

**Título da Norma:** Norma da Consulta Farmacêutica Hospitalar

**Nº:** [20-NG-00-001-01]

**Versão:** 1

**Data de publicação:** [dd-mm-aaaa]

**Elaboração:** Catarina Coelho (Coordenação), Ana Mirco, Cláudia Elias, Patrícia Cavaco, Sandra Queimado.

**Destinatários:** Farmacêuticos especialistas em Farmácia Hospitalar e residentes, doravante designados por farmacêuticos que realizam Consulta Farmacêutica Hospitalar nas várias instituições de saúde, nomeadamente a doentes com regimes terapêuticos complexos.

Consulta Pública

## Glossário de Siglas e Acrónimos

- DM: Diabetes Mellitus
- DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
- EQ-5D: *EuroQol 5 Dimensions* (Instrumento de medição de qualidade de vida)
- EQ-5D-5L: *EuroQol 5 Dimensions 5 Levels* (Versão de 5 níveis do EQ-5D)
- FAQs: *Frequently Asked Questions* (Perguntas Frequentes)
- HIV: *Human Immunodeficiency Virus* (Vírus da Imunodeficiência Humana)
- IF: Intervenções Farmacêuticas
- IM: Intramuscular (via de administração)
- IMC: Índice de Massa Corporal
- MAT: Medida de Adesão aos Tratamentos
- MCDT: Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- MHMP: Melhor História Medicamentosa Possível
- MNSRM: Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
- NRS-2002: *Nutritional Risk Screening 2002* (Rastreio de Risco Nutricional)
- OMS: Organização Mundial da Saúde
- PREMs: *Patient-Reported Experience Measures* (Medidas de Experiência Reportadas pelo Doente)
- PRM: Problemas Relacionados com a Medicação
- PROMs: *Patient-Reported Outcome Measures* (Medidas de Resultados Reportados pelo Doente)
- RAM: Reações Adversas a Medicamentos
- RGPD: Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados
- RM: Revisão da Medicação
- RSE: Registo de Saúde Eletrónico
- SC: Subcutânea (via de administração)
- SEFH: *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*
- VAS: *Visual Analogue Scale* (Escala Visual Analógica - utilizada no contexto do EQ-5D)
- WHO-5: *World Health Organization-5 Well-Being Index* (Índice de Bem-Estar da OMS)

## 1. Enquadramento

Em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu o 3.º Desafio Global para a Segurança do Doente, centrado na prevenção de erros de medicação evitáveis em todas as etapas da utilização do medicamento: prescrição, dispensa, administração e monitorização. As áreas prioritárias incluem situações de alto risco (contextos, medicamentos ou condições clínicas que aumentam significativamente a probabilidade de problemas associados ao uso de medicamentos), polimedicação e transições de cuidados.

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 destaca a necessidade de uma abordagem sistémica e colaborativa para promover práticas seguras nos cuidados, incluindo o domicílio e a telessaúde. O plano assenta em cinco pilares: cultura de segurança, liderança, comunicação, gestão de incidentes e práticas seguras.

Os cuidados farmacêuticos deslocaram o foco da atividade farmacêutica do medicamento para o doente, evoluindo de uma prática centrada no medicamento para uma dimensão tripartida que integra: o medicamento, o processo farmacoterapêutico dirigido à efetividade e segurança no uso dos medicamentos e a atividade clínica. Esta mudança permite que o farmacêutico assuma responsabilidade não apenas pelo acompanhamento dos doentes, mas também pelos resultados clínicos decorrentes da sua intervenção. Esta prática está formalmente reconhecida na legislação pelos Decretos-Lei n.º 108 e 109/2017, de 30 de agosto, consolidando-se como componente essencial do exercício profissional do farmacêutico. A consulta farmacêutica hospitalar constitui, assim, uma prática profissional centrada no doente, na qual o farmacêutico se dedica a proporcionar os melhores cuidados relacionados com o medicamento, visando alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida dos doentes e assumindo, de forma partilhada, a responsabilidade por esses resultados. A Consulta Farmacêutica Hospitalar é reconhecida como componente essencial do acompanhamento clínico dos doentes, incluindo os que se encontram em regime de proximidade, em conformidade com o Decreto-Lei n.º 138/2023, de 29 de dezembro.

Este enquadramento legal legitima a realização de consultas farmacêuticas hospitalares descentralizadas em contexto de cuidados de saúde primários, permitindo a articulação entre níveis de cuidados e reforçando a continuidade assistencial, a integração de cuidados, a adesão terapêutica e a segurança do uso do medicamento no Serviço Nacional de Saúde.

O farmacêutico é responsável não só pelo acompanhamento do doente, mas também pelos resultados clínicos da sua intervenção. O Despacho n.º 12986/2023, de 19 de dezembro, promove a utilização de ferramentas de estratificação do risco clínico de base populacional para identificar doentes prioritários para intervenção farmacêutica, tendo em conta os seguintes pontos:

- A relação de proximidade com o doente;
- A maximização da efetividade terapêutica;

- A minimização de riscos clínicos;
- A promoção da adesão à terapêutica e do uso racional de medicamentos;
- A melhoria da qualidade de vida do doente.

O desenvolvimento desta atividade exige que o farmacêutico atue em cooperação com o doente e com os demais profissionais de saúde na prestação de cuidados. Para tal, desempenha funções de aconselhamento farmacêutico e farmacoterapêutico, incluindo a revisão da medicação, bem como a participação em ações de promoção da saúde e de prevenção da doença. A dispensa de medicação pode estar incluída no ato da consulta, embora não seja obrigatória. Na avaliação do doente, é essencial considerar os seus valores e crenças pessoais, bem como as suas expectativas relativamente à doença e ao tratamento. Cabe ao farmacêutico, sempre que possível, esclarecer e desconstruir ideias preconcebidas ou infundadas relacionadas com o medicamento, de forma a promover a adesão ao tratamento.

A segurança na administração de medicamentos é uma questão central em qualquer sistema de saúde, e a ocorrência de reações adversas a medicamentos (RAM) representa um dos principais desafios enfrentados pelos profissionais de saúde. Embora os medicamentos sejam projetados para proporcionar benefícios terapêuticos, o risco de eventos adversos é um componente inevitável e potencialmente grave que pode afetar a saúde e o bem-estar dos doentes (OMS, 1969 & OMS, 2002). A implementação de programas de farmacovigilância ativa, associados à monitorização passiva de RAM, permite a obtenção de informação de forma proativa e estruturada, que complementa a informação do ensaio clínico.

Nas consultas farmacêuticas, as medidas de resultados reportados pelo doente (PROMs - *Patient-Reported Outcome Measures*) e as medidas de experiência relatadas pelo doente (PREMs - *Patient-Reported Experience Measures*) são indicadores fundamentais para avaliar a efetividade clínica e a qualidade percebida do cuidado, a partir da perspetiva do doente. Estas medidas fortalecem a farmácia clínica centrada na pessoa e permitem quantificar o impacto direto das intervenções farmacêuticas nos resultados em saúde e na experiência global do doente.

As PROMs são consideradas uma ferramenta inestimável para captar informações sobre os resultados de saúde dos doentes, incluindo expectativas e valores. Existem dois tipos de PROMs: PROMs genéricas e PROMs específicas para cada doença. As PROM genéricas visam medir um resultado de saúde numa perspetiva abrangente, permitindo a comparação entre diferentes doenças e um julgamento geral sobre a gravidade. Estas medidas são frequentemente multidimensionais; exemplos incluem medidas de qualidade de vida global (por exemplo, EQ-5D) ou de bem-estar (por exemplo, WHO-5). As PROMs específicas para cada doença visam medir estes conceitos, a carga de sintomas e o estado funcional associado a uma doença ou a um grupo de doenças. As PROMs foram introduzidas para complementar as medidas de resultados clínicos em estudos que avaliam o custo-eficácia de novas intervenções clínicas. No entanto, a sua aplicação alargou-se, incluindo o papel como indicador de desfecho na prática clínica, juntamente com indicadores tradicionais, como a mortalidade e a prevalência/incidência.

As PREMs podem ser classificadas na linha de procedimentos relacionais ou funcionais. Se, por um lado, as PREMs relacionais ajudam a identificar a experiência dos doentes durante o tratamento, as PREMs funcionais são meios para examinar questões mais práticas e estruturais, como as instalações e equipamentos hospitalares. Deste modo, as PREMs consideram as percepções dos doentes sobre o seu estado de saúde e as suas experiências no atendimento.

As PROMs e PREMs tornam as consultas farmacêuticas mais orientadas para o valor e os resultados, alinhando-se com os modelos de medicina baseada em valor e de cuidado centrado no doente, além de reforçar o papel do farmacêutico como profissional ativo na medição e na melhoria da qualidade assistencial.

O farmacêutico atua em equipa multidisciplinar, avaliando o doente como um todo, com base em valores pessoais e crenças que podem influenciar o tratamento e as respetivas expectativas. A dispensa de medicamentos pode ser realizada no ato da consulta.

Resumindo, a consulta farmacêutica hospitalar é efetuada tendo por base os princípios da medicina baseada em evidência e valor, sendo efetuada uma recolha de dados centrada no doente:

- A farmacovigilância ativa e o acompanhamento da evolução de eventuais RAM permitem recolher dados importantes para reforçar a segurança clínica.
- As PROMs e PREMs permitem avaliar o impacto das intervenções na saúde e na experiência do doente.
  - PROMs medem os resultados em saúde reportados pelo doente (ex.: melhoria na qualidade de vida, bem-estar);
  - PREMs avalia a experiência com os cuidados de saúde relatada pelo doente (ex.: comunicação, ambiente físico).

## **2. Objetivo**

Orientar a consulta farmacêutica hospitalar em diferentes contextos dos cuidados de saúde, com foco na adesão à terapêutica, reconciliação e revisão da medicação, estratificação pelo risco, monitorização de resultados, segurança do doente e sustentabilidade do sistema de saúde.

## **3. Âmbito**

A presente norma aplica-se à prestação de consultas farmacêuticas por farmacêuticos, em contextos hospitalares e de cuidados de saúde primários. A consulta farmacêutica hospitalar dirige-se a doentes em situação de polimedicação, com doenças crónicas ou em transição entre níveis de cuidados, cuja terapêutica exija acompanhamento clínico e farmacoterapêutico especializado (ex. regime de dispensa de medicamentos em proximidade). A norma visa promover a segurança e o uso racional do medicamento, melhorar a adesão à terapêutica e otimizar os resultados em saúde. Contribui ainda para a continuidade e integração dos cuidados, em alinhamento com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 e com o 3.º Desafio Global da OMS para a Segurança do Doente.

## **4. Procedimentos e Recomendações**

### **A. Pressupostos**

A Consulta Farmacêutica Hospitalar deve assentar nos seguintes pressupostos:

- Ser realizada por Farmacêutico Especialista em Farmácia Hospitalar, com experiência na abordagem de doentes clinicamente complexos ou por Farmacêutico Residente sob supervisão de um especialista;
- Decorrer num gabinete farmacêutico reservado, garantindo privacidade e conforto para o doente e/ou cuidador;
- Ter acesso a ferramentas informáticas de apoio à gestão farmacoterapêutica, incluindo sistemas de apoio à decisão clínica;
- Ter um circuito integrado nas normas institucionais, respeitando o modelo das restantes consultas externas ou descentralizadas;
- Sempre que possível, o agendamento deve ser articulado com outras deslocações previstas, evitando sobrecarga no percurso do doente;
- Acesso pleno às plataformas clínicas relevantes (cuidados primários e hospitalares), com capacidade de consulta e registo em sede própria;
- Registo estruturado das intervenções farmacêuticas no processo clínico do doente;
- Partilha do plano de gestão farmacoterapêutica com a equipa de saúde, incluindo a comunicação das intervenções propostas;
- Possibilidade de requisição de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, quando clinicamente indicados, para monitorização terapêutica (ex: doseamentos,

parâmetros bioquímicos ou moleculares), permitindo ajustes posológicos individualizados.

- Cumprimento integral do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD).

## **B. Referenciação**

A referenciação para Consulta Farmacêutica Hospitalar é efetuada por um profissional de saúde, incluindo médico assistente, farmacêutico, enfermeiro ou outro elemento da equipa multidisciplinar que acompanha o doente, podendo ser iniciada a pedido do próprio doente ou cuidador.

## **C. Critérios de Elegibilidade**

A elegibilidade para Consulta Farmacêutica Hospitalar deve basear-se nos seguintes critérios, podendo ser complementada com outros, de acordo com a evidência científica ou necessidades clínicas identificadas:

- Critérios de seleção relacionados com o doente e a sua situação clínica<sup>1</sup>:
  - Doente em seguimento em várias especialidades médicas;
  - Presença de duas ou mais patologias concomitantes;
  - Existência de patologias ou comorbilidades que afetem ou condicionem a farmacocinética ou a eficácia dos tratamentos;
  - Doentes com implicações farmacogenómicas relevantes;
- Critérios de seleção relacionados com a terapêutica:
  - Prescrição de cinco ou mais medicamentos em simultâneo;
  - Mais de doze tomas diárias;
  - Medicamento com estreita margem terapêutica;
  - Medicamentos com risco de reações adversas graves;
  - Medicamentos com interações clinicamente significativas;
  - Medicamentos sujeitos a monitorização adicional;
  - Presença de critérios clínicos de uso definidos pela equipa de saúde ou pela instituição;
  - Uso concomitante de suplementos alimentares, fitoterapêuticos, entre outros;
  - Doente em regime de dispensa em proximidade de medicamentos para ambulatório hospitalar;
  - Suspeita de não adesão à terapêutica e/ou problemas relacionados com a medicação (PRM).

A aplicação dos critérios deve ser ajustada ao objetivo da consulta, às patologias em causa e ao perfil sociodemográfico da população-alvo. Devem ainda ser considerados os requisitos e

---

<sup>1</sup> Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s; 2023. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/>

especificidades locais, em alinhamento com a missão da Instituição e com os princípios de prestação de cuidados de saúde de qualidade.

### **Estratificação pelo Risco**

A Consulta Farmacêutica Hospitalar tem maior impacto em pessoas com risco elevado de eventos adversos a medicamentos, seja devido:

- Ao tipo de medicamentos utilizados;
- À sua situação clínica do doente;
- Às características individuais do doente;
- A fatores relacionados com o sistema de saúde.

Quanto maior o risco, maior o potencial benefício da intervenção farmacêutica. Para a estratificação de risco deve ser aplicado o *Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)*, baseado no modelo de Káiser Permanente (Anexo 3).

#### **D. Primeira Consulta Farmacêutica Hospitalar**

A primeira Consulta Farmacêutica Hospitalar é um momento-chave para estabelecer uma relação de confiança com o doente, tendo como finalidade:

- Promover o uso racional do medicamento;
- Assegurar a segurança da terapêutica;
- Otimizar os resultados em saúde.

#### **Objetivos**

- Avaliar o regime terapêutico prescrito, identificando riscos, necessidades individuais e oportunidades de otimização da terapêutica;
- Efetuar a revisão e reconciliação da medicação, garantindo uma lista de medicação atualizada e a deteção de omissões, duplicações, doses inadequadas, RAM e alergias;
- Informar o doente e/ou cuidador sobre a doença, o medicamento e o protocolo terapêutico, incluindo modo de administração, cuidados especiais e precauções;
- Prevenir e detetar precocemente reações adversas, interações medicamentosas e outros problemas relacionados com a terapêutica;
- Validar a prescrição e a capacidade do doente ou cuidador de cumprir o plano terapêutico, assegurando e promovendo a adesão ao tratamento e esclarecendo dúvidas;
- Definir e planear o acompanhamento farmacoterapêutico, estabelecendo a periodicidade e as modalidades das consultas subseqüentes.

## Processo

- Antes da consulta, o doente deve ser orientado a trazer todos os medicamentos em uso, incluindo os que foram suspensos, bem como outros produtos não medicamentosos, como suplementos alimentares, fitoterapêuticos, entre outros.
- Durante a consulta, o farmacêutico deve:
  - Confirmar os dados clínicos e terapêuticos relevantes a partir do processo clínico eletrónico;
  - Realizar uma entrevista estruturada, centrada no doente, recolhendo informações sobre hábitos, hipersensibilidade a medicamentos e/ou alimentos, intolerâncias e outros fatores que possam influenciar a terapêutica.
- A revisão e/ou reconciliação da medicação é efetuada nesta fase, com análise crítica de todo o regime terapêutico para:
  - Identificar problemas ou riscos potenciais
  - Garantir a continuidade e segurança do tratamento
- Sempre que aplicável, podem ser avaliados parâmetros clínicos relevantes, como dor crónica ou risco nutricional.
- Com base nesta análise, é elaborado um **Plano de Gestão e Monitorização Farmacoterapêutica**, que deve incluir:
  - Recomendações sobre adequação do regime terapêutico;
  - Posologia;
  - Interações clinicamente relevantes;
  - Alternativas terapêuticas mais seguras e/ou eficazes;
  - Parâmetros de monitorização;
  - Monitorização de reações adversas clinicamente relevantes.
- Para apoio técnico, devem ser utilizadas ferramentas de pesquisa de interações medicamentosas, com recurso a pelo menos duas fontes fidedignas e atualizadas, devendo o farmacêutico interpretar criticamente os dados.
- Durante a consulta, é prestada informação clara e acessível sobre os medicamentos, incluindo aspetos como armazenamento, modo de administração e eliminação adequada.
- Todas as intervenções farmacêuticas devem ser registadas no sistema de informação clínica.

No final da consulta, são definidos os passos seguintes, incluindo:

- Datas e tipo de consultas de seguimento;
- Metodologia de monitorização da adesão;
- Possíveis contactos remotos ou telemonitorização.

Sempre que pertinente, a avaliação pode ser realizada em conjunto com o médico responsável.

## Condições Específicas de realização da Consulta Farmacêutica Hospitalar

- **Primeira consulta (a):** obrigatória para iniciar a dispensa de medicamentos em regime de proximidade e deve sempre preceder o ato da dispensa.
- **Consultas subsequentes (b):** Se o doente se encontra clinicamente estável, podem ocorrer por teleconsulta, desde que seja garantido o acompanhamento farmacoterapêutico adequado.

O farmacêutico deve assegurar a articulação com a equipa multidisciplinar, promovendo a continuidade dos cuidados e a partilha de informação.

### a. Primeira Consulta

No final da 1ª consulta farmacêutica hospitalar, deve ser realizado o registo formal das intervenções farmacêuticas (IF) efetuadas. As intervenções devem ser discutidas com a equipa de saúde, com vista à elaboração de um "*Plano de gestão e Monitorização farmacoterapêutica*".

Exemplos de IF:

- Sugerir o início de medicamentos adicionais, quando existe um problema de saúde não tratado;
- Recomendar a suspensão de medicamentos desnecessários ou potencialmente inapropriados;
- Promover a adequação posológica à condição clínica do doente;
- Analisar o risco de interações medicamentosas clinicamente relevantes e sugerir alternativas terapêuticas mais seguras e/ou eficazes;
- Educar o doente sobre a correta utilização do medicamento;
- Definir parâmetros clínicos a monitorizar;
- Propor cuidados de seguimento clínico;
- Sugerir alternativas com melhor custo-efetividade.

As IF devem ser:

- Discutidas com a equipa de saúde,
- Comunicadas ao doente, oralmente e mediante entrega de um guia terapêutico individualizado,
- Registadas no processo clínico do doente, garantindo a rastreabilidade e continuidade da assistência.

### b. Consultas Subsequentes

As consultas farmacêuticas subsequentes têm como objetivo assegurar a continuidade do acompanhamento terapêutico, promovendo uma avaliação contínua da eficácia, segurança e adesão ao tratamento, e garantindo a coerência e atualização do plano farmacoterapêutico.

## Objetivos

- Monitorizar a resposta clínica ao tratamento, identificando e gerindo reações adversas, interações medicamentosas e dificuldades no cumprimento do plano terapêutico e de adesão.
- Avaliar a adesão à terapêutica, identificar barreiras e aplicar estratégias de melhoria.
- Esclarecer os efeitos secundários associados aos tratamentos, condição essencial para reforçar a adesão.
- Rever e validar alterações terapêuticas efetuadas pela equipa médica, assegurando a continuidade e segurança do regime farmacoterapêutico.
- Efetuar nova reconciliação e revisão farmacoterapêutica (MHMP – Melhor História Medicamentosa Possível), atualizando a lista de medicação e o guia terapêutico, sempre que aplicável.
- Identificar Problemas Relacionados com o Medicamento (PRM), novos ou persistentes, definindo planos de resolução ou mitigação.
- Monitorizar a aceitação das intervenções farmacêuticas previamente implementadas.
- Avaliar o impacto clínico e a perceção do doente, através do registo de PROMs e PREMs e da aplicação de instrumentos de qualidade de vida (ex.: EQ-5D-5L).
- Reforçar a capacitação do doente e/ou do cuidador, assegurando uma comunicação contínua, compreensível e centrada nas suas necessidades.
- Documentar todas as intervenções e observações relevantes, garantindo o registo clínico e a comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar.

## Processo

A consulta baseia-se na avaliação clínica e farmacoterapêutica sustentada na informação do processo clínico eletrónico e no relato direto do doente.

O farmacêutico deve:

- Analisar as dispensas registadas no sistema de gestão do medicamento, complementando-as com os dados obtidos na entrevista ao doente, para avaliar a adesão terapêutica real.
- Identificar precocemente riscos emergentes, potenciais reações adversas ou sinais de ineficácia terapêutica.
- Implementar intervenções farmacêuticas adequadas à situação clínica, incluindo:
  - Recomendações para ajustes terapêuticos;
  - Orientações para melhoria da adesão terapêutica;
  - Esclarecimento de dúvidas ao doente.
- Atualizar a lista de medicação, o guia terapêutico e o registo das intervenções no sistema informático, garantindo a rastreabilidade e continuidade assistencial.

- Planear as consultas subsequentes, definindo a periodicidade e o formato (presencial ou teleconsulta), com base no estado clínico do doente, nível de risco terapêutico e preferências pessoais.
- Manter comunicação ativa com a equipa médica e outros profissionais de saúde, assegurando a coerência e continuidade do plano terapêutico.

Quando indicado, pode ser utilizado um pequeno questionário de adesão para reforçar a análise do comportamento terapêutico do doente, a par do histórico de dispensas e da entrevista clínica.

### **Considerações Especiais**

As consultas subsequentes devem manter uma abordagem centrada no doente, promovendo escuta ativa, empatia e suporte contínuo.

A frequência e modalidade das consultas (presencial ou remota) devem ser ajustadas de forma flexível, tendo com base:

- O nível de risco do doente (estratificação de risco);
- O perfil clínico e social do doente;
- A possibilidade de articular com outras deslocações à unidade de saúde.

A adesão terapêutica é determinante para o sucesso clínico, sendo essencial garantir:

- A correta toma de doses e frequência;
- O cumprimento rigoroso dos esquemas de administração, otimizando os resultados clínicos.

Entre as principais barreiras à adesão, destacam-se:

1. A complexidade dos regimes terapêuticos;
2. A polimedicação;
3. O nível cognitivo e sociocultural do doente;
4. A toxicidade associada aos tratamentos.

### **E. Duração da Consulta Farmacêutica Hospitalar**

A duração da Consulta Farmacêutica Hospitalar deve ser ajustada à complexidade clínica e terapêutica do doente.

## **F. Registos estruturados na consulta farmacêutica hospitalar:**

A consulta farmacêutica hospitalar deve ser acompanhada de registo estruturado, completo e rastreável, de acordo com os seguintes domínios clínicos:

### 1. Identificação e enquadramento

- Identificação do doente, incluindo contactos e cuidador principal (se aplicável);
- Consentimentos informados, quando requeridos;
- Motivo da consulta (ex: adesão terapêutica, revisão terapêutica, farmacovigilância ativa, entre outros).

### 2. Dados clínicos e contexto geral

- Diagnósticos ativos e comorbilidades;
- Alergias e intolerâncias medicamentosas;
- Resultados laboratoriais e parâmetros clínicos relevantes;
- Parâmetros antropométricos: altura, peso, superfície corporal;
- Hábitos de vida: consumo de álcool, tabaco, hábitos alimentares;
- Risco nutricional (ex: aplicação do NRS-2002 se IMC < 20,5 ou outro instrumento adequado);
- Problemas de saúde relatados pelo doente.

### 3. Informação terapêutica

- História farmacoterapêutica atual: medicamentos sujeitos a receita médica, medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM), fitoterapia, suplementos e dispositivos médicos;
- Revisão da medicação: adequação da terapêutica (dose, posologia, horário) aos problemas de saúde;
- Reconciliação da medicação (quando aplicável): lista atualizada, discrepâncias identificadas e resolvidas ou pendente;

### 4. Avaliações complementares

- Literacia em saúde: conhecimento sobre medicamento (indicação terapêutica, posologia, modo de administração, conservação, efeitos adversos, interações, segurança, eliminação adequada e gestão da terapêutica);
- Adesão terapêutica: instrumento utilizado, pontuação obtida e interpretação;
- Avaliação da dor: escala numérica (0–10);
- Parâmetros analíticos com impacto na terapêutica.

## 5. Problemas e intervenções

- PRM identificadas: tipo, gravidade, evitabilidade, medicamento implicado (com base em taxonomia definida);
- Intervenções farmacêuticas: tipo, destinatário (doente/profissional), aceitação e data.

## 6. Plano e comunicação

- Objetivos acordados com o doente e plano de seguimento;
- Informação escrita entregue ao doente, com cópia anexada ao processo clínico.

## G. Infraestruturas

O espaço onde decorre a Consulta Farmacêutica Hospitalar deve reunir condições físicas e ambientais que promovam tranquilidade, confiança e comunicação eficaz, permitindo ao doente expressar-se livremente sobre a sua terapêutica e situação clínica. Para isso devem ser cumpridos os seguintes requisitos:

- Dimensão adequada: com espaço suficientemente amplo para acomodar o doente e, quando aplicável, um acompanhante;
- Ambiente calmo e silencioso, com cadeiras confortáveis e disposição que favoreça a proximidade e o diálogo direto entre doente e farmacêutico, sem elementos distrativos ou desnecessários;
- Espaço reservado e exclusivo para a consulta, garantindo privacidade, confidencialidade e ausência de interrupções durante o atendimento;
- Acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida, cumprindo os requisitos de inclusão e ergonomia.

## 5. Indicadores de Monitorização e Avaliação

Categoria	Indicador	Descrição / O que mede	Fórmula / Método de Cálculo
<b>Atividade</b>	% Consultas iniciais	Proporção de consultas iniciais realizadas	$N^{\circ}$ consultas iniciais / $N^{\circ}$ total de consultas
	% Consultas subsequentes	Peso relativo das consultas de seguimento	$N^{\circ}$ consultas subsequentes / $N^{\circ}$ total de consultas
	% Teleconsultas	Utilização do formato não presencial	$N^{\circ}$ teleconsultas / $N^{\circ}$ total de consultas
	% Altas da Consulta Farmacêutica Hospitalar	Proporção de doentes que concluíram o seguimento	$N^{\circ}$ altas / $N^{\circ}$ total de doentes seguidos
	Tempo médio de duração da consulta	Eficiência temporal da consulta	Tempo de consulta (h)
	$N^{\circ}$ de Intervenções Farmacêuticas (IF) por consulta	Intensidade clínica da atividade	$N^{\circ}$ total de IF / $N^{\circ}$ total de consultas
	% de resolução de PRM	Eficácia das intervenções	$N^{\circ}$ PRM resolvidos / $N^{\circ}$ PRM identificados
	Tempo médio por consulta	Eficiência operacional global	Tempo total acumulado / $N^{\circ}$ consultas
<b>Acesso</b>	Vias de referênciação	Distribuição das fontes de encaminhamento	$N^{\circ}$ referênciações por via / $N^{\circ}$ total de referênciações
	Tempo médio entre referênciação e consulta	Tempo de espera do doente	Soma dos dias espera / $N^{\circ}$ doentes referenciados
	Tempo médio entre consulta inicial e subsequente	Avaliar rapidez no seguimento	Soma dos dias entre consultas / $N^{\circ}$ doentes com consulta subsequente
	% de contactos de seguimento realizados	Grau de acompanhamento no tempo	$N^{\circ}$ contactos realizados / $N^{\circ}$ contactos programados

<b>Categoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Descrição / O que mede</b>	<b>Fórmula / Método de Cálculo</b>
<b>Qualidade – Resultados qualitativos</b>	% Adesão à medicação	Grau de cumprimento terapêutico	Questionário de adesão
	% Interações medicamentosas clinicamente relevantes por medicamento	Segurança e qualidade da farmacoterapia	Interações clinicamente relevantes por medicamento / N° total de interações
	Grau de aceitação das IF	Adesão do prescriptor/doente às recomendações	N° IF aceites / N° total de IF
	Grau de satisfação dos doentes	Perceção do valor da consulta	Questionário EQ-5D-5L (B) ou similar
	% de erros de medicação identificados	Segurança da terapêutica	N° erros detetados / N° total de avaliações realizadas
	% de duplicações terapêuticas evitadas	Efetividade na revisão terapêutica	N° duplicações evitadas / N° duplicações identificadas
	% de compreensão do plano terapêutico	Literacia em saúde após consulta	N° doentes que compreendem / N° doentes avaliados
<b>Resultados Clínicos</b>	% controlo da PA	Efeito da intervenção em hipertensos	N° doentes com PA controlada / N° hipertensos seguidos
	% HbA1c dentro do alvo	Avaliação de controlo glicémico	N° diabéticos com HbA1c controlada / N° diabéticos avaliados
	Redução da polimedicação inadequada	Otimização terapêutica	N° medicamentos inapropriados removidos / N° inicial
	Melhoria de parâmetros clínicos	Evolução clínica relevante	Comparação antes/depois (ex.: TSH, eGFR, cLDL)

<b>Categoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Descrição / O que mede</b>	<b>Fórmula / Método de Cálculo</b>
<b>Adesão e Comportamento Terapêutico</b>	Melhoria da adesão após intervenção	Impacto da consulta na adesão	Adesão pós-consulta – adesão pré-consulta
	Persistência terapêutica	Continuidade do tratamento	% persistência aos 3/6/12 meses
	Barreiras à adesão identificadas/resolvidas	Qualidade da gestão da terapêutica	Nº barreiras resolvidas / Nº barreiras identificadas
<b>Segurança do Medicamento</b>	Eventos adversos prevenidos	Atuação preventiva do farmacêutico	Nº eventos prevenidos / Nº situações de risco
	Alertas clínicos gerados	Reatividade a riscos terapêuticos	Nº alertas / Nº consultas
<b>Experiência do Doente</b>	% recomendariam a consulta	Satisfação global	Nº que recomendam / Nº total de inquiridos
	% queixas/reclamações	Avaliação negativa	Nº reclamações / Nº utilizadores
<b>Indicadores Operacionais e Económicos</b>	Nº de consultas por mês	Atividade total	Contagem
	% faltas	Ineficiências de agenda	Nº faltas / Nº consultas agendadas
	Custo evitado por IF	Valor económico do impacto	Metodologias A.Custo Efetividade / A. Custo Utilidade
<b>Diferenciação da Equipa</b>	% profissionais em formação	Desenvolvimento profissional contínuo	Nº profissionais em formação / Nº total profissionais
	% publicações relacionadas com consulta	Atividade científica	Nº publicações na CF / Nº total publicações da farmácia hospitalar

## 6. Anexos

### <sup>1</sup>Fluxograma do processo da primeira consulta farmacêutica





**Obter consentimento informado para plano de monitorização  
(quando aplicável)**



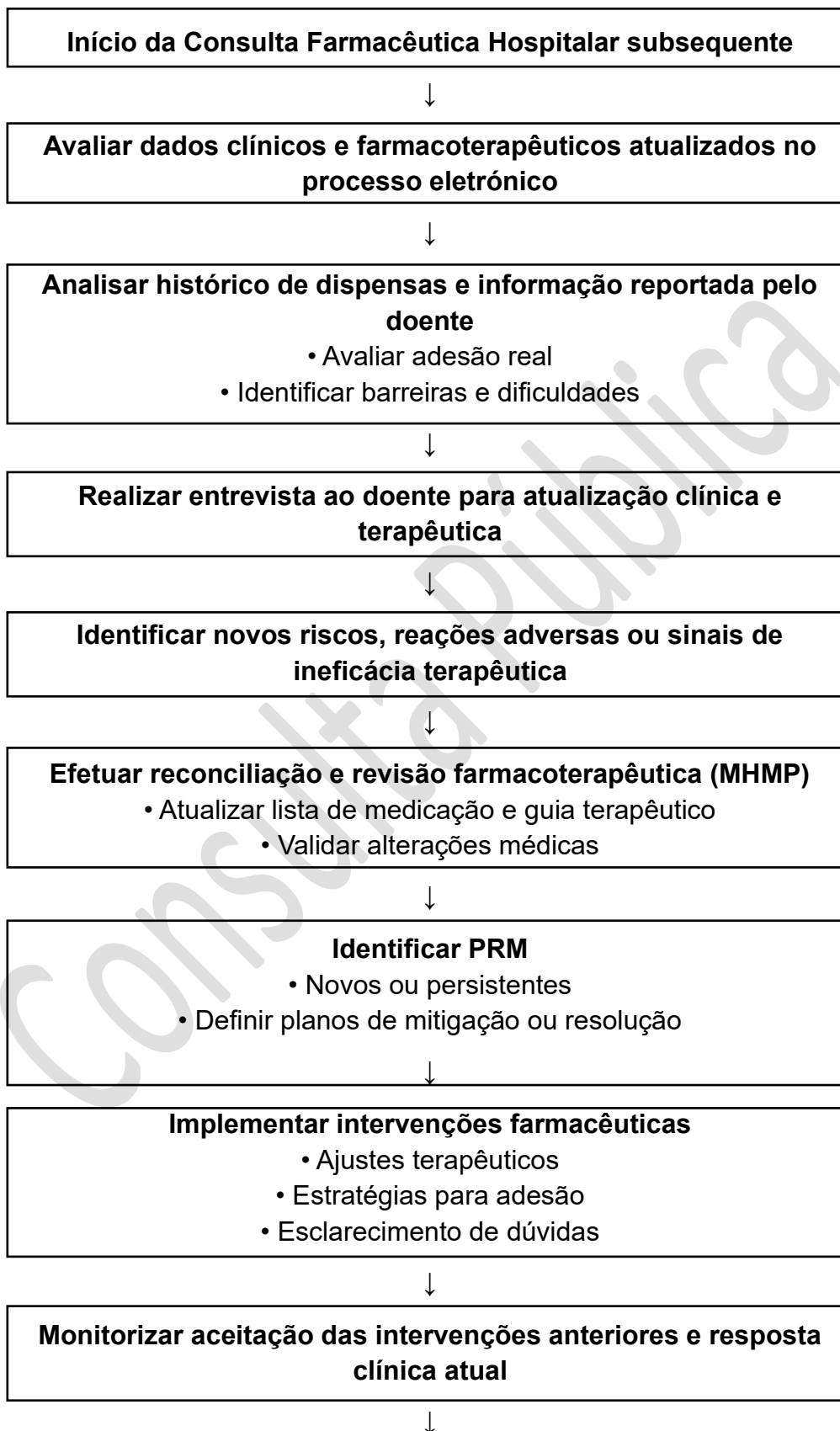
- Definir passos seguintes:**
- Consultas de seguimento
  - Monitorização da adesão terapêutica
  - Contactos remotos (se aplicável)



**Fim da Consulta / Planeamento do Seguimento**

Consulta Pública

## <sup>2</sup>Fluxograma do processo das consultas farmacêuticas subsequentes



**Avaliar impacto clínico e percepção do doente**

- Aplicar instrumentos (ex.: EQ-5D-5L, PROMs)



**Reforçar capacitação e educação terapêutica do doente/cuidador**



**Atualizar registos no sistema informático**

- Lista de medicação
- Intervenções realizadas
- Comunicação com a equipa multidisciplinar



**Planear consultas futuras**

- Definir periodicidade e formato (presencial ou teleconsulta)
- Ajustar consoante risco e evolução clínica



**Fim da Consulta / Continuidade do Acompanhamento**

### **<sup>3</sup> O Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH**

Baseado no modelo de Káiser Permanente

O *Modelo de Selección de Pacientes Crónicos de la SEFH*, baseado no modelo de Káiser Permanente, apresenta uma metodologia simples e validada baseada na complexidade clínica do doente. Este modelo classifica os doentes segundo três níveis de complexidade.

A determinação do nível de risco deve considerar um conjunto de variáveis, incluindo:

- Variáveis demográficas e clínicas
- Padrões de utilização dos serviços de saúde
- Complexidade e risco associados ao regime terapêutico
- Objetivos terapêuticos partilhados com o doente
- Contexto psicossocial e nível de suporte disponível

**Nível 1 – Risco baixo:** Doentes com terapêutica estável, boa adesão, baixo potencial de interações.

Seguimento:

- Consulta semestral ou anual
- Foco em prevenção e manutenção da estabilidade terapêutica

**Nível 2 – Risco médio:** Doentes com barreiras à adesão, regimes terapêuticos complexos, uso de fármacos de alto risco, com comorbilidades estáveis.

Seguimento:

- Contacto inicial rápido
- Acompanhamento bimensal ou trimestral, conforme a evolução clínica

**Nível 3 – Risco elevado:** Doentes com múltiplos fatores de risco, alterações frequentes da terapêutica, necessidade de vigilância estreita e educação intensiva.

Seguimento:

- Contacto inicial prioritário
- Acompanhamento mensal até estabilização
- Telemonitorização, sempre que aplicável
- Reconciliação sistemática nas transições de cuidados



## **Documentos complementares**

### **A) Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)**

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

## **B) Questionário EQ-5D-5L de satisfação aos doentes**



### **Questionário de saúde**

Versão portuguesa para Portugal

#### **VERSÃO PARA ADMINISTRAÇÃO DO ENTREVISTADOR**

*Nota para o entrevistador: embora se deva considerar o estilo de linguagem específico do entrevistador, o texto das instruções do questionário deve ser seguido o mais próximo possível. No caso do sistema descritivo EQ-5D-5L na página 2 do questionário, tem de seguir o texto preciso.*

*Se o inquirido tiver dificuldade em escolher uma resposta ou pedir esclarecimentos, o entrevistador deve repetir a pergunta palavra por palavra e pedir ao inquirido que responda da maneira que mais se assemelhe aos seus pensamentos sobre a sua saúde hoje.*

#### **INTRODUÇÃO**

*(Nota para o entrevistador: leia o seguinte ao inquirido.)*

**Estamos a tentar descobrir o que pensa sobre a sua saúde. Irei explicar o que fazer à medida que for avançando, mas interrompa-me se não entender algo ou se as coisas não estiverem claras para si. Não há respostas certas ou erradas. Estamos interessados apenas na sua opinião pessoal.**

**Primeiro, irei ler algumas perguntas. Cada pergunta tem cinco opções de resposta. Diga-me que resposta melhor descreve a sua saúde HOJE.**

**Não escolha mais de uma resposta em cada grupo de perguntas.**

*(Nota para o entrevistador: primeiro leia todas as cinco opções para cada pergunta. Em seguida, peça ao inquirido para escolher qual delas se aplica ao seu caso. Repita a pergunta e as opções, se necessário. Marque a caixa apropriada abaixo de cada cabeçalho. Poderá ter de lembrar regularmente o inquirido de que o período em questão é HOJE.)*

## SISTEMA DESCRITIVO DO EQ-5D

**Primeiro, gostaria de perguntar-lhe sobre a MOBILIDADE. Diria que:**

- Não tem problemas em andar?
- Tem problemas ligeiros em andar?
- Tem problemas moderados em andar?
- Tem problemas graves em andar?
- É incapaz de andar?

**Em seguida, gostaria de perguntar-lhe sobre os CUIDADOS PESSOAIS. Diria que:**

- Não tem problemas em lavar-se ou vestir-se?
- Tem problemas ligeiros em lavar-se ou vestir-se?
- Tem problemas moderados em lavar-se ou vestir-se?
- Tem problemas graves em lavar-se ou vestir-se?
- É incapaz de lavar-se ou vestir-se?

**Em seguida, gostaria de perguntar-lhe sobre as ATIVIDADES HABITUAIS, por exemplo, trabalho, estudo, atividades domésticas, atividades familiares ou de lazer. Diria que:**

- Não tem problemas em desempenhar as suas atividades habituais?
- Tem problemas ligeiros em desempenhar as suas atividades habituais?
- Tem problemas moderados em desempenhar as suas atividades habituais?
- Tem problemas graves em desempenhar as suas atividades habituais?
- É incapaz de desempenhar as suas atividades habituais?

**Em seguida, gostaria de perguntar-lhe sobre DORES OU MAL-ESTAR. Diria que:**

- Não tem dores ou mal-estar?
- Tem dores ou mal-estar ligeiros?
- Tem dores ou mal-estar moderados?
- Tem dores ou mal-estar graves?
- Tem dores ou mal-estar extremos?

**Finalmente, gostaria de perguntar-lhe sobre ANSIEDADE OU DEPRESSÃO. Diria que:**

- Não está ansioso/a ou deprimido/a?
- Está ligeiramente ansioso/a ou deprimido/a?
- Está moderadamente ansioso/a ou deprimido/a?
- Está gravemente ansioso/a ou deprimido/a?
- Está extremamente ansioso/a ou deprimido/a?

**EQ-5D VAS**

- **Agora, gostaria de pedir-lhe que diga o quão boa ou má está a sua saúde HOJE.**
- **Gostaria que tentasse imaginar uma linha vertical numerada de 0 a 100.**

*(Nota para o entrevistador: se estiver a entrevistar pessoalmente, mostre ao inquirido a linha da VAS.)*

- **100 no topo da linha significa a melhor saúde que possa imaginar.**
- **0 no fundo da linha significa a pior saúde que possa imaginar.**

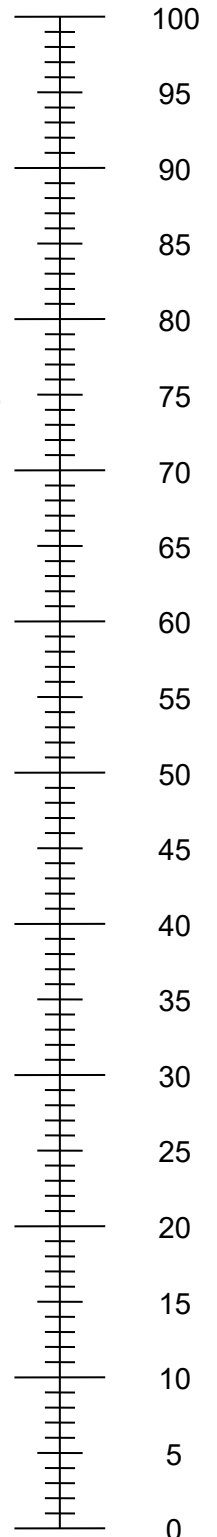
- **Gostaria agora que me dissesse o ponto nesta linha em que colocaria a sua saúde HOJE.**

*(Nota para o entrevistador: marque a linha no ponto que indica a saúde do inquirido hoje. Agora, escreva o número que marcou na linha na caixa abaixo.)*

A SAÚDE DO INQUIRIDO HOJE =

**Obrigado por dedicar tempo a responder a estas perguntas.**

A melhor saúde  
que possa imaginar



A pior saúde que  
possa imaginar

## 7. Referências

1. Amaral TF, Matos L, Ferro MG, Kent-Smith L, Gomes F, Irving SC, Alves AP, Carvalho RB, Teixeira MA, Borges N. Desenvolvimento de uma versão portuguesa do Nutritional Risk Screening-NRS 2002. *Acta Portuguesa de Nutrição* 2020; (20):44-7. doi:10.21011/apn.2020.2008.
2. Associação Portuguesa de Farmacêuticos Hospitalares (APFH). Guia prático para a implementação da consulta farmacêutica em oncologia. 2023.
3. Babin M, Folliard C, Robert J, Sorrieul J, Kieffer H, Augereau P, et al. Consultations pharmaceutiques en oncologie: mise en place, bilan à un an et perspectives. *Ann Pharm Fr.* 2019;77(5):426–34.
4. Barata Delgado A, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde e Doenças* [Internet]. 2001;2(2):81–100. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220206>
5. Bermejo T, et al. 10 temas candentes de la farmacia hospitalaria; Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2015. ISBN 978-84-87852-41-1.
6. Bonsel JM, Itiola AJ, Huberts AS, Bonsel GJ, Penton H. The use of patient-reported outcome measures to improve patient-related outcomes: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2024;22(1):101.
7. Decreto-Lei n.º 108/2017, de 24 de agosto.
8. Decreto-Lei n.º 109/2017, de 24 de agosto.
9. Decreto-Lei n.º 138/2023, de 29 de dezembro.
10. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, desprescripción y adherencia. Catalunya: Departament de Salut; 2014.
11. Despacho n.º 9390/2021, de 22 de setembro.
12. Despacho n.º 12986/2023, de 26 de dezembro.
13. Direção-Geral da Saúde. Norma n.º 018/2016 de 30/12/2016: Reconciliação da medicação. Atualizada a 01/03/2024; 2024.
14. Direção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s; 2023. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/>
15. Harvie M. Nutritional supplements and cancer: potential benefits and proven harms. *ASCO Educ Book.* 2014;478–86.
16. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm.* 1990 Mar; 47:533–43.

17. Koshy S. The practice of polypharmacy: do pharmacists have a role?; J Pharma Care Health Systems. 2016;3(1).
18. Mendes AP. Uso de produtos à base de plantas por doentes oncológicos. Centro de Informação do Medicamento, Ordem dos Farmacêuticos; 2020. Epub Sep 2020.
19. Mendes F, Duarte-Ramos F, Barros H, Ferreira PL, Gaspar R, Santana R. Meio caminho andado: relatório primavera 2018. Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2018.
20. Mislang AR, Wildes TM, Kanavarar R, Baldini C, Holmes HM, Nightingale G, et al. Adherence to oral cancer therapy in older adults: The International Society of Geriatric Oncology (SIOG) taskforce recommendations. Cancer Treat Rev. 2017 Jun; 57:58–66.
21. Ordem dos Farmacêuticos. Orientações para a Revisão da Medicação. Disponível em: [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/orientacoes\\_para\\_revisao\\_da\\_medicacao\\_204747483665d75b69213fb.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/orientacoes_para_revisao_da_medicacao_204747483665d75b69213fb.pdf)
22. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Adaptación del modelo de atención farmacéutica CMO al paciente con neoplasias oncológicas y hematológicas. Disponível em: [https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/Adaptacin\\_Modelo\\_CMO\\_al\\_paciente\\_OH.pdf](https://gruposdetrabajo.sefh.es/gedefo/images/Adaptacin_Modelo_CMO_al_paciente_OH.pdf)
23. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Aprendizaje y aplicación del modelo de atención farmacéutica CMO para residentes de farmacia hospitalaria. Disponível em: <https://www.sefh.es/mapex/images/aprendizaje-y-aplicacion-del-modelo-de-atencion-farmacautica-cmo.pdf>
24. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Modelo de Selección y Atención Farmacéutica de Pacientes Crónicos de la SEFH. Disponível em: [https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Cronicos/AF\\_INFORME\\_PACIENTE\\_GESTION\\_SANITARIA.pdf](https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Cronicos/AF_INFORME_PACIENTE_GESTION_SANITARIA.pdf)
25. Wolters M, van Paassen JG, Minjon L, Hempenius M, Blokzijl M-R, Blom L. Design of a pharmacy curriculum on patient-centered communication skills. 2021;9(1):22.
26. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy; 2019. (WHO/UHC/SDS/2019.11). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
27. World Health Organization. Medication without harm: global patient safety challenge on medication safety; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
28. World Health Organization. WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. 2019.

## 8. Definições

**Adesão terapêutica:** grau de concordância entre o comportamento da pessoa e o regime terapêutico prescrito.

**Consulta Farmacêutica Hospitalar:** episódio assistencial conducente à otimização da farmacoterapia e à capacitação do doente/cuidadores, integrando avaliação farmacoterapêutica, educação, alinhamento de objetivos e plano de seguimento documentado.

**Estratificação por risco:** classificação de doentes por complexidade/ risco de danos e benefício esperado das intervenções farmacêuticas, para modular a intensidade do seguimento.

**Eventos relacionados com medicação prévia:** reação adversa, internamento por PRM, interações clinicamente relevantes.

**EQ-5D-5L (*EuroQol 5 Dimensions/5 Level*):** É um tipo de questionário PROM, um dos mais usados no mundo para medir qualidade de vida relacionada com a saúde. Avalia mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/desconforto, ansiedade/depressão.

**Intervenções farmacêuticas (IF):** A intervenção farmacêutica é a ação planeada e documentada do farmacêutico para resolver ou prevenir problemas relacionados à farmacoterapia (o uso de medicamentos) de um doente, sendo parte integrante do acompanhamento farmacoterapêutico. Ela visa garantir que o tratamento medicamentoso seja seguro e eficaz, envolvendo a participação ativa do farmacêutico na tomada de decisões sobre a terapêutica do doente e na avaliação dos seus resultados.

**Métodos Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT):** São exames que visam auxiliar o médico no diagnóstico de uma condição de saúde e na elaboração de um plano de tratamento eficaz.

**Multimorbilidade:** fragilidade ou doença crónica complexa (insuficiências renal/hepática; insuficiência cardíaca; doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC); diabetes mellitus (DM); doenças reumáticas; doenças oncológicas; doenças hematológicas; infeção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); doença mental).

**Patient-Reported Experience Measures (PREMs):** "Medidas de Experiência Relatada pelo Doente". São ferramentas que recolhem o feedback dos pacientes sobre a sua experiência com os cuidados de saúde, avaliando aspetos como o tempo de espera, a qualidade da comunicação e o acesso aos serviços.

**Patient-Reported Outcome Measures (PROMs):** "Medidas de Resultados Relatadas pelo Doente". São questionários padronizados e validados, preenchidos pelos próprios doentes, para avaliar o seu estado de saúde, qualidade de vida, sintomas e funcionalidade.

**Polimedicação:** ≥5 medicamentos de uso regular e/ou tratamento com medicamentos de alto risco (isto é, anticoagulantes, insulina, opioides fortes, digoxina, lítio, clozapina).

**Problema Relacionado com a Medicação (PRM):** qualquer evento ou circunstância envolvendo o medicamento que interfere (ou pode interferir) com os resultados desejados.

**Reações adversas a medicamento (RAM):** De acordo com a OMS, uma RAM é descrita como um evento não desejado e não intencional que ocorre durante o uso de um medicamento para fins terapêuticos, preventivos ou diagnósticos, em doses habituais.

**Revisão da medicação (RM):** avaliação estruturada da medicação do doente (técnica, clínica e centrada no doente), para verificar a necessidade, eficácia, segurança e conveniência, conduzindo a recomendações partilhadas.

**Reconciliação da medicação:** processo formal de comparação da medicação atual do doente com prescrições novas/alteradas, com o objetivo de resolver discrepâncias.

**Transição de cuidados:** alta hospitalar nos últimos 30 dias, mudança de nível de cuidados.

Consulta Pública