas que possam surgir no doente durante a decisão de desprescrever, de modo a reforçar que o objetivo não é desistir do tratamento devido à expectativa de vida limitada, mas sim melhorar a qualidade de vida a curto prazo e reduzir os problemas que possam surgir do uso dos medicamentos considerados inapropriados ⁽⁷⁾. Ainda assim, é necessária mais evidência para determinar onde cada profissional de saúde específico deve atuar durante o processo de desprescrição e posterior monitorização ⁽⁸⁾.

3.1. O processo de desprescrição no idoso

Em 2050, mais de um em cinco indivíduos terá idade superior a 60 anos, segundo estimativas da OMS ⁽⁴¹⁾. À medida que um indivíduo envelhece, aumenta a probabilidade de vir a desenvolver comorbidades crônicas, como por exemplo demência, insuficiência cardíaca e hipertensão, osteoartrose, doença renal. Ora, como consequência, a quantidade de medicação crônica irá também aumentar ⁽⁴¹⁾.

Um idoso não pode ser considerado, farmacocinética e farmacodinamicamente, como um adulto mais velho. A nível farmacodinâmico, ocorre hipersensibilidade de recetores, declínio da densidade neuronal e da densidade de recetores, bem como da síntese de neurotransmissores. A polimedicação associada à farmacodinâmica alterada aumenta o risco de interações farmacodinâmicas e de reações adversas ao medicamento ⁽⁴²⁾. Farmacocineticamente, todas as fases são afetadas, sendo a absorção a fase em que a extensão é a menos afetada. O idoso possui menos água corporal e mais massa gorda, influenciando o volume de distribuição dos fármacos. Ocorre também diminuição da função enzimática responsável pela metabolização hepática, fluxo hepático e massa hepática. A função renal é, também, muito afetada pelo envelhecimento. A taxa de filtração glomerular (TFG) fica diminuída, sendo que muitas classes de fármacos necessitam de ajuste devido à função renal ⁽⁴³⁾.

A tomada de decisão informada e partilhada entre o médico prescritor e o doente é uma etapa relevante para alcançar um mútuo acordo sobre o plano de tratamento das suas patologias crônicas, centrando o cuidado nas condições clínicas, sociais, funcionais, qualidade de vida e prognósticos do doente ⁽⁸⁾. Desta feita, existe um parâmetro-chave de discussão no que toca ao idoso: esperança média de vida. Normalmente, os idosos valorizam mais alguns fármacos em detrimento de outros, em que sobressai a importância dada à qualidade de vida ao invés de a tentar prolongar ^(43,44). Torna-se então mais assertivo traçar objetivos gerais, valores e preferências tendo em conta o binómio qualidade de vida-esperança média de vida ⁽⁵⁾. É de extrema importância que a medicação seja usada apropriadamente nos idosos de modo a maximizar os *outcomes* positivos e minimizar os negativos ⁽⁸⁾.

Existe evidência de que a maioria da população idosa tolera uma redução gradual da dose ou a total suspensão de certas classes de fármacos, sem sintomas de abstinência de maior gravidade e com melhoria plausível da qualidade de vida ⁽³⁶⁾. Podem, inclusive, surgir riscos potenciais como o retorno à condição clínica inicial e efeito *rebound* com o desenvolvimento de alterações fisiológicas devido à cessação de determinado fármaco, o que remete para a

necessidade de monitorização constante por parte dos profissionais de saúde ^(8,45). Deste fenómeno *rebound* podem surgir sintomas idênticos aos experienciados antes da patologia ser tratada, ou mesmo novos sintomas ⁽⁴⁵⁾. No caso de medicação preventiva, a abordagem é mais complexa, uma vez que é difícil prever se a condição ocorrerá no futuro. Sob o mesmo ponto de vista, atualmente não se sabe se as interrupções na terapêutica por desprescrição terão efeitos a longo prazo na gestão clínica de uma doença ⁽⁴⁾. Há, assim, uma crescente necessidade de robustez de evidência acerca da relação benefício-risco de medicamentos preventivos em idosos ⁽³⁹⁾. Mesmo quando não é óbvio por onde começar a descontinuar, pode ser avaliada em conjunto com o farmacêutico a relação custo-benefício, e deste modo iniciar a revisão pelos medicamentos mais dispendiosos ⁽⁴⁶⁾.

Por exemplo, de acordo com a American Geriatrics Society, recomenda-se evitar fármacos antidiabéticos para atingir um valor de hemoglobina glicada (HbA1c) menor que 7,5% na maioria dos doentes idosos. Isto para reduzir a incidência de reações adversas de antidiabéticos orais (ADO) e o risco de hipoglicémias ⁽⁸⁾. De modo a otimizar os objetivos a curto prazo, pode-se ponderar sobre descontinuar ou reduzir a dose de fármacos anti-hipertensores no doente idoso frágil de forma a ter um papel benéfico a curto prazo na redução do risco de quedas, ao invés de continuar o medicamento como prevenção do risco de doença cardiovascular, como enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, assim como de doença renal ^(35,47).

Para terminar, existe heterogeneidade no *design* de estudos, na seleção das amostras, na escolha do *outcome* a avaliar e na intervenção, o que limita a obtenção de resultados e a consequente conceção de conclusões ⁽³⁶⁾. Os idosos não são incluídos na maioria dos ensaios clínicos, o que dificulta a tomada de decisões sobre eficácia. Sendo assim, a evidência é limitada para garantir que a desprescrição é uma estratégia eficaz e de extrema relevância para reduzir a incidência de problemas do uso do medicamento no doente idoso e consequentemente melhorar os *outcomes* de saúde ⁽⁷⁾. O principal foco da farmacogeriatrics passa por preservar a função física e cognitiva do idoso, o que por sua vez implica uma maior compreensão e conhecimento da maquinaria celular, molecular e fisiológica que determinam alterações fenotípicas que poderão resultar no agravamento do síndrome de fragilidade ⁽¹⁴⁾.

Um exemplo de um algoritmo que pode ser adotado por profissionais de saúde no processo de desprescrição do doente idoso encontra-se no **Anexo I**.

3.2. O caso concreto das Benzodiazepinas

Todos os medicamentos podem ser, simultaneamente, terapêuticos e tóxicos, sendo que os agonistas dos recetores benzodiazepínicos, quando tomados de forma crónica, correspondem à classe farmacológica com maior prioridade para desprescrever ⁽⁴⁸⁾. As benzodiazepinas (BZD) correspondem a uma classe farmacológica com propriedades sedativas, hipnóticas, ansiolíticas, anticonvulsivantes e relaxantes musculares, sendo mais comumente prescritas em idosos para indicações de insónia e ansiedade patológica incapacitantes. No entanto, e para estas indicações supracitadas, estão incluídas em todas as listas PIM por estarem associadas a eventos adversos e a sintomas *rebound* derivados da descontinuação, como os mencionados na **Tabela I**, pelo que, em idosos, só devem ser prescritas em último recurso e no mínimo tempo possível ^(48,49).

Tabela I. Efeitos adversos associados ao uso e sintomas *rebound* associados à descontinuação da classe farmacológica das BZD particularmente relevantes na saúde do doente idoso ^(8,16,37,56).

Efeitos adversos	Sintomas <i>rebound</i>
Declínio cognitivo	Cefaleias
Demência	Tremores, fasciculações
Dependência	Sudorese excessiva
<i>Delirium</i>	Taquicardia
Reações paroxísticas (distúrbios do sono, ansiedade, agitação)	Distúrbios percetuais (confusão, alucinações, <i>delirium</i>)
Ataxia	Disforia
Quedas e fraturas	Ansiedade <i>rebound</i>
Sedação diurna	Insónia <i>rebound</i>
Tendências suicidas	Distorções percetivas
Hospitalização	Desmaio, tonturas
Mortalidade	Convulsões

As BZD são metabolizadas hepaticamente a nível do citocromo P450. Sendo uma via que perde a sua eficiência com a idade, leva a que o idoso, por si só com acumulação de massa gorda, experiencie um aumento da sensibilidade a estes fármacos e acumulação de metabolitos ativos, o que aumenta o risco de défice cognitivo, *delirium*, quedas e hospitalizações ^(27,48,50,51). Deste modo, e em caso de necessidade de prescrição de BZD, pode-se optar por BZD metabolizadas por conjugação, como o lorazepam, loprazolam e oxazepam, via esta que não sofre alterações significativas com a idade ⁽²⁷⁾. Em contrapartida, o lorazepam, sendo uma BZD

de curta duração de ação, deve ser evitado na população idosa para indicações de ansiedade, por ter maior probabilidade de causar sintomas *rebound* comparativamente às BZD de longa duração de ação, exemplificando com o diazepam, que tendem a desencadear uma reação mais retardada, apesar de deixarem o doente com alguns efeitos residuais. Estas últimas, apesar de não eliminarem a totalidade dos sintomas *rebound*, geram impacto na sua acuidade e *timeline* da ocorrência ^(49,52). É importante salientar que não se verificou que a substituição de BZD de curta/média duração por BZD de longa duração reduza a incidência de sintomas de abstinência ou otimize taxas de descontinuação ⁽⁴⁸⁾.

As BZD são uma das classes farmacológicas com desprescrição mais complexa, tanto pelos seus efeitos de tolerância como de dependência física e psicológica, que se traduz em efeitos *rebound* após a descontinuação. É sabido que a descontinuação de fármacos benzodiazepínicos pode levar à exacerbação dos sintomas que levaram à sua prescrição, o que faz transparecer, erradamente, que estes fármacos descontinuados estariam a ser benéficos ⁽⁵²⁾. Este contratempo levou a que fosse realizada uma revisão sistemática de artigos que abordam a desprescrição de BZD, tendo concluído que os sintomas *rebound* são insónia leve de curta duração, alguma ansiedade e inquietação, não havendo incidência de outros sintomas de severidade *major* ⁽⁴⁸⁾. Desta feita, a desprescrição de BZD assenta num equilíbrio de risco vs risco, em que há a necessidade de avaliar e ponderar sobre o que causa mais risco ao doente, se o risco de RAM ao continuar o fármaco ou se o risco de sintomas *rebound* ao descontinuar, apesar de sintomas *minor* ⁽⁴⁹⁾.

O primeiro passo na desprescrição de BZD passa pelo incremento da educação e da aceitação do doente para a generalidade do processo, riscos e possíveis adversidades que dele possam surgir, sendo que o doente só por si tem de estar motivado para levar a cabo esta descontinuação ⁽⁵²⁾. Uma articulação adequada entre médico e farmacêutico permite que este tenha conhecimento da intenção do médico em desprescrever esta classe farmacológica e, assim, contribuir, num meio externo ao consultório, para esta etapa inicial, assegurando que o doente dispõe da informação mais adequada possível. Seguidamente, é imperativo ter em conta a integração das preferências e valores do doente na tomada de decisão partilhada como um passo crítico, visto que o doente se torna mais suscetível ao processo quando este é claro e compreende a sua necessidade. Uma das principais estratégias passa por conceder ao doente materiais educativos com um plano claro de descontinuação, que posteriormente pode ser reanalisado na farmácia com o doente numa tentativa de máxima perceção do mesmo ⁽⁴⁸⁾. E o que deverá constar no plano de descontinuação de BZD? Avaliações como risco de continuar e potenciais benefícios da descontinuação; probabilidade de tolerância, o que leva a que os

efeitos terapêuticos sejam diminuídos ao longo do tempo; risco de ligeiros efeitos *rebound* e de curta duração. Este método citado não envolve gasto exagerado de tempo e é mais eficaz que uma intervenção somente pessoal. No que concerne ao doente idoso, a literatura existente recomenda vigorosamente uma redução da dose titulada e gradual, independentemente da duração e da indicação a que se destina. Um exemplo de um plano de redução gradual até à dose mínima passa por reduzir 25% da dose a cada 2 semanas e 12,5% a cada 2 semanas perto do final do plano, seguida de um período de “*benzodiazepine-free day*”, ou seja, um período de tempo (em dias) sem tomar qualquer BDZ ⁽⁵²⁾. É importante o médico e o farmacêutico mentalizarem o doente de que os sintomas *rebound* poderão manifestar-se logo após a primeira redução de 25% da dose inicial. A complementação com terapêutica cognitiva comportamental otimiza as taxas de cessação mesmo não contribuindo para a redução dos sintomas *rebound*. Estas intervenções, ministradas pela psiquiatria ou pela psicologia, têm como função modular o comportamento do doente face às situações, auxiliando no processo de aceitação e de ansiedade relacionados com a desprescrição, e assim contribuir para uma melhoria da adesão. Inclusive, uma *guideline* de 2016 do American College of Physicians recomenda terapia cognitiva comportamental como primeira linha para o tratamento da insónia em idosos. É na farmácia, espaço mais vezes frequentado pelo utente, que o farmacêutico deve incentivar a procura e a adesão à terapia cognitiva comportamental ⁽⁴⁸⁾. Por sua vez, doentes cuja indicação para o uso de BZD seja mais grave, como ansiedade e insónia extremas, ou que apresentem maiores *scores* de dependência, necessitam de uma abordagem mais individualizada e intensiva. Em contrapartida, doentes com indicações mais simples e baixos *scores* de dependência poderão ser indicados com um plano de desprescrição tradicional, como uma redução de 25% da dose total diária por semana, no entanto considerando em todo o caso o doente individual ⁽⁴⁹⁾. Mesmo que o doente não seja recetivo a este método progressivo é importante o contributo do farmacêutico no reforço da ideia de que uma abordagem brusca pode levar ao aumento acentuado dos sintomas que levaram à prescrição da BZD, concebendo-se um círculo vicioso que culmina no insucesso da abordagem ⁽⁵²⁾. Embora se considere que a maioria dos doentes tolera uma abstinência total de BZD, a redução da dose poderá ser o propósito mais apropriado em doentes menos tolerantes à descontinuação ⁽⁴⁹⁾.

Durante o processo de desprescrição de BZD, e não só após a descontinuação, é necessário que se desenvolva um plano de monitorização para a severidade e frequência dos sintomas *rebound* que poderão surgir, potenciais benefícios, qualidade do sono para os doentes com insónias e disposição/humor, que deve ser conduzido e adaptado por períodos temporais

a determinar pelo médico prescritor ⁽⁴⁸⁾. No entanto, a sua realização pode ser descentralizada para o farmacêutico com conhecimento suficiente de todo o processo, seja por consulta ou por telefone, que depois avalia os scores e comunica ao médico responsável ⁽⁴⁸⁾. Os sintomas de abstinência podem ser monitorizados pela *Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale for Benzodiazepines*, representada no **Anexo II**, que consiste numa escala numérica de avaliação de vários parâmetros sintomáticos, sendo de interpretação e preenchimento muito pouco complexos ^(48,53).

As duas indicações principais para a prescrição de BZD em idosos são a ansiedade e a insónia. O farmacêutico desempenha uma função ativa na terapêutica de primeira linha para ambas as indicações. Antes de se considerar a descontinuação de classes farmacológicas que controlem sintomas de maior relevo, é necessário ir de encontro ao tratamento da condição que levou à sua prescrição. Quando o doente se dirige à farmácia com queixas relativas a insónia, o farmacêutico aconselha medidas de higiene do sono, que inclui terapia de restrição do sono que consiste em adequar o tempo de permanência na cama ao tempo real de sono, e intervenções comportamentais, físicas e psicológicas. Complementarmente, pode aconselhar medicamentos não sujeitos a receita médica à base de melatonina. No entanto, se estas medidas iniciais não surtirem efeito, o antidepressivo mirtazapina é uma boa opção, acompanhado de monitorização regular dos seus efeitos anticolinérgicos ^(48,50,52).

Por sua vez, se o doente apresentar sintomas de ansiedade, o farmacêutico recomenda um leque de medidas não farmacológicas, como breves intervenções psicológicas, autocontrolo e recomendações, podendo ou não aconselhar o tratamento adjuvante com ansiolíticos naturais não sujeitos a receita médica, por exemplo à base de extrato de *Valeriana officinalis*. Caso seja necessária terapêutica farmacológica, SSRIs (*selective serotonin reuptake inhibitors*) como sertralina e escitalopram podem ser usados com precaução em idosos, com especial atenção aos níveis de sódio devido ao potencial de hiponatrémia ou de SIADH (*syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion*) ^(19,52,54).

A educação do doente é fundamental para a autogestão colaborativa para contenção de gastos e melhoria da saúde ⁽⁵⁵⁾, podendo existir educação direta ao consumidor nas farmácias comunitárias. É necessária a criação de uma relação sólida de confiança entre doente e profissionais de saúde de modo a que este não sinta que a desprescrição de certas classes farmacológicas que julga importantes na sua terapêutica constitui um abandono por parte do médico ^(49,55). Intervenções educacionais aliadas ao desenvolvimento do empoderamento do doente no processo de desprescrição têm o potencial de catalisar a adesão e a dinamização do processo. Sendo assim, o empoderamento é considerado um passo vital, pois atribui um

grau de controlo e de “poder” ao doente que lhe permite tomar a iniciativa e contribuir para a etapa de decisão partilhada ⁽⁵⁵⁾. O ensaio clínico aleatorizado *EMPOWERMENT (Eliminating Medications Through Patient Ownership of End Results)* que envolveu 30 farmácias de Montreal focou-se nos resultados de intervenções de empoderamento com vista ao processo de desprescrição de BZD, tendo os resultados sido avaliados após um período de *follow-up* de 6 meses ⁽⁵⁵⁾. A totalidade dos doentes do grupo da amostra recebeu intervenções de empoderamento com o intuito de envolver os doentes idosos em discussões sobre os riscos da sua medicação e sobre os *outcomes* desejados. Dos 86% participantes que completaram o período requerido do ensaio, 62% procuraram saber mais sobre o processo de desprescrição de BZD junto do seu médico e farmacêutico, e 58% tentaram descontinuar. Completado o período de *follow-up*, 27% dos participantes do grupo de intervenção descontinuaram as suas BZD, comparativamente aos 5% do grupo controlo (que por sua vez não obteve intervenções de empoderamento antes do processo de desprescrição). 98% da totalidade dos participantes mostraram interesse e reconhecimento em receber informação acerca dos riscos da sua medicação. Conclui-se, desta forma, que proporcionar informação plausível a idosos sobre a relação benefício-risco dos seus medicamentos que lhes permita questionar a potencial inadequação da sua polimedicação é seguro e eficaz. O impacto da adesão à desprescrição é maior quando o doente é inicialmente informado e educado pelo farmacêutico a respeito destes aspetos, visto que uma intervenção inicial na farmácia leva a que o doente inicie discussões com o médico acerca da possibilidade de cessar as suas BZD. O valor do doente na tomada de decisões a fim de otimizar o uso dos medicamentos não deve ser subestimado ⁽⁵⁵⁾.

Existem, no entanto, condicionantes ao processo de descontinuação de BZD. Os prescritores manifestam um certo grau de desencorajamento pelo receio de efeitos *rebound* ou pelas dúvidas sobre que fármacos irão substituir as BZD cessadas, visto que certos fármacos sedativos não benzodiazepínicos apresentam, também, riscos. São necessários estudos adicionais para o desenvolvimento de *guidelines* mais objetivas e específicas, que suscitem poucas dúvidas ao médico na generalidade do processo. A educação, adesão, empoderamento e monitorização do doente são fatores com uma importância crescente em todo o processo, devendo assim ser mais abordados na elaboração de *guidelines* e algoritmos. Uma avaliação e parametrização do processo de desprescrição e seus impactos na dependência de BZD e na relação custo-eficácia são úteis na otimização do processo ⁽⁴⁸⁾.

As unidades de cuidados continuados, paliativos e as estruturas residenciais para idosos exercem elevada pressão aos médicos para a prescrição de psicotrópicos, pelo que estes

idosos tendem a estar mais expostos às BZD. Futuramente, pode haver espaço para a integração do farmacêutico em ações de sensibilização sobre o uso (in)correto do medicamento nestas instituições, assim como para ministrar formações sobre como identificar e comunicar possíveis efeitos adversos que possam surgir. A preparação individualizada da medicação é, para doentes institucionalizados, um procedimento necessário para o cumprimento exato do plano terapêutico estipulado. Deste modo, é um processo com potencial para ser implementado e desenvolvido em larga escala por parte do farmacêutico.

O papel do farmacêutico, como especialista do medicamento e como profissional de saúde dos cuidados primários, é muitas vezes menosprezado, havendo a necessidade de afirmação da classe farmacêutica junto do doente de modo a que este se sinta confiante e seguro na procura de informação sobre a terapêutica nas farmácias. Um simples passo na educação direta do doente poderá certamente prevenir grandes impactos na saúde e custos financeiros ⁽⁴⁸⁾.

3.3. Ferramentas de auxílio ao processo de tomada de decisão partilhada na Desprescrição

3.3.1. MedStopper

Alguns inquéritos realizados no seio da classe médica sugerem que existe falta de confiança em iniciar o processo de desprescrição no doente idoso sem bases estruturais e plataformas que possam auxiliar nas atividades de mitigação dos riscos associados à polimedicação inapropriada ⁽⁵⁶⁾.

De modo a extrapolar esse problema, surge uma ferramenta digital e interativa, criada por médicos canadenses e posta em prática pela University of British Columbia que auxilia na tomada de decisão – *MedStopper* ⁽⁵⁶⁾, cuja imagem em formato *screenshot* do *layout* do *website* se encontra destacada no **Anexo III**. O processo inicia-se com a seleção integral da lista de medicação do doente bem como da indicação estipulada para cada fármaco. Após introdução dos dados na plataforma e indicação de que se trata de um idoso frágil ou não, segue-se o processamento, surgindo uma lista cuja ordem é definida pela prioridade para descontinuar. Esta classificação, por sua vez baseada na eficácia e segurança dos fármacos para o doente idoso frágil ou não, assenta em três critérios definidos: 1) impactos a curto prazo nos sintomas; 2) evidência de potenciais benefícios a longo prazo; 3) probabilidade de potenciais danos a longo e a curto prazo ⁽⁵⁶⁾. A par deste *ranking* de priorização da desprescrição, a plataforma *MedStopper* também disponibiliza sugestões de estratégias de descontinuação gradual do medicamento ⁽⁵⁷⁾.

É de salientar que certos medicamentos, como por exemplo o diltiazem, não possuem recomendações específicas de redução gradual. Nestes casos, a abordagem de descontinuação sugerida recomenda que sugestões de redução gradual devem ser discutidas com um especialista ⁽⁵⁷⁾.

Em suma, a *database MedStopper* prioriza os medicamentos a desprescrever de acordo com as respostas aos três critérios definidos, viabiliza instruções específicas para a desprescrição e alerta para possíveis sintomas *rebound*, tendo sempre em consideração a fragilidade do doente idoso ⁽⁵⁷⁾. No entanto, não integra a esperança média de vida, a intervariabilidade e a multimorbilidade do doente.

3.3.2. The Deprescribing Rainbow

Existe, atualmente, um certo número de protocolos e algoritmos que auxiliam o profissional de saúde na identificação de polimedicação inapropriada e, conseqüentemente, na atribuição de recomendações essenciais ao processo de desprescrição. Pese embora, é relevante ter em conta, no desenvolvimento de protocolos, que a eficácia e a viabilidade do processo de desprescrição depende vigorosamente do contexto individual do doente, como por exemplo circunstâncias pessoais, preferências, crenças e objetivos. Sendo assim, nasce esta estratégia paralelamente à necessidade de centralizar o doente individual num processo de desprescrição mais eficiente, seguro e ativo ⁽⁵⁸⁾.

Foi, por conseguinte, desenvolvida uma estrutura conceitual intitulada “*The Deprescribing Rainbow*”, representado na **Figura I**, que destaca cinco determinantes primordiais – clínica, psicológica, social, financeira e física – a considerar no processo de desprescrição. A sua aplicação estabelece-se em sinergia com as *guidelines* clínicas de desprescrição existentes, assim como com métodos implícitos e explícitos ao dispor do médico, tendo sempre a individualidade do doente como cerne. Recomenda-se, então, uma abordagem compreensiva e interdisciplinar que pode dar-se por várias consultas e envolver vários profissionais de saúde de forma a garantir uma desprescrição centrada nas determinantes do arco-íris ⁽⁵⁸⁾.

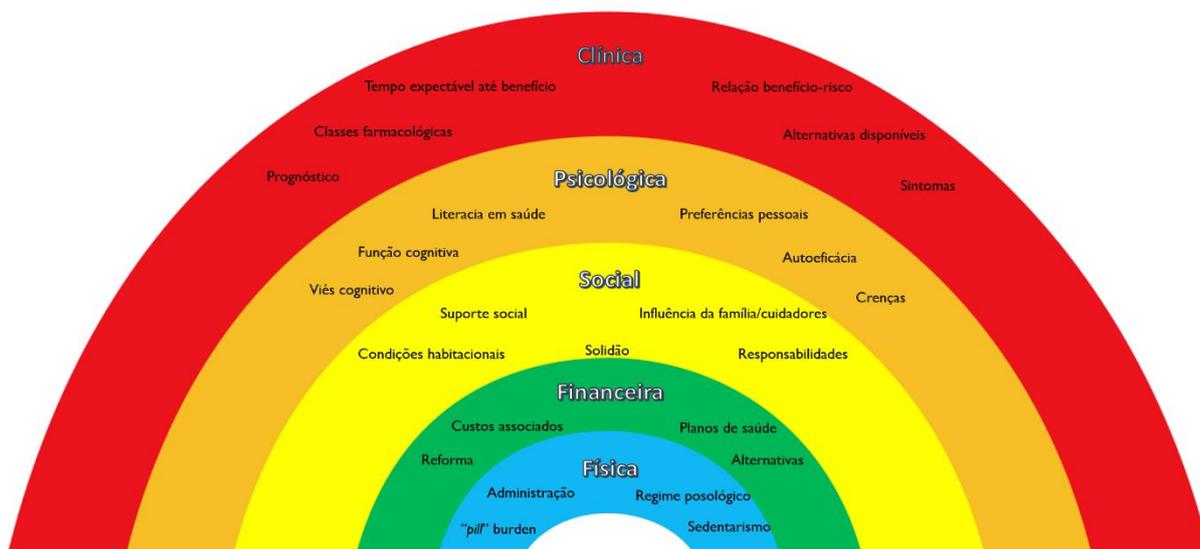


Figura 1. Adaptação da ilustração em arco-íris das cinco determinantes primordiais a adotar num episódio de desprescrição acompanhadas dos fatores a considerar em cada determinante ⁽⁵⁸⁾.

A ilustração conceitual de arco-íris tem por fim transparecer uma visão holística do doente e da heterogeneidade da população idosa, remetendo para como o sistema de desprescrição se deve adaptar a estas determinantes. Da mesma forma, simboliza a positividade com que a desprescrição deve ser encarada acompanhada de um vínculo de ligação doente – prescritor, o que favorece a aceitação, a recetividade e a compreensão de objetivos e *outcomes* relevantes e específicos ⁽⁵⁸⁾.

Em jeito de conclusão, existe a necessidade de recursos adicionais que auxiliem os profissionais de saúde na identificação da melhor e mais adequada estratégia de desprescrição que vá de encontro aos *outcomes* traçados num processo de decisão partilhada com o doente.

4. Barreiras à desprescrição

Existe evidência que comprova que a generalidade dos PIM pode ser inserida num processo de desprescrição ponderado, gradual e guiado por algoritmos e critérios específicos, sem que disto resulte malefício para o doente idoso e eventualmente frágil. Opostamente, o processo é frequentemente travado por barreiras distribuídas entre prescritores e doentes, o que torna a sua implementação complexa e de baixa exequibilidade ⁽⁷⁾. A autoeficácia e a viabilidade são dois pilares basilares em que assentam os obstáculos ao processo de desprescrição, expostos pelos profissionais de saúde. De uma forma sintetizada, a autoeficácia remete às variantes do conhecimento, formação, competências e suporte de decisão por parte do profissional de saúde. Por sua vez, a viabilidade representa-se pela disponibilidade de recursos e pela prática de desprescrição ⁽²⁸⁾. Aliado a estes principais pilares está o ceticismo em torno das classes

apropriadas à descontinuação. Embora haja critérios explícitos que o indiquem, a sua viabilidade ainda é colocada em causa pela falta de experiência clínica e competência, visto ser a polimedicação inapropriada um problema de saúde relativamente recente e de grande discussão ⁽⁸⁾.

Para além da preocupação da comunidade médica com possíveis recidivas e sintomas *rebound* oriundos da descontinuação de determinadas classes de fármacos que possam estimular os receios do doente em colaborar neste processo, existe também uma relutância em desprescrever medicação prescrita por outro médico especialista, sobretudo quando o doente demonstra tolerar ⁽⁵⁾.

No que toca a fármacos preventivos, a sua descontinuação é mais complexa pela lacuna de evidência na literatura e experiência clínica para abordar os doentes acerca da ponderação benefício-risco tendo em conta a expectativa e qualidade de vida do doente. É de supor que, de acordo com *guidelines* e algoritmos de desprescrição, são candidatos à descontinuação fármacos cujo benefício/objetivo só seja atingido num período que excede a esperança média de vida do doente ⁽⁵⁾. Esta discussão é regularmente vista como não ética e insensível, sendo que o médico e o farmacêutico podem preferir evitá-la ⁽³⁶⁾.

Um estudo recente indicou que as crenças do doente acerca dos benefícios da sua medicação partilhavam de uma baixa correlação em relação às crenças do médico ou farmacêutico. As crenças de que a medicação descontinuada estava a ser necessária e de que a sua desprescrição é resultado do abandono por parte do prescriptor leva a que se manifestem receios e incertezas de como irão tolerar a falta dessa medicação, muitas vezes prescrita por longos períodos temporais. Este obstáculo é facilmente superável pela integração do farmacêutico (seja em consultas farmacêuticas, revisões de medicação, serviços farmacêuticos inseridos na farmácia comunitária, entre outros) em campanhas de promoção da literacia em saúde da classe sénior, de modo a que o doente se sinta constantemente acompanhado, corretamente informado e capacitado a assimilar as suas opções, e assim consentir e tolerar o processo ⁽⁸⁾.

Uma outra barreira prende-se com a falta de remuneração e limitação temporal para uma revisão da medicação, etapa fundamental na iniciação do processo de desprescrição. Resulta, fruto destes entraves, com que a discussão do procedimento com o doente e a coordenação de um plano multidisciplinar com os vários profissionais de saúde se torne num processo simplista, precipitado e acelerado ⁽⁵⁾.

Em suma, todos estes impasses levam a que exista um ambiente de desprescrição complexo, causado pela complexidade da polimedicação do doente e pela complexidade do prescritor.

5. Perspetivas Futuras

Na generalidade, existem certas lacunas na literatura que suporta os profissionais de saúde na otimização do processo de desprescrição integral, desde a sua discussão e implementação, passando pela gestão e terminando na monitorização de *follow-up* ^(26,32). Numa primeira fase, deve-se criar suporte literário baseado em evidência na forma de recomendações integradas nas *guidelines* de desprescrição que clarifique como e quando se deve prescrever. Depois, dispor de ferramentas de decisão eletrónicas (exemplo, *MedStopper*) ao serviço do médico prescritor representa um apoio na integração da desprescrição na prática clínica regular ⁽⁸⁾.

Uma das barreiras mencionadas ao processo de desprescrição é a autoeficácia, principalmente no ponto de partida para a descontinuação: a revisão da medicação. Deste modo, a equipa multidisciplinar de desprescrição tem de ser dotada de confiança e valências para levar a cabo o processo, criando-se assim um espaço para mais incentivos à formação e remuneração na revisão dos medicamentos. O setor farmacêutico poderá desempenhar um papel fundamental na especialização de farmacêuticos na área da Farmácia Clínica com competências para realizar as tarefas de revisão remuneradas e ocupar funções notáveis no seio da equipa de desprescrição ⁽⁵⁾.

Tendo em vista todo o processo, o sistema de saúde tem nos farmacêuticos uma ajuda para fazer face às barreiras que são impostas à desprescrição. Os farmacêuticos poderão, por exemplo, integrar o processo de desprescrição pela identificação de potenciais maneiras de comunicar sobre os benefícios e riscos dos medicamentos, assim como colaborar na compreensão das preferências do doente com vista à sofisticação e otimização da decisão partilhada. Existem várias iniciativas de educação para a saúde que devem ser mais exploradas na farmácia comunitária e que podem alterar substancialmente as perceções do doente, moldando as crenças e receios em relação a processos inovadores, como é o caso da desprescrição ^(5,26).

Ora, um dos primeiros passos na incorporação dos farmacêuticos passa pela permissão do acesso ao processo clínico do doente de modo a ocorrer uma maior partilha de informação entre os vários profissionais de saúde envolvidos. A comunicação, por sua vez, pode ser efetuada por meio de prescrições adaptadas, indicações objetivas para cada fármaco,

justificações para alterações da dose, triangulando a lista de medicação entre hospital (médicos especialistas), centros de saúde (médicos de família e enfermeiros) e farmácia comunitária (farmacêuticos comunitários). É necessário que o médico “prescreva a desprescrição”, de modo que o farmacêutico, por sua vez no sistema privado fora do SNS, saiba que medicamentos estão a ser alvo do processo de desprescrição. Um exemplo que reforça a necessidade de comunicação é a identificação de classes de fármacos (nomeadamente sedativos e anticolinérgicos) associadas a efeitos adversos, como quedas e hospitalizações, de modo a priorizar doentes para a revisão da medicação com vista à descontinuação ou redução da dose ⁽¹¹⁾. Através desta partilha de informações, por meio de transições no atendimento, afirma-se o reforço consistente do acompanhamento e da sensibilização do doente para a generalidade do processo ⁽¹⁰⁾.

Um processo centralizado no doente permite a identificação e aferição de *outcomes* relevantes, como o risco do mesmo de vir a desenvolver reações adversas ao medicamento, de modo a levar a cabo a desprescrição de maneira mais segura, tolerada e eficaz. Sendo assim, é importante a aposta contínua na literacia em saúde, na promoção da adesão, no envolvimento e empoderamento do doente, por sua vez envolto num processo de decisão partilhada ⁽³²⁾. Novamente em destaque, o papel do farmacêutico no reforço às indicações do médico e na certificação de que o doente obtém toda a informação de que necessita para compreender e aceitar o processo de desprescrição.

Os profissionais de saúde que participaram no “*The Bruyère Evidence-Based Deprescribing Guidelines Symposium*”, realizado no Canadá em março de 2018, mencionaram que seria útil avaliar a autoeficácia do doente no processo de desprescrição e identificar métodos para incrementar essa autoeficácia. Deste modo, os estudos de desprescrição devem avaliar a experiência do doente, cuidadores e familiares através de *scores* de satisfação das intervenções de desprescrição implementadas. Além disso, esta proposta de *scores* servirá também para explorar o modo como as alterações ao plano de desprescrição se alinham com os objetivos, valores e preferências do doente ⁽³²⁾.

6. O que é pedido ao Farmacêutico

O utente, quando visita a farmácia comunitária, espera encontrar uma equipa qualificada que providencie serviços de saúde com o rigor e exigência exigidos. A farmácia é um elemento estrutural bem posicionado no sistema de saúde por constituir um ponto de visita recorrente dos cidadãos, sendo em determinados locais do país a única unidade de cuidados de saúde

disponível para prestar serviços de proximidade. É, hoje, um local de acessibilidade de medicamentos, serviços de saúde e aconselhamento competente ^(11,59). Entre as áreas de intervenção do farmacêutico na farmácia comunitária, destaca-se a revisão da medicação (por sua vez praticada pelo farmacêutico em vários países, incluindo a Austrália), a identificação de erros de prescrição e problemas do uso do medicamento, aconselhamento farmacoterapêutico, promoção da saúde, administração de injetáveis, recolha de medicamentos fora de prazo de validade e avaliação de determinados parâmetros bioquímicos, entre outras. Apoios financeiros adequados, competências pessoais e profissionais, acessibilidade, programas de literacia em saúde e relação de proximidade com os utentes são fatores que afirmam o prestígio da farmácia no setor de saúde pública. O farmacêutico é, na maioria das vezes, o profissional de saúde a que primeiramente se recorre, especialmente por população idosa com fragilidades e de áreas rurais e remotas ⁽¹¹⁾.

Uma revisão da *Cochrane* concluída recentemente demonstrou que, na revisão da medicação, a tríade médico-farmacêutico-doente resulta em processos de desprescrição mais frequentes, assertivos e individualizados, sejam estes por descontinuação, substituição ou redução da dose ⁽³⁶⁾, salientando-se o contributo do farmacêutico no suporte de decisão do médico ⁽³⁹⁾. Deste modo, uma das medidas a ter em conta no processo passa pela inclusão, em equipas multidisciplinares, de farmacêuticos comunitários, farmacêuticos hospitalares, e enfermeiros no apoio à revisão de medicamentos e à educação, contribuindo assim para a deteção, resolução e prevenção de polimedicação inapropriada e cascatas de prescrição ⁽¹⁰⁾.

O farmacêutico comunitário depara-se, frequentemente, com quadros clínicos de iatrogenia medicamentosa. Com um papel ativo na farmacovigilância, e tendo em conta os seus conhecimentos clínicos, farmacológicos e terapêuticos, é seu dever identificar e notificar uma suspeita de reação adversa ao medicamento. Em contrapartida, o acesso ao processo clínico do doente é um fator limitante que condiciona “a elaboração e a fundamentação de atos e de opções dos farmacêuticos comunitários” ⁽⁶⁰⁾, tendo já sido reportada a necessidade de ocorrer a partilha de informação entre os diferentes serviços, de modo a atingir a complementaridade necessária e fundamental para o fortalecimento da saúde pública ⁽⁶⁰⁾. De igual modo, e entendendo-se como “especialistas do medicamento”, os farmacêuticos estão em posição de cooperar na gestão da lista de medicação e de acompanhar o doente quando forem levadas a cabo alterações na sua medicação, contribuindo para uma articulação positiva dos *outcomes* do doente, especialmente em doentes idosos frágeis. É importante otimizar a ligação entre os variados serviços prestados pelo farmacêutico na farmácia comunitária para uma maior coordenação do círculo de atendimento ⁽²⁰⁾.

Ora, são as recomendações de revisão de medicamentos efetuadas por farmacêuticos baseadas em evidência? Um estudo realizado na Austrália com o objetivo de avaliar as recomendações à revisão da medicação feitas por farmacêuticos mostrou que, de 964 recomendações avaliadas, 910 (94,4%) eram suportadas por evidências e *guidelines* que abrangem as principais áreas terapêuticas, ambas reconhecidas pelo consenso nacional australiano. Pela análise dos *outcomes* obtidos, conclui-se que o resultado geral indica um nível elevado de serviços prestados por farmacêuticos em processos de revisão da medicação, nomeadamente *home medicines reviews* ⁽⁴¹⁾. Conclui-se, deste modo, que a pergunta inicial tem uma resposta positiva.

Seguem-se exemplos de quatro programas a ser levados a cabo por farmacêuticos clínicos com o objetivo de rever regimes complexos de medicação, identificar problemas do uso do medicamento e suas causas, e conseqüentemente resolvê-los ou recomendar soluções para os prevenir ⁽⁴¹⁾.

6.1. MedsCheck

O *MedsCheck*, implementado a 1 de abril de 2007 na província de Ontário, representa uma intervenção de saúde realizada por farmacêuticos em países como o Canadá e a Austrália. Consiste numa consulta anual *one-to-one* em que o farmacêutico revê o processo de uso da medicação do utente e esclarece as dúvidas relativas aos seus medicamentos e ao seu plano terapêutico, de modo a assegurar que o doente cumpre com a toma da medicação exatamente como foi prescrita e que compreende o plano terapêutico e seus objetivos ⁽⁶¹⁾. Por mais que se trate de uma ferramenta que alberga todo o tipo de doentes de todas as idades que tomem no mínimo três medicamentos crónicos, a média de idades de beneficiários deste processo de consultas farmacêuticas estabelece-se nos 64 anos. Assim sendo, tem a capacidade de reconhecer, num estado precoce, doentes com alto risco de desenvolver problemas do processo de uso do medicamento e prevenir dessa forma a sua ocorrência ⁽¹¹⁾.

Um estudo que avaliou utentes e farmacêuticos envolvidos no *MedsCheck* concluiu que 79% dos beneficiários declararam que tiveram as suas dúvidas esclarecidas de forma competente e mais informação relevante sobre a sua lista de medicação e plano terapêutico, usufruindo também de estratégias de treino em como melhorar o uso dos seus medicamentos habituais e dispositivos médicos. Apenas em 9% dos casos foi necessário recorrer ao médico ⁽¹¹⁾.

Com o mote de integrar a população incapaz de se deslocar até à farmácia comunitária em função da sua condição física e mental, desenvolveu-se o *MedsCheck at Home*. Neste programa, o farmacêutico realiza a consulta na residência do próprio utente. Para além de todo o processo do *MedsCheck* original, o farmacêutico também realiza uma vistoria a toda a medicação que o utente dispõe na sua casa, descartando medicamentos que já não estão a ser utilizados ou que ultrapassaram o prazo de validade para serem devidamente rejeitados em locais apropriados, como a farmácia ⁽⁶¹⁾.

6.2. Home Medicines Review

A Austrália possui modelos farmacêuticos bem estabelecidos de revisão da medicação devidamente financiados, como por exemplo o *Home Medicines Review (HMR)*, com o objetivo de fornecer estratégias para atingir a qualidade do uso de medicamentos (*QUM*, em inglês *Quality Use of Medicines*), que se divide no uso apropriado, seguro, efetivo e prudente dos fármacos. O HMR é um programa de revisão da medicação implementado em 2001 que faz uso de ferramentas baseadas em evidência, como o *Drug Burden Index* e o *Medication Appropriateness Index* ⁽⁴¹⁾. O médico, quando deparado com um doente que tenha problemas com a sua medicação, referencia-o ao farmacêutico, que por sua vez procede à revisão da medicação na residência do doente. Finalizada a revisão, o farmacêutico comunica ao médico os achados e as recomendações através de um relatório, o qual desenvolve um plano de medicação reformulado e adaptado em conjunto com o doente ⁽¹¹⁾. É necessário um elevado nível de colaboração e comunicação escrita e verbal entre a triangulação farmacêutico-doente-médico para que o serviço seja eficaz ⁽⁴¹⁾.

No entanto, comparativamente à intervenção *MedsCheck*, o *HMR* é menos acessível e consome mais tempo e recursos, pelo facto de necessitar obrigatoriamente de intervenção médica e não poder ser realizado por consulta farmacêutica na farmácia comunitária. De modo a otimizar a ligação entre ambos os programas, recomenda-se começar com uma intervenção *MedsCheck* menos invasiva, seguindo-se o *HMR*, que por sua vez se irá focar nos problemas que necessitam de uma opinião clínica mais especializada e de uma revisão mais aprofundada. Adotando esta dualidade estratégica, o farmacêutico utiliza o *MedsCheck* como *screening tool* para o *HMR* ⁽¹¹⁾.

6.3. DE-PHARM Project

Orientado por farmacêuticos, o *DE-PHARM Project* é um projeto de desprescrição implementado na Pensilvânia com o intuito de otimizar a gestão racional de medicamentos em idosos internados em unidades de cuidados continuados e com multicomorbidades limitantes de vida, através da redução de PIM ⁽⁶²⁾.

Neste processo, o farmacêutico responsável encarrega-se da triagem dos doentes, identificando potenciais medicamentos inapropriados a desprescrever em doentes com maior risco de desenvolver reações adversas a esse medicamento. Seguidamente, é discutida a intervenção com o doente ou com a sua família ou cuidadores, dependendo do seu grau de limitações cognitivas, psicológicas e sociais. Por último, o farmacêutico elabora um conjunto de recomendações, sempre documentando as intervenções que efetua, e comunica ao médico de forma a desenvolver uma colaboração interprofissional e delinear o processo de desprescrição mais adequado ⁽⁶²⁾.

Apesar de algumas incongruências em estudos levados a cabo para avaliar a efetividade do projeto, este tem-se mostrado promissor na redução de PIM em doentes multicomórbidos internados em unidades de cuidados continuados. É fundamental que os modelos de desprescrição futuros ultrapassem as barreiras presentes e se foquem nos parâmetros de implementação, de modo a serem bem-sucedidos ⁽⁶²⁾.

6.4. Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP)

O método *STRIP*, implementado no sistema de saúde primário holandês, identifica prescrições potencialmente inapropriadas e problemas do uso do medicamento, procedendo às alterações necessárias no plano terapêutico do doente de acordo, também, com os seus desejos e necessidades ⁽²⁸⁾. Consiste numa ferramenta singular levada a cabo por médicos e farmacêuticos, uma vez que se considera na literatura que uma abordagem conjunta é a mais eficaz na redução de PIM ⁽²⁸⁾.

Esta ferramenta é a primeira abordagem que engloba métodos implícitos e métodos explícitos, o que remete os profissionais de saúde envolvidos no processo para um plano mais adequado baseado nos critérios de desprescrição de PIM, tendo a tomada de decisão partilhada como elemento crítico do processo. Por este motivo, as alterações efetuadas ao plano terapêutico do doente são um reflexo dos seus desejos, preocupações e necessidades, contribuindo conseqüentemente para a sua satisfação e otimização da adesão. É um método que tem sempre em conta a esperança de vida limitada do doente ⁽²⁸⁾.

Todavia, os critérios implícitos não são por vezes a primeira escolha dada a sua morosidade e requisito de formação específica, apesar de serem os mais sensíveis e englobarem as preferências do doente. Opta-se, assim, por critérios explícitos na maioria automatizados, como por exemplo o *MedStopper*, sendo estes preferíveis como abordagem inicial para identificação de PIM e atribuição de recomendações ⁽¹³⁾.

Este método, apresentado na **Figura 2**, consiste em cinco passos para a desprescrição ⁽²⁸⁾.

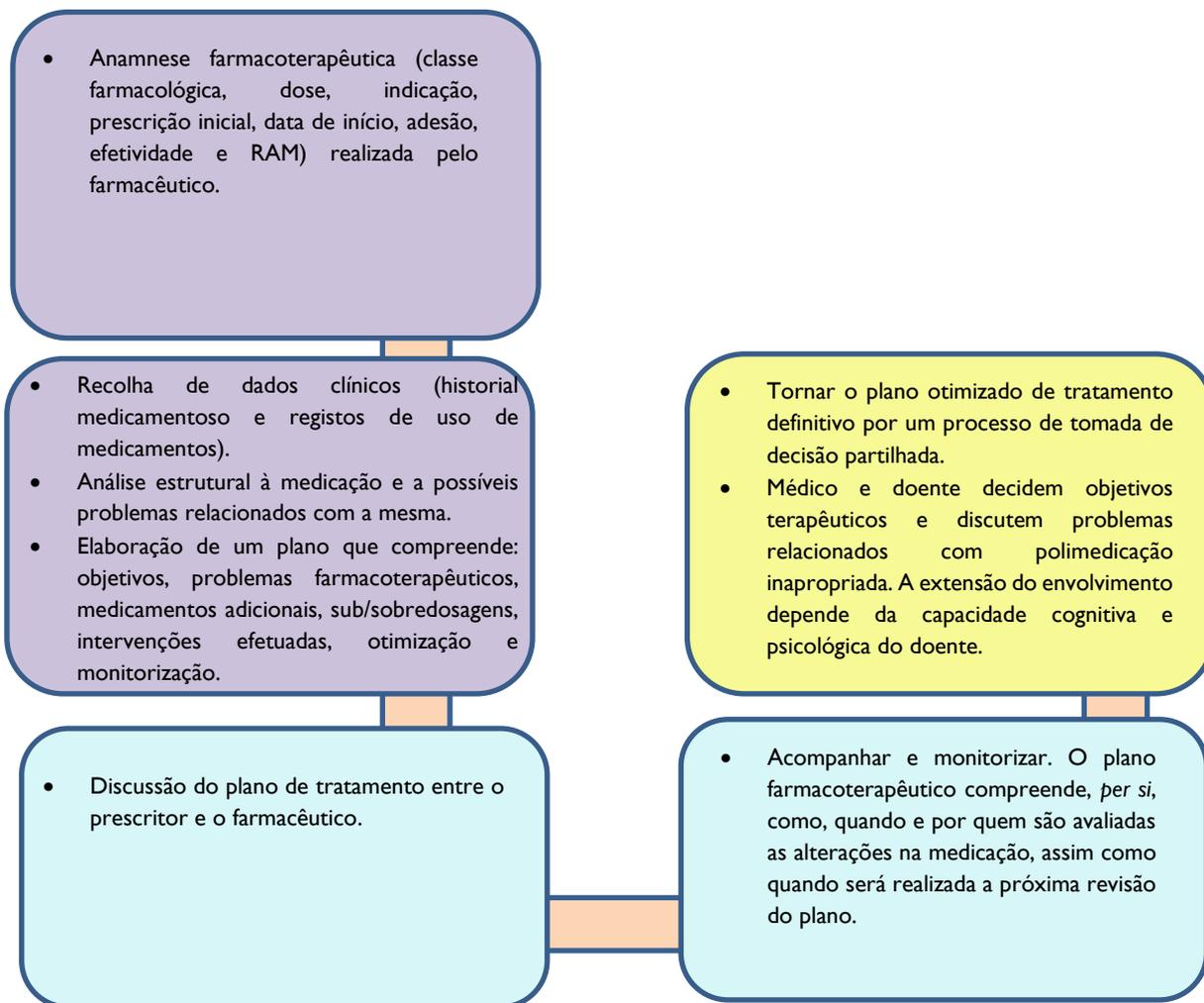


Figura 2. Fluxograma representativo das etapas a adotar no processo de desprescrição, consoante o método STRIP. Este processo é dividido em cinco passos: **1** - avaliação dos medicamentos; **2** - revisão da medicação; **3** - elaboração de um plano de cuidados de saúde; **4** - tomada de decisão partilhada; **5** - acompanhamento e monitorização. Adaptado do artigo Drenth-van Maanen *et al.*, 2018.

Primeiramente, o método *STRIP* foi desenvolvido para farmácias comunitárias. No entanto, pode ser adaptado e otimizado para doentes idosos oncológicos, pela adição de *guidelines* de desprescrição para doentes oncológicos, dando origem ao método modificado *OncSTRIP* ⁽³³⁾.

Entre fevereiro de 2016 e abril de 2017 foi realizado um estudo prospetivo de avaliação do método *OncSTRIP*. A população-alvo do estudo traduziu-se em doentes oncológicos com idade superior a 65 anos que tomassem cinco ou mais medicamentos crónicos e que visitassem

a clínica de oncologia ambulatória do hospital público holandês designado para o estudo ⁽³³⁾. Num total de 60 doentes, foram recomendadas 85 otimizações de terapêutica, sendo que 35 recomendações (41%) foram implementadas pelo médico após avaliação da recomendação do farmacêutico e tomada de decisão partilhada com o doente. Foi então possível reduzir, nestes casos, os problemas relacionados com a medicação. Após um período médio de *follow-up* de 4 meses, estavam mantidas 32 das 35 recomendações implementadas. Foi possível descontinuar pelo menos um medicamento no período de *follow-up* em 12 doentes. As recomendações mais frequentes foram descontinuação (47%), substituição (19%) e ajuste de dose (18%). Por sua vez, os potenciais problemas relacionados com a medicação (n=101) mais comuns encontrados nos doentes do estudo foram medicação desnecessária (n=39), potenciais efeitos adversos (n=17) e problemas práticos (n=14) ⁽³³⁾.

Foi realizado um levantamento do tempo despendido para a realização do método *OncoSTRIP*. Em média, foram gastos 10 minutos na avaliação geriátrica, 15 minutos na recolha dos dados e 24 minutos na anamnese da polimedicação. De seguida, o processo da análise estrutural da medicação, da elaboração do plano terapêutico e da comunicação ao médico durou cerca de 22 minutos, perfazendo uma totalidade de 71 minutos (1 hora e 11 minutos). Considerando uma média de 1 a 2 doentes por semana, foi possível incluir este método na rotina de trabalho dos profissionais de saúde envolvidos ⁽³³⁾.

Resumindo, o método *STRIP* e *OncoSTRIP* melhoram significativamente a qualidade da desprescrição e não requerem consumo de tempo e recursos elevados, sendo necessários mais estudos para identificar subpopulações específicas a incluir no método *STRIP* e potencialmente formular especificações do método para essas subpopulações, como por exemplo o *OncoSTRIP* ⁽²⁸⁾.

Para além destes quatro programas apresentados serem implementados com base na experiência farmacêutica e conhecimento clínico, auxiliado por colaboração médica, a sua implementação requer mudanças de paradigma profissional e social de todos os *stakeholders* envolvidos (farmacêuticos, doentes e médicos). É vital reconhecer o potencial dos farmacêuticos em melhorar os *outcomes* do doente pela sua vasta experiência em farmacologia e farmacoterapia ⁽⁴¹⁾.

A implementação de todas estas propostas para o futuro fará com que se dê a solidificação da confiança dos prescritores na implementação do processo de desprescrição e, não menos importante, contribuirá para que se dê uma melhor alocação das funções dos farmacêuticos na generalidade do processo ⁽⁵⁾.

7. Conclusão

Paralelamente ao incremento do envelhecimento, otimizar e implementar o uso racional de medicamentos nos idosos tornou-se um problema global de saúde pública ⁽¹³⁾. Deste modo, a polimedicação é uma realidade cada vez mais prevalente na nossa sociedade, havendo a necessidade de a avaliar como sendo apropriada ou inapropriada. Quando a polimedicação é vista como um aspeto negativo, pode erradamente levar a subprescrições de medicamentos porventura essenciais. Por outro lado, se for interpretada como uma condição normal, há o risco de incorrer numa prescrição exagerada de medicamentos que levará, certamente, a complicações derivadas a RAM, interações medicamentosas e outros problemas relacionados com o uso do medicamento ⁽¹⁶⁾.

Ora, quando se prescreve um determinado medicamento, deve ter-se em conta a sua indicação e os objetivos do tratamento. Quando o fármaco apresenta mais riscos que benefícios ou deixa de corresponder aos objetivos do tratamento, é essencial a desprescrição. Prescrever e desprescrever contemplam uma dualidade terapêutica em que dois termos completamente opostos contribuem para o mesmo impacto: a melhoria da saúde do doente ⁽³⁷⁾.

A desprescrição não deve ser entendida como uma negação do benefício de um tratamento eficaz, mas sim como um retorno do benefício derivado à cessação de medicamentos potencialmente inapropriados e prejudiciais ^(5,7). É, apesar de tudo, um processo que envolve um grau elevado de ponderação, conhecimentos, experiência e supervisão dos profissionais de saúde envolvidos ⁽⁸⁾. Embora não estejam ainda desenvolvidas *guidelines* abrangentes e específicas que orientem o médico sobre como desprescrever, existe evidência na literatura que sugere que a descontinuação de PIM tem impacto na redução de problemas relacionados com a medicação e de custos, assim como na otimização da adesão e da qualidade de vida, principalmente em idosos, contribuindo conseqüentemente para o decréscimo da polimedicação inapropriada ^(7,33). No entanto, há necessidade de mais estudos de modo a gerar evidência que elimine o ceticismo e a incerteza que existem em torno da implementação do processo ^(8,58).

O farmacêutico, enquanto especialista do medicamento, é um pilar imprescindível desde a revisão inicial da lista de medicação do doente à monitorização pós-desprescrição. Este dispõe dos conhecimentos necessários para identificar possíveis PIM, detetar suspeitas de RAM, contribuir para a resolução de problemas relacionados com a medicação e promover a saúde em geral. A inclusão da atividade farmacêutica na resolução de polimedicação inapropriada é

vista como promissora por levar a *outcomes* positivos, como a facilidade de interligação com o médico e doente, a redução dos custos e de gastos temporais, a otimização do acompanhamento e da efetividade da terapêutica, o incremento da adesão ao processo e a melhoria da qualidade de vida do doente. Para isso, é necessário promover o papel do farmacêutico na cooperação para um sistema de saúde mais inovador, racional e centrado no doente ^(8,63,64).

8. Referências

1. RASHID, Rezoana *et al.* - Evaluation of a pharmacist-managed nonsteroidal anti-inflammatory drugs deprescribing program in an integrated health care system. **Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy**. ISSN 23761032. 26:7 (2020) 918–924. doi: 10.18553/jmcp.2020.26.7.918.
2. JANSEN, Paul A. F.; BROUWERS, Jacobus R. B. J. - Clinical Pharmacology in Old Persons. **Scientifica**. ISSN 2090-908X. 2012:2012) 1–17. doi: 10.6064/2012/723678.
3. LAVAN, Amanda Hanora; GALLAGHER, Paul - Predicting risk of adverse drug reactions in older adults. **Therapeutic Advances in Drug Safety**. ISSN 20420994. 7:1 (2016) 11–22. doi: 10.1177/2042098615615472.
4. AMMERMAN, Catherine A. *et al.* - Potentially Inappropriate Medications in Older Adults: Deprescribing with a Clinical Pharmacist. **Journal of the American Geriatrics Society**. ISSN 15325415. 67:1 (2019) 115–118. doi: 10.1111/jgs.15623.
5. SCOTT, Ian A. *et al.* - First do no harm: A real need to deprescribe in older patients. **Medical Journal of Australia**. ISSN 13265377. 201:7 (2014) 6–8. doi: 10.5694/mja14.00146.
6. REEVE, Emily *et al.* - A systematic review of the emerging definition of «deprescribing» with network analysis: Implications for future research and clinical practice. **British Journal of Clinical Pharmacology**. ISSN 13652125. 80:6 (2015) 1254–1268. doi: 10.1111/bcp.12732.
7. ALLDRED, David P. - Deprescribing: A brave new word? **International Journal of Pharmacy Practice**. ISSN 20427174. 22:1 (2014) 2–3. doi: 10.1111/ijpp.12093.
8. REEVE, Emily; THOMPSON, Wade; FARRELL, Barbara - Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. **European Journal of Internal Medicine**. ISSN 18790828. 38:2017) 3–11. doi: 10.1016/j.ejim.2016.12.021.
9. **Farmacêuticos - INFARMED, I.P.** - [Consult. 17 jul. 2021]. Disponível em: <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/licenciamentos/farmacuticos>.
10. FARRELL, Barbara J. *et al.* - Patient and provider perspectives on the development and resolution of prescribing cascades: A qualitative study. **BMC Geriatrics**. ISSN 14712318. 20:1 (2020) 1–11. doi: 10.1186/s12877-020-01774-7.
11. BUSS, Vera H. *et al.* - The impact of clinical services provided by community pharmacies on the Australian healthcare system: A review of the literature. **Journal of**

- Pharmaceutical Policy and Practice.** ISSN 20523211. 11:1 (2018) 1–10. doi: 10.1186/s40545-018-0149-7.
12. World Health Organization. **The Challenges of a changing world.** The World Health Report 200—primary Health Care (Now More Than Ever). 2008. p. 21.
 13. LOPEZ-RODRIGUEZ, Juan A. *et al.* - Potentially inappropriate prescriptions according to explicit and implicit criteria in patients with multimorbidity and polypharmacy. MULTIPAP: A cross-sectional study. **PLoS ONE.** ISSN 19326203. 15:8 August (2020) 1–20. doi: 10.1371/journal.pone.0237186.
 14. BEKTAS, Arsun *et al.* - Aging, inflammation and the environment. **Experimental Gerontology.** ISSN 18736815. 105:December (2018) 10–18. doi: 10.1016/j.exger.2017.12.015.
 15. KANTOR, Elizabeth D. *et al.* - Trends in prescription drug use among adults in the United States from 1999-2012. **JAMA - Journal of the American Medical Association.** ISSN 15383598. 314:17 (2015) 1818–1831. doi: 10.1001/jama.2015.13766.
 16. FARRELL, Barbara *et al.* - Managing polypharmacy in a 77-year-old woman with multiple prescribers. **Canadian Medical Association Journal.** 185:14 (2013) 1240–1245. doi: 10.1503/cmaj.122012/-/DC1.
 17. CHRISTIE, Janice - Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people: A Cochrane review summary. **International Journal of Nursing Studies.** ISSN 00207489. 93:2019) 84–86. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.001.
 18. Mair A, Fernandez-Llimos F, Alonso A, Harrison C, Hurding S, Kempen T, Kinnear M, Michael N, McIntosh J, Wilson M, **The Simpathy consortium.** Polypharmacy Management by 2030: a patient safety challenge, 2nd edition. Coimbra: SIMPATHY Consortium; 2017.
 19. ORDEM DOS FARMACÊUTICOS - Medicamentos Frequentemente Sujeitos a Prescrição Off-Label. **Centro de Informação do Medicamento (CIM).** Dmi (2020) 7.
 20. WILLIAMS, Dennis - Consultant Pharmacist Forum. **The Consultant Pharmacist.** ISSN 0888-5109. 25:11 (2010) 756–759. doi: 10.4140/tcp.n.2010.756.
 21. BEERS, Mark H. *et al.* - Explicit Criteria for Determining Inappropriate Medication Use in Nursing Home Residents. **Archives of Internal Medicine.** ISSN 15383679. 151:9 (1991) 1825–1832. doi: 10.1001/archinte.1991.00400090107019.
 22. REEVE, Emily *et al.* - A systematic review of the emerging definition of «deprescribing» with network analysis: Implications for future research and clinical practice. **British Journal of Clinical Pharmacology.** ISSN 13652125. 80:6 (2015) 1254–1268. doi: 10.1111/bcp.12732.

23. HANLON, Joseph T.; SCHMADER, Kenneth E. - The medication appropriateness index at 20: Where it started, where it has been, and where it may be going. **Drugs and Aging**. ISSN 1170229X. 30:11 (2013) 893–900. doi: 10.1007/s40266-013-0118-4.
24. Passarelli, M. C. G., Jacob-filho, W., & Figueras, A. Adverse Drug Reactions in an Elderly Hospitalised Population. **Drugs & Aging**. 22:9 (2005) 767–777.
25. MILLER, Graeme C.; BRITT, Helena C.; VALENTI, Lisa - Adverse drug events in general practice patients in Australia. **Medical Journal of Australia**. ISSN 0025729X. 184:7 (2006) 321–324. doi: 10.5694/j.1326-5377.2006.tb00263.x.
26. JANSEN, Jesse *et al.* - Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. **BMJ**. ISSN 1756-1833. 353:June (2016) i2893. doi: 10.1136/bmj.i2893.
27. SANZ-TAMARGO, Gregorio *et al.* - Adaptation of a deprescription intervention to the medication management of older people living in long-term care facilities. **Expert Opinion on Drug Safety**. ISSN 1744764X. 18:11 (2019) 1091–1098. doi: 10.1080/14740338.2019.1667330.
28. DRENTH-VAN MAANEN, A. Clara *et al.* - The Systematic Tool to Reduce Inappropriate Prescribing (STRIP): Combining implicit and explicit prescribing tools to improve appropriate prescribing. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. ISSN 13652753. 24:2 (2018) 317–322. doi: 10.1111/jep.12787.
29. HANLON, JT *et al.* - A method for assess drug therapy appropriateness. **Journal of Clinical Epidemiology**. 45:10 (1992) 1045–1051.
30. SPINEWINE, Anne *et al.* - Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? **Lancet**. ISSN 01406736. 370:9582 (2007) 173–184. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61091-5.
31. KASSAM, Rosemin; MARTIN, Linda G.; FARRIS, Karen B. - Reliability of a modified medication appropriateness index in community pharmacies. **Annals of Pharmacotherapy**. ISSN 10600280. 37:1 (2003) 40–46. doi: 10.1345/aph.1C077.
32. THOMPSON, Wade *et al.* - Deprescribing: Future directions for research. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. ISSN 15517411. 15:6 (2019) 801–805. doi: 10.1016/j.sapharm.2018.08.013.
33. VRIJKORTE, Elze *et al.* - Optimising pharmacotherapy in older cancer patients with polypharmacy. **European Journal of Cancer Care**. ISSN 13652354. 29:1 (2020) 1–8. doi: 10.1111/ecc.13185.
34. NUÑO-SOLINÍS, Roberto – Adherence to long-term therapies: Evidence for action Adherence to long-term therapies. **WHO 2003**. February 2003 (2017).

35. WOODWARD, Michael C. - Deprescribing: Achieving Better Health Outcomes for Older People Through Reducing Medications. **Journal of Pharmacy Practice and Research**. ISSN 1445937X. 33:4 (2003) 323–328. doi: 10.1002/jppr2003334323.
36. FLETCHER, John; TSUYUKI, Ross - Don't tamper with oxycodone. **Cmaj**. ISSN 14882329. 185:2 (2013) 107. doi: 10.1503/cmaj.122099.
37. ACCESS, Open; SGNAOLIN, Vanessa; ENGROFF, Paula - Deprescription **Deprescripción**. 7:2 (2019) 8–11.
38. ALLDRED, David P. - Deprescribing: A brave new word? **International Journal of Pharmacy Practice**. ISSN 20427174. 22:1 (2014) 2–3. doi: 10.1111/ijpp.12093.
39. SCHULING, Jan *et al.* - Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: The view of Dutch GPs. A qualitative study. **BMC Family Practice**. ISSN 14712296. 13:1 (2012) 1. doi: 10.1186/1471-2296-13-56.
40. MCKEAN, M.; PILLANS, P.; SCOTT, I. A. - A medication review and deprescribing method for hospitalised older patients receiving multiple medications. **Internal Medicine Journal**. ISSN 14455994. 46:1 (2016) 35–42. doi: 10.1111/imj.12906.
41. CHEN, Timothy F. - Pharmacist-Led Home Medicines Review and Residential Medication Management Review: The Australian Model. **Drugs and Aging**. ISSN 11791969. 33:3 (2016) 199–204. doi: 10.1007/s40266-016-0357-2.
42. KRATZ, Torsten; DIEFENBACHER, Albert - Psychopharmakotherapie im Alter. **Deutsches Arzteblatt International**. ISSN 18660452. 116:29–30 (2019) 508–518. doi: 10.3238/arztebl.2019.0508.
43. REEVE, Emily; WIESE, Michael D.; MANGONI, Arduino A. - Alterations in drug disposition in older adults. **Expert Opinion on Drug Metabolism and Toxicology**. ISSN 17447607. 11:4 (2015) 491–508. doi: 10.1517/17425255.2015.1004310.
44. LAU, Denys T. *et al.* - Older patients' perceptions of medication importance and worth: An exploratory pilot study. **Drugs and Aging**. ISSN 1170229X. 25:12 (2008) 1061–1075. doi: 10.2165/0002512-200825120-00007.
45. **FOR BETTER HEALTH OUTCOMES- A guide to deprescribing**. May 2016. [Consult, 12 fev. 2021]. Disponível em: <https://www.primaryhealthtas.com.au/wpcontent/uploads/2018/06/Deprescribing-General-Information.pdf>
46. Lisi, D. M. Reducing Polypharmacy. **Journal of the American Geriatrics Society**, 39:1 (1991) 103–105. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb05917.x

47. Nogueira, Braz [et al.] **Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular**. Alges: Grande Mensagem, Edições e Publicidade, Lda., 1999. ISSN 1646-8287.
48. POTTIE, Kevin et al. - Deprescribing benzodiazepine receptor agonists Evidence-based clinical practice guideline. **Canadian Family Physician**. 64:May (2018) 339–351.
49. PAQUIN, Allison M.; ZIMMERMAN, Kristin; RUDOLPH, James L. - Risk versus risk: A review of benzodiazepine reduction in older adults. **Expert Opinion on Drug Safety**. ISSN 1744764X. 13:7 (2014) 919–934. doi: 10.1517/14740338.2014.925444.
50. Distúrbios do sono: a insónia | Farmácias Portuguesas - [Consult. 19 mai. 2021]. Disponível em: <https://www.farmaciasportuguesas.pt/menu-principal/bem-estar/disturbios-do-sono-a-insonia.html>
51. JØRGENSEN, Viggo Rask Kragh - Benzodiazepine reduction in general practice. Are the elderly neglected? **Journal of Affective Disorders**. ISSN 01650327. 136:3 (2012) 1216–1221. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.016.
52. MARKOTA, Matej et al. - Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. **Mayo Clinic Proceedings**. ISSN 19425546. 91:11 (2016) 1632–1639. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.07.024.
53. RAWLINGS, Bernard J. - **Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale - Benzodiazepines**. 1995) 7–9.
54. CARAMONA, Margarida et al. - **Orientação Terapêutica**. ISBN 9789729655593.
55. TANNENBAUM, Cara et al. - Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: The EMPOWER cluster randomized trial. **JAMA Internal Medicine**. ISSN 21686106. 174:6 (2014) 890–898. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.949.
56. CASSELS, Alan - «Can i stop even one of these pills?» The development of a tool to make deprescribing easier. **European Journal of Hospital Pharmacy**. ISSN 20479964. 24:1 (2017) 3–4. doi: 10.1136/ejhpharm-2016-001011.
57. PHUNG, Elizabeth et al. - New Media, Part 5: Online Deprescribing Tools. **Journal of Palliative Medicine**. ISSN 1096-6218. 21:2 (2018) 269–270. doi: 10.1089/jpm.2017.0688.
58. TODD, Adam et al. - The deprescribing rainbow: A conceptual framework highlighting the importance of patient context when stopping medication in older people. **BMC Geriatrics**. ISSN 14712318. 18:1 (2018) 1–8. doi: 10.1186/s12877-018-0978-x.
59. A Farmácia Comunitária - Farmácia Comunitária - Áreas Profissionais - Ordem dos Farmacêuticos - [Consult. 27 mai. 2021]. Disponível em:

<https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>

60. ALVES, C, CRAVEIRO, C, MARQUES, F. - O papel do farmacêutico na farmacovigilância. **Boletim do CIM da Revista Ordem dos Farmacêuticos**. 2010) 1–2.
61. The MedsCheck Program | Ontario Newsroom - [Consult. 19 jul. 2021]. Disponível em: <https://news.ontario.ca/en/backgrounder/16635/the-medscheck-program>
62. GARDNER, M.; HURD, P. D.; SLACK, M. - RESEARCH and REPORTS: EFFECT OF INFORMATION ORGANIZATION ON RECALL OF MEDICATION INSTRUCTIONS*. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**. ISSN 13652710. 15:1 (1990) 13–19. doi: 10.1111/j.1365-2710.1990.tb00350.x.
63. CHEN, Timothy F.; ALMEIDA NETO, Abilio C. DE - Exploring elements of interprofessional collaboration between pharmacists and physicians in medication review. **Pharmacy World and Science**. ISSN 09281231. 29:6 (2007) 574–576. doi: 10.1007/s11096-007-9130-2.
64. OLIVEIRA, Poliana et al. - Contribuições da atenção farmacêutica á pacientes em tratamento oncológico. 9:2 ([s.d.]) 210–217.

ANEXOS

Anexo I. Algoritmo de Desprescrição centrado no doente idoso e estruturado em etapas, adaptado de Jansen e colaboradores (2016).

Step	Intervenção
1.	<p>Consciencializar o doente de que é possível descontinuar determinados medicamentos sob um processo centrado e de decisão partilhada. Existem alguns fatores, facilmente identificáveis por revisão da medicação, que podem alertar o prescritor a ponderar a descontinuação: falta de indicação para o medicamento, problemas do uso de medicamentos, não adesão, desejo do doente em não continuar, falta de efetividade ou alteração dos objetivos do tratamento.</p> <p>Neste passo pode ser pedido ao doente que traga toda a sua medicação num saco para uma revisão da medicação (<i>brown bag review</i>) implementada pelo médico ou farmacêutico.</p>
2.	<p>As opções e decisões da revisão, bem como os riscos e benefícios de todos os seus medicamentos, devem ser discutidas em conjunto com o doente, assegurando que o doente reconhece as suas opções e entende a imprescindibilidade do processo de desprescrição. Deve ser tido em conta que a idade avançada conduz a alterações cognitivas que podem influenciar a perceção e o processamento da informação partilhada. A reduzida literacia em saúde e a baixa capacidade para processar informação científica e probabilística são fatores predominantes nesta faixa etária.</p> <p>A comunicação clara, exata e sucinta é vital para que o doente idoso acolha a decisão, sendo que é vulgarmente no seio da Farmácia Comunitária onde o idoso se sente mais à vontade para expor as suas dúvidas, crenças e receios.</p>
3.	<p>Identificar as preferências, prioridades e objetivos de cada doente no que toca aos seus objetivos terapêuticos.</p> <p>A opinião do doente é construída em volta da sua experiência de vida e da informação que lhe é transmitida por fontes que este considera credíveis (médicos, enfermeiros, farmacêuticos). É necessário ter em conta que as emoções potenciam a sua opinião e tomada de decisão.</p>
4.	<p>A equipa multidisciplinar basear-se-á nos critérios (implícitos e explícitos) que considerar mais oportunos, embora a tomada de decisão deva ser efetuada pelo médico prescritor.</p> <p>Após a implementação do processo, segue-se a fase de monitorização de modo a avaliar a adesão, possíveis efeitos <i>rebound</i> ou a necessidade de retornar à terapêutica.</p> <p>O farmacêutico, devidamente conhecedor do processo do doente, pode levar a cabo certas intervenções de monitorização, seja por questionários, breves consultas, <i>check calls</i>, ou até mesmo aquando da dispensa dos seus medicamentos.</p> <p>Se existir uma necessidade de retomar o fármaco descontinuado, deve existir uma ponderação sobre qual será o mais benéfico dentro dessa classe.</p>

Baseado nos artigos:

JANSEN, Jesse *et al.* - Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. **BMJ**. ISSN 1756-1833. 353:June (2016) i2893. doi: 10.1136/bmj.i2893.

REEVE, Emily; THOMPSON, Wade; FARRELL, Barbara - Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. **European Journal of Internal Medicine**. ISSN 18790828. 38:2017) 3–11. doi: 10.1016/j.ejim.2016.12.021.

Anexo II. Escala *Clinical Withdrawal Assessment Scale for Benzodiazepines* (em português, Escala de Avaliação Clínica de Abstinência de Benzodiazepinas), adaptada da versão em língua inglesa e traduzida, por mim, para língua portuguesa.

- **Questionário do doente**

Sente-se irritado?	0 Nunca	1	2	3	4 Constantemente
Sente-se cansado?	0 Nunca	1	2	3	4 Constantemente
Sente-se tenso?	0 Nunca	1	2	3	4 Constantemente
Tem dificuldade de concentração?	0 Nunca	1	2	3	4 Incapaz de me concentrar
Tem perda de apetite?	0 Nunca	1	2	3	4 Sem apetite, incapaz de comer
Sente dormência ou vermelhidão no rosto, mãos ou pés?	0 Sem dormência	1	2	3	4 Vermelhidão/dormência intensa
Sente o ritmo cardíaco a disparar? (palpitações)	0 Sem distúrbios	1	2	3	4 Palpitações constantes
Sente a sua cabeça pesada?	0 Nunca	1	2	3	4 Dor de cabeça severa
Sente dor ou rigidez muscular?	0 Nunca	1	2	3	4 Rigidez ou dor severa
Sente-se ansioso, inquieto ou nervoso?	0 Nunca	1	2	3	4 Constantemente
Sente-se chateado?	0 Nunca	1	2	3	4 Constantemente
Quão repousante foi o seu sono na noite passada?	0 Muito repousante	1	2	3	4 Nada repousante
Sente-se fraco?	0 Nunca	1	2	3	4 Constantemente
Sente que não dormiu o suficiente na noite passada?	0 Constantemente	1	2	3	4 Nunca
Tem distúrbios visuais? (fotossensibilidade, visão turva)	0 Nunca	1	2	3	4 Elevada fotossensibilidade, visão turva
Sente medo?	0 Nunca	1	2	3	4 Constantemente
Ultimamente, tem-se preocupado com possíveis adversidades?	0 Nunca	1	2	3	4 Constantemente

- **Observações clínicas**

Observar o comportamento quanto a sudorese, inquietação e agitação	0 Nenhum. Atividade normal.	1	2 Inquietação	3	4 Passos para a frente e para trás. Incapaz de permanecer sentado
Observar tremores	0 Nenhum tremor	1 Não visível. Pode ser sentido nos dedos.	2 Visível, mas ligeiro.	3 Moderado, com os braços estendidos	4 Severo, com os braços não estendidos
Observar e sentir as palmas das mãos	0 Sem sudorese visível	1 Sudorese pouco perceptível. Palmas húmidas.	2 Palmas e testa húmidas. Sudorese nas axilas	3 Gotas de suor na testa	4 Sudorese severa e abundante

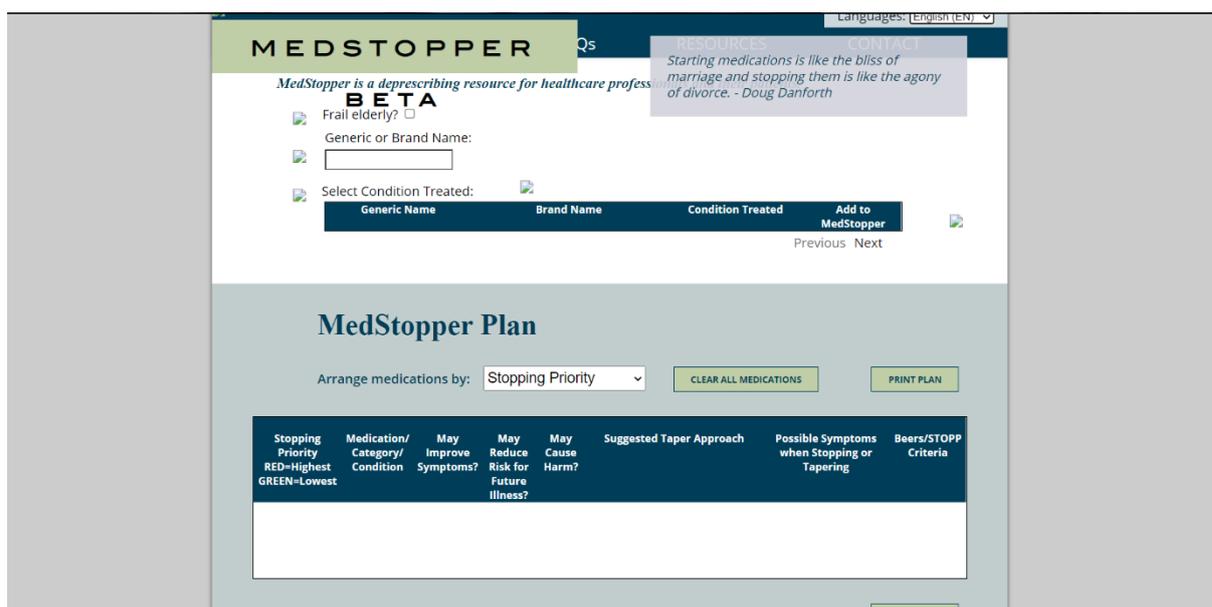
- **Score total**

Score total	1 – 20	21 – 40	41 – 60	61 – 80
	Abstinência suave	Abstinência moderada	Abstinência severa	Abstinência muito severa

Escala traduzida de RAWLINGS, Bernard J. - **Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale - Benzodiazepines**. 1995) 7–9.

Artigo adaptado de Busto UE, Sykora K, Sellers EM. A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. **Journal of Clinical Psychopharmacology**. 9:6 (1989) 412-416

Anexo III. Imagem, sob forma de *screenshot*, do *layout* do website correspondente à ferramenta digital MedStopper.



Screenshot retirado de **MedStopper** - [Consult. 26 jul. 2021]. Disponível em: <https://medstopper.com/>